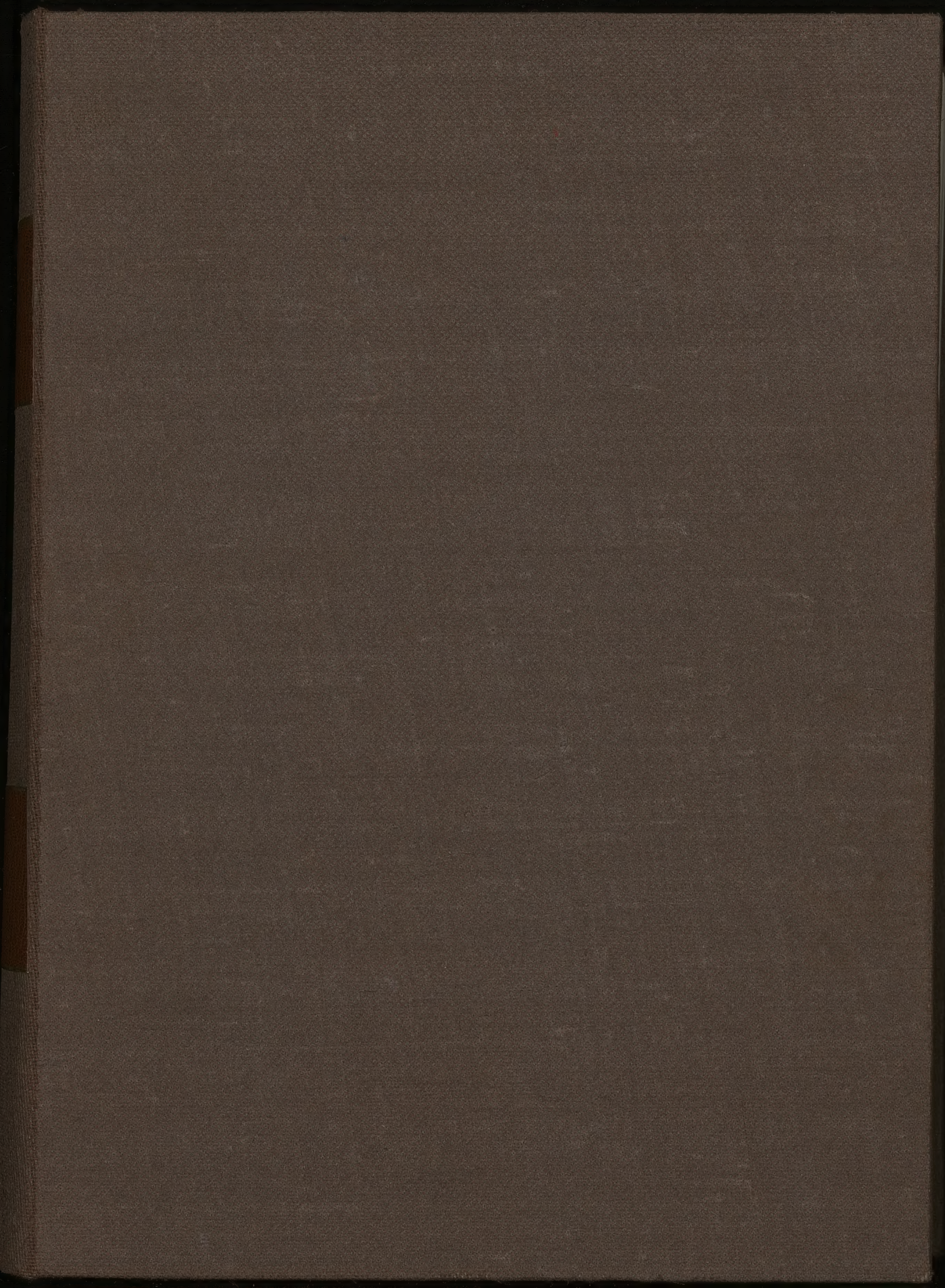



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

CINQUANTE-SEPTIÈME ANNÉE

1884

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

—

1884

N° 1. — MARDI 1er ET JEUDI 3 JANVIER 1884. 57e ANNÉE MARDI 1er ET JEUDI 3 ... — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, r... ...on, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE ...ECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. ...
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. »	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. Anesthésie chirurgicale; emploi d'un mélange titré de chloroforme et d'air. — HÔPITAUX DE PARIS. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. PÉAN.

Anesthésie chirurgicale; emploi d'un mélange titré de chloroforme et d'air.

(Leçon et observations recueillies par le docteur A. AUBEAU.)

Les expériences du professeur P. Bert sur le dosage des anesthésiques sont passées du domaine du laboratoire dans celui de la clinique.

Les premières anesthésies pratiquées sur l'homme à l'aide d'un mélange exactement titré de chloroforme et d'air ont été faites, par M. le docteur Dubois, du laboratoire de physiologie de la Sorbonne, les 21 et 22 décembre, dans le service et sous la direction de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis.

Le vendredi 21, deux malades ont été anesthésiés et opérés, en présence du directeur de l'hôpital, des élèves du service, des aides du professeur P. Bert et de plusieurs médecins.

Le samedi 22, quatre sujets ont été soumis à la même méthode anesthésique, au milieu d'une nombreuse assistance.

M. le docteur Dubois, préparateur de M. Bert, a rappelé que, depuis longtemps, on a cherché à doser la quantité d'anesthésique employée. Les uns se sont basés sur le poids du chloroforme administré ; d'autres, sur l'intensité plus ou moins grande du courant d'air chargé de vapeurs chloroformiques, intensité réglée par un système de robinets, etc. Ces tentatives n'ont pas eu de résultat, parce que d'une part le poids total du chloroforme employé n'a qu'une importance secondaire et que d'autre part les lois de l'écoulement des gaz ne sont pas encore bien établies.

La plupart des appareils inventés à ces occasions ont été abandonnés.

Les expériences faites dans le laboratoire de M. P. Bert ont, au contraire, permis d'obtenir un mélange exactement titré, dont les proportions restent sensiblement constantes pendant toute la durée de l'anesthésie.

Il a été reconnu qu'un mélange de 25 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air tue un chien en dix minutes.

Avec un mélange de 8 à 10 p. 100, on maintient les chiens endormis pendant deux heures et la respiration reste toujours régulière.

L'appareil qui permet de faire le mélange titré est le gazomètre du docteur de Saint-Martin, de Ris-Orangis. Il diffère des gazomètres ordinaires par la forme spéciale de sa cuve à eau. Cette cuve se compose de deux cylindres emboîtés et séparés l'un de l'autre par un petit espace annulaire. Le cylindre intérieur est fermé par en haut ; on peut le considérer comme un cylindre plein. L'espace annulaire sert de cuve à eau. Dans l'état de vacuité du gazomètre, la cloche recouvre exactement le cylindre intérieur ; dans ses mouvements d'ascension et de descente, elle glisse dans l'espace annulaire rempli d'eau qui sépare le cylindre extérieur de l'intérieur.

Cette disposition a pour avantage de n'exiger qu'une très faible quantité d'eau ; on en comprendra bien toute l'importance en se rappelant que les anesthésiques ... dans l'eau. De chaque côté de la cuve s'élèvent ... de fer munies de rainures dans lesquelles glissent des galets fixés à la cloche et lui servant de conducteurs ; ces tiges portent à leur extrémité supérieure des poulies sur lesquelles passe une corde attachée par un bout à la cloche et portant à l'autre bout des poids, que l'on peut augmenter ou diminuer à volonté.

Un manomètre adapté au gazomètre permet d'apprécier la tension du mélange et d'autre part une alidade fixée à la cloche glisse sur une tige graduée en litres et indique à tout moment la quantité du mélange absorbé par le malade.

L'air et le chloroforme sont amenés sous la cloche par un tube en U, dont l'une des branches est extérieure et munie d'un robinet, tandis que l'autre s'ouvre sous la cloche immédiatement au-dessus du cylindre intérieur.

Un second tube en U, disposé de la même façon, est destiné à conduire le mélange gazeux de la cloche à l'inhalateur.

Pour introduire le mélange et le titrer, on adapte au robinet extérieur du premier tube en U un laveur plongé dans un bain-marie. On verse dans ce laveur la quantité de chloroforme calculée pour le dosage, on surcharge les poids de la cloche de façon qu'elle soit entraînée dans un mouvement ascensionnel et l'on ouvre le robinet. L'ascen... de la cloche produit le vide, l'air extérieur se précipite dans le gazomètre, en traversant le laveur et en barbo... le chloroforme, qui se vaporise ainsi rapidement.

Afin que l'anesthésie ne subisse pas d'inter... deux gazomètres sont réunis par un tuyau tran... muni de

robinets. L'on remplit l'une des cloches pendant que le patient inhale le contenu de l'autre.

Le mélange anesthésique à 8 p. 100 est suffisant. Comme la densité du chloroforme = 1,50, il faut, pour obtenir cette proportion, mélanger 8 centimètres cubes de chloroforme avec 150 litres d'air. Or la cloche a précisément, dans ce but, une capacité de 150 litres.

Trois cents expériences faites sur les chiens ont donné de très bons résultats. Le mélange à 8 p. 100 n'est pas désagréable à respirer, il n'est pas irritant. Avec lui, l'action locale du chloroforme sur les muqueuses des voies aériennes, si fâcheuse dans les conditions habituelles, est supprimée. Donc plus de spasmes laryngiens, plus d'hypersécrétion glandulaire et partant plus d'obstruction des voies aériennes par les mucosités, plus de menace de suffocation.

A peine éprouve-t-on, en respirant, une légère sensation de froid dans les bronches. La mort subite par arrêt du cœur n'a jamais été observée ; les animaux soumis à une anesthésie prolongée meurent à la longue par arrêt de la respiration. En un mot, ce n'est pas la syncope cardiaque, mais bien la syncope respiratoire qui les tue et, dans ces conditions, l'on a encore le temps d'intervenir.

L'expérience démontrera si les résultats sont aussi satisfaisants chez l'homme que chez les animaux.

M. Dubois, au nom de M. P. Bert, remercie ensuite le docteur Péan qui n'hésite jamais à prêter son concours à toute œuvre de progrès scientifique et qui, dans la circonstance, veut bien prendre sous son égide la nouvelle méthode.

A la suite des six anesthésies qui se sont effectuées dans les meilleures conditions, M. Péan répond qu'il y a tout lieu d'espérer que les expériences ultérieures confirmeront les premières et que le dosage exact des anesthésiques sera certainement l'une des gloires de la physiologie française.

Les observations suivantes démontrent les avantages du mélange titré de chloroforme et d'air.

Observation I. — *Arthrite fongueuse du genou. Ignipuncture.* — Homme de vingt ans. — Proportions du mélange : 8 p. 100 (8 centimètres cubes de chloroforme pour 150 litres d'air).

Les premières inhalations ne produisent aucune action locale sur les muqueuses. Pas de spasme, pas d'hypersécrétion glandulaire. Ni toux, ni accès de suffocation. Respiration calme et régulière.

La période d'excitation commence *deux minutes* après le début des inhalations ; elle est insignifiante et accusée seulement par de légères secousses toniques dans les membres, des rêvasseries, sans plaintes, une faible dilatation de la pupille et un peu d'accélération du pouls.

Période d'anesthésie confirmée *sept minutes* après le début des inhalations. La pupille se contracte. Le réflexe palpébral n'est pas aboli, bien que l'insensibilité des membres soit complète.

Secousses convulsives réflexes dans le membre supérieur droit chaque fois que le couteau thermo-caustique pénètre dans les tissus.

Résolution musculaire complète dans les intervalles. Pas de mouvements de totalité, pas de plaintes. Le malade reprend connaissance *sept minutes* après la cessation des inhalations. Il a absorbé 305 litres de mélange. Réveil calme, sans excitation de retour, sans céphalalgie. Il n'y a eu ni nausées, ni vomissement.

Pendant toute la durée de l'anesthésie, la respiration a été très régulière : trente-six inspirations à la minute. Absorption de trois-quarts de litre de gaz à chaque inspiration.

Pendant la période d'anesthésie confirmée le pouls n'a cessé de marquer soixante-dix pulsations par minute.

Température rectale : avant l'anesthésie, 37°,4 ; après l'anesthésie, 37°,3.

Obs. II. — *Ablation d'un lipome de la paroi thoracique.* — Femme de soixante-trois ans. — Proportions du mélange : 8 p. 100.

Pas d'excitation locale des muqueuses respiratoires.

Période d'excitation nulle.

Anesthésie confirmée au bout de *cinq minutes*.

Contraction de la pupille.

Deux nausées, sans vomissement.

Réveil calme, sans excitation de retour, sept minutes après la cessation des inhalations.

Obs. III. — *Ablation d'un lipo-sarcome de la nuque adhérent à l'aponévrose.* — Homme de trente-trois ans, alcoolique. — Proportions du mélange anesthésique : 8 p. 100 (8 centimètres cubes de chloroforme pour 150 litres d'air).

Début des inhalations : 9 h. 53 minutes.

Pas d'excitation réflexe des muqueuses nasale, buccale et laryngienne ; ni toux, ni spasme glottique, ni hypersécrétion glandulaire, ni accès de suffocation.

Au bout de *cinq minutes* début de la période d'excitation, légères secousses convulsives cloniques dans les membres. Accès d'hilarité. Le malade a inspiré 150 litres de mélange.

Une minute après le début de la période d'excitation, la pupille commence à se dilater. Légère amélioration du pouls. *Sept minutes* après le début des inhalations, anesthésie confirmée. Ce malade a inhalé 200 litres du mélange.

L'opération est terminée en 11 *minutes*. On écarte l'inhalateur. Le malade a absorbé en tout 420 litres du mélange. *Sept minutes* après la cessation des inhalations, réveil calme, pas d'excitation de retour. L'analgésie persiste encore durant dix minutes. Pendant la suture de la plaie et le pansement, le malade reste insensible.

Il n'y a eu ni vomissements, ni nausées ; la pupille est restée dilatée pendant toute la durée de l'anesthésie.

Obs. IV. — *Ablation d'un cancer mélanique de la joue et des ganglions sous-maxillaires.* — Femme de soixante-deux ans. — Proportions du mélange : 8 p. 100. Début des inhalations : 10 heures 15 minutes. Aucune trace d'irritation réflexe des muqueuses nasale, buccale et laryngienne.

Deux minutes après la première inhalation, début de la période d'excitation qui est insignifiante.

Une minute plus tard, c'est-à-dire *trois minutes* après le début des inhalations, anesthésie confirmée. On prolonge l'anesthésie pendant dix minutes.

La malade a absorbé en tout 270 litres du mélange.

Il n'y a eu ni nausées, ni vomissements. Réveil calme, *sept minutes* après la cessation des inhalations. L'analgésie persiste pendant dix minutes, ce qui permet de faire les sutures et le pansement sans que la malade en ait conscience.

Obs. V. — *Nécrose des 2/3 externes de la clavicule droite. Ablation des séquestres et des fongosités.* — Petit garçon de quatre ans et demi. — Proportions du mélange : 7 p. 100 (7 centimètres cubes de chloroforme pour 150 litres d'air).

Début des inhalations : 11 heures moins 23 minutes. L'enfant très effrayé crie, s'agite, se débat et cherche à repousser l'inhalateur.

La pupille se dilate dès la troisième inhalation. Malgré l'agitation du petit malade, la respiration est parfaitement régulière ; pas d'irritation des muqueuses, ni toux, ni suffocation.

Cinq minutes après le début des inhalations, anesthésie confirmée. Il a absorbé 60 litres du mélange. La respiration devient bruyante, stertoreuse, mais reste très régulière.

La pupille commence à se contracter *douze minutes* après le début des inhalations.

Trois minutes plus tard, l'opération étant terminée, on écarte l'inhalateur ; la pupille se dilate immédiatement et reprend ses dimensions normales. Le malade a absorbé 300 litres de gaz.

La respiration stertoreuse persiste après la cessation des inhalations, mais elle est moins bruyante.

Réveil calme au bout de *cinq minutes*. Persistance de l'analgésie pendant *huit minutes*. On en profite pour faire le pansement.

Obs. VI. — *Ablation d'un sarcome embryoplastique de l'arbite et des fosses nasales.* — Homme de soixante-trois ans, alcoolique. — Proportions du mélange : il absorbe d'abord 150 litres à 7 p. 100, puis le reste à 8 p. 100.

Début des inhalations : onze heures moins trois minutes.

Au bout de *deux minutes*, début de la période d'excitation. Agitation assez marquée. Mouvements de défense. Il agite les bras et les jambes et cherche à arracher l'inhalateur ; néanmoins respiration très régulière ; ni toux, ni accès de suffocation, ni hypersécrétion glandulaire, ni nausées, ni vomissements.

Quatre minutes plus tard, convulsions cloniques généralisées ; on est obligé de maintenir solidement les bras et les jambes ; l'extrémité céphalique se congestionne, les veines de la face deviennent turgescentes.

Cris inarticulés. La respiration reste calme ; néanmoins pas de stertors. Dilatation de la pupille.

L'anesthésie confirmée est obtenue *sept minutes* après le début de la période d'excitation ; on continue l'inhalation *à l'air libre* en plaçant le tuyau dépourvu d'inhalateur sous les narines du malade.

Trois minutes plus tard, signes de sensibilité. Le robinet avait été fermé par mégarde ; on l'ouvre, le sommeil anesthésique reprend aussitôt.

On cesse les inhalations au bout de *huit minutes*.

Signes de réveil *deux minutes* plus tard ; le malade crache. L'analgésie persiste pendant *douze minutes ;* on a dépensé en tout 450 litres du mélange, mais tout n'a pas été absorbé.

HOPITAUX DE PARIS.

Le classement et la répartition des élèves internes et externes des hôpitaux de Paris ont été arrêtés de la manière suivante pour l'année 1884 :

Hôtel-Dieu. — Médecin : M. le professeur Germain Sée ; chef de clinique : M. Mathieu ; interne : M. Malibran ; externes : MM. Bataillhard, Weil, Ygouf, Renault, Denux, Deregnaucourt, Lasnier et Morau.

Médecin : M. Vulpian ; interne : M. Brunon ; externes : Mlle Klumpke, MM. Coffin, Hudelo, Lesage, Gibotteau.

Médecin : M. Hérard ; interne : M. Cayla ; externes : MM. Drouet, Willemin, Jondeau et Macquart.

Médecin : M. Moutard-Martin (E.) ; interne : M. Morin ; externes : MM. Lens, Chibrac, Bureau (Émile) et Dufour.

Médecin : M. Empis ; interne : M. Dalché ; externes : MM. Lavaux, Bernard (Léon), Dupaquier et Barthomeuf.

Médecin : M. Gallard ; interne : M. Brossard ; externes : MM. Thoumas, Dortel, Jaille et Caussade.

Chirurgien : M. le professeur Richet, suppléé par M. Humbert ; chef de clinique : M. Bazy ; internes : MM. Jacquet, Cahn et Raymond ; externes : MM. Lenoir, Bonfils, Fernandez, Wertheimer, Albaren, Toussaint, Apard, Potel, Bégusseau.

Chirurgien : M. le professeur Panas ; chef de clinique : M. Lapersonne ; internes : MM. Lormand, Braine et Jocqs ; externes : MM. Macry, Boquin et Bonnet (Léon).

Chirurgien : M. Le Fort ; internes : MM. Vallin et Mérigot de Treigny ; externes : MM. Prioleau, Ardouin, Melchior (Robert) et Clares Saint-Alais.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Hardy ; chef de clinique : M. Derignac ; interne : M. Moussous ; externes : MM. Vignerot, Charrier (Paul), Matringhem et Haralambie.

Médecin : M. Bernutz ; interne : M. Pignol ; externes : MM. Gilis, Genesteix, Munchiva et Roblin.

Médecin : M. Peter ; interne : M. Carron ; externes : MM. Muller, Mauxion, Zychon et Gresset.

Médecin : M. Laboulbène ; interne : M. Beurnier ; externes : MM. Laroche, Lefèvre (Pierre), Perchaux et Passant.

Médecin : M. Desnos ; interne : M. Chatellier ; externes : MM. Guillaume, Alcindor, Perrier et Cédié.

Médecin : M. Féréol ; interne : M. Frémont ; externes : MM. Desforges, Rollin, Bouel et Arnaud.

Chirurgien : M. le professeur Gosselin, suppléé par M. Terrillon ; chef de clinique : M. Routier ; internes : MM. Belin, Panné et Martin de Gimard ; externes : MM. Seraky, Perrin de la Touche, Delbet, Arnaud (Justin) et Laurent (Paul).

Chirurgien : M. Després ; internes : MM. Butruille et Demoulin ; externes : MM. Froger, Leriche (Léon) et Dudefoy.

Accoucheur : M. Budin ; interne : M. Barbulée ; externes : MM. Fauchon et Bezançon.

Hôpital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Jaccoud ; chef de clinique : M. Brissaud ; interne : M. Netter ; externes : MM. Maréchal (Albert), Springer, Charier, Dusseaud, Petrescon et Reblaut.

Médecin : M. Dumontpallier ; interne : M. Dubief ; externes : MM. Oustaniol, Delaunay, Wirbel, Fourrier, Béal et Soudée.

Médecin : M. Audhoui ; internes : MM. Marfan et Blanc ; externes : MM. Maréchal, Casanova, Sertlet, Gauly et Rouffinet.

Médecin : M. Brouardel ; interne : M. Séné ; externes : MM. Colin (Joseph), Boulland, Hillemand, Greiner et Beluze.

Médecin : M. Lancereaux ; interne : M. Œttinger ; externes : MM. Doublet, Laffitte, Maurel, Dautigny et Laguesse.

Médecin : M. Cornil ; interne : M. Chantemesse ; externes : MM. Nivière, Bouquet (Paul), Lamari, Motheau et Mlle Mathieu.

Chirurgien : M. le professeur Verneuil ; chef de clinique : M. Prengruebèr ; internes : MM. Valade, Ricard et Métaxas ; externes : MM. Laroussinie, Guérard, Thiery (Adrien), Pichevin, Pigellet et Mlle Edwards.

Chirurgien : M. Polaillon ; internes : MM. Barbier, Chaslin et Berthod ; externes : MM. Chavanne, Louis, Janet, Thiroloix, Thibault et Cabaret.

Hôpital Necker. — Médecin : M. le professeur Potain ; chef de clinique : M. Gaucher ; interne : M. Boursier ; externes : MM. Branthomme, Pallier, Vaquez, Louméau et Caravias.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. Condoléon ; externes : MM. Mathieu-Sicaud, Courbarien, Chevalier (Joseph) et Frankoual.

Médecin : M. Grancher ; interne : M. Artaud ; externes : MM. Mouls, Baumgarten, Basset (Ernest) et Mayer.

Médecin : M. Rigal ; interne : M. Marey ; externes : MM. Joanny, Valette, Sauvineau et Bouisson.

Chirurgien : M. le professeur Trélat ; chef de clinique : M. Petit ; internes : MM. Uribe, Denucé et Phocas ; externes : MM. Heitz, Pognon, Boucher (Abel), Dufestel, Pfender et Sollier.

Chirurgien : M. Guyon ; internes : MM. Launois, Tuffier et Leprévost ; externes : MM. Para, Vidal, Caravias, Durup, Delattre et Frottier.

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. Mesnet ; interne M. Darier ; externes : MM. Santoni, Moralès, Couder et Maurel.

Médecin : M. Landrieux ; interne : M. Revilliod ; externes : MM. Nicolle, Collin (Eugène), Hennocque et Hirsch-Weill.

Médecin : M. Tenneson ; interne : M. Dauge ; externes : M. Courcenet et Soubileau.

Médecin : M. Hayem ; interne : M. Duflocq ; externes : MM. Luzet, Devis, Schoofs et Decamps.

Médecin : M. Xavier Gouraud ; interne : M. Wéber ; externes : MM. Broussin, Maison, Laurent (Émile) et Leguen.

Médecin : M. Sevestre ; interne : M. Colleville ; externes : MM. Rebillard, Pozzi, Bouley, Leroy de Langevinière et Coculet.

Médecin : M. Dieulafoy ; interne : M. Barbe ; externes : MM. Renard, Cassine, Franc (Eugène), Festaz et Rioblanc.

Chirurgien : M. Périer ; internes : MM. Boiffin, Toupet et Largeau ; externes : MM. Lefebvre (Albert), Godard, Grandhomme, Bosviel-Grellety et Delalande.

Chirurgien : M. Delens ; internes : MM. Godet, Lavié et Demelin ; externes : MM. Alphandery, Rendon, Lavernhe, Humblot, Thierry et Aldibert.

Service des varioleux. — Médecin : M. X... ; interne : M. Graverry, interne provisoire.

HÔPITAL COCHIN. — Médecin : M. Bucquoy ; interne : M. Babinski ; externes : MM. Despaigne, Chevalier (Pierre), Regnault et Raoult.

Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; internes : MM. Legendre et Sapelier ; externes : MM. Courtois, Deschamps, Sallard, Helme, Legrand, Dutremblay et Mlle Chopin.

Chirurgien : M. Théophile Anger ; internes : MM. Varnier, Lejars et Despréaux ; externes : MM. Benoit (Auguste), Colle, Bellier, Paillas, Hyvernaud et Lavergne (Jean-Louis).

Chirurgien : M. Marchand ; interne : M. Gilly ; externe : M. Mavel.

HÔPITAL BEAUJON. — Médecin : M. Millard ; interne : M. Ayrolles ; externes : MM. Jacquinot, Wickham, Hautecœur et Vallois.

Médecin : M. Guyot ; interne : M. Hallé ; externes : MM. Gonzalès, Dutard, Faure et Jaworowski.

Médecin : M. Gombault ; internes : MM. Crespin et Secheyron ; externes : MM. Legris, Randoux, Guyard, Gravilan et Wassilieff.

Médecin : M. Fernet ; interne : M. Ladroitte ; externes : MM. Calot, Delaine, Hervé de Lavaur et Nodot.

Chirurgien : M. Tillaux ; internes : MM. Poupinel, Hamonic et Boulland ; externes : MM. Gravin, Maron, Sardou, Crouslé, Durand, Jonnesco et Sainte-Marie.

Chirurgien : M. Léon Labbé ; internes : MM. Bouttier, Doyen et Derville ; externes : MM. Michel, Marquézy, Sabatier, Bordes, Souques et Bouchut.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Médecin : M. Gérin-Roze ; interne : M. Charles ; externes : MM. Garnier (Robert), Rochefort, Escarras et Cognet.

Médecin : M. Siredey ; interne : M. Tissier ; externes : MM. Mosny, Morin, Marcel, Témoin, Boutarel et Chevassus.

Médecin : M. Proust ; internes : MM. Lebreton et Deschamps ; externes : MM. Cacarrié, Leleux, Lasne, Legrand (Charles) et Degail.

Médecin : M. Constantin Paul ; interne : M. Durand-Fardel ; externes : MM. Wilbien, Bernard (Eugène), Clarot et Amiel.

Médecin : M. Bouchard ; interne : M. Charrin ; externes : MM. Chambert, Moulongues, Clinchant et Skinner.

Médecin : M. Duguet ; interne : M. Lejard ; externes : MM. Michaud, Vignalou, Dupré (Ernest) et Mariage.

Chirurgien : M. Duplay ; internes : MM. Villar, Chaput, Beltremieux et Notta ; externes : MM. Nivet, de Grandmaison, Pardo de Tavera, Lasserre, Artzrouni, Marty, Lyon et Archambault.

Chirurgien : M. Benjamin Anger ; interne : MM. Hischmann, Aurière et Ballue ; externes : MM. Quéhéry, Thomas, Bruhl, Desavalle et Moreau.

Accoucheur : M. Pinard ; interne : M. Potocki ; externes : MM. Chatelet et Bertrin.

HÔPITAL TENON. — Médecin : M. Landouzy ; interne : M. Thoinot ; externes : MM. Sebillon, Andrieux, Boisleux, Valin et Aubert.

Médecin : M. Straus ; interne : M. Gallois ; externes : MM. Rebité, Debrigode, Lacoste et Bruant.

Médecin : M. Troisier ; interne : M. Ménétrier ; externes : MM. Cazals, Stœber, Baudier et Cocu.

Médecin : M. Rathery ; interne : M. Lubet-Barbon ; externes : MM. Paterne, Lamarque, de Saint-Martin et Villard (Honoré).

Médecin : M. Du Castel ; interne : M. Chéron ; externes : MM. Espaignet, Thominet, Chauveau (Claude) et Rouffignac.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac ; interne : M. Brodeur ; externes : MM. Gourichon, Boudet, Legry et Gauthier (Jean).

Chirurgien : M. Gillette ; internes : MM. Courtade, Polguère et Léonard ; externes : MM. Renard (Émile), Icovescou, Macaigne, Duval, Besson et Garnier.

Chirurgien : M. Lucas-Championnière ; internes : MM. Jacquelot, Leflaive et Hontang ; externes : MM. Siotis, Gelez, Laskine, Jonbtovich, Rouiller et Trevelot.

Médecin : M. Gaillard-Lacombe ; interne : M. de Molènes ; externes : MM. Baron, Legendre (Adrien), Hollenfeltz et Dacota-Leite.

Médecin : M. Hanot ; interne : M. Gilbert ; externes : MM. Reffel, Dufresnoy, Lion et Vivant.

Accoucheur : M. Ribemont ; interne : M. Girode ; externe : MM. Sorie et Bonnet (Jean-Baptiste).

HÔPITAL LAENNEC. — Médecin : M. Ball ; interne : M. Poupon ; externes : MM. Chevallier (Arthur), Zipfel, Dudley-Tait et Ressguet.

Médecin : M. Ferrand ; interne : M. Berbez ; externes : MM. Macou, Menne, Geoffroy et Favardin.

Médecin : M. Damaschino ; interne : M. Clado ; externes : MM. Fostivent, Legros (Georges), Gaudin, Roché (Alphonse), Ansaloni et Bouquet.

Médecin : M. Legroux ; interne : M. Jardet ; externes : MM. Richer, Delagehière, Canniot et Kœnig.

Chirurgien : M. Nicaise ; internes : MM. Planchart, Lauth et Wurtz, interne provisoire ; externes : MM. Barzilan, de Campos Sallès, Philippe, Potier, Bellanger et Gaignard.

HÔPITAL DES TOURNELLES. — Médecin : M. Debove ; interne : M. Barbillion ; externes : MM. Souplet, Galland, Cuiot, Morel (Charles), Piole et Persillard.

HÔPITAL BICHAT. — Médecin : M. Huchard ; interne : M. Marcigny ; externes : MM. Hitier, Leclerc (Joseph), Matton et Geoffroy (René).

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Lermoyez ; externes : MM. Dupont, Regnier, Weill (Salomon) et Lambert.

Chirurgien : M. Terrier ; internes : MM. Monprofit et Jeanselme ; externes : MM. Pilliet, Pernel, Minart, Revertégat, Chuquet et Duron.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Médecin : M. le professeur Fournier ; chef de clinique : M. Leloir ; interne : M. Dubreuilh ; externes : MM. Gaudiché, Salmeron, Estrada et Valdivieso-Morquecho.

Médecin : M. Lailler ; interne : M. Hartmann ; externes : MM. Geoffroy (Auguste), Poivet, Bouchinet et Sarran.

Médecin : M. Guibout ; interne : M. Queyrot ; externes : MM. Masinguen, Beauvillet, Fournier (Frédéric) et Lauzit.

Médecin : M. Vidal ; interne : M. Feulard ; externes : MM. Rojas, Fournier (Prosper), Évrain et Viard.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. Pignot ; externes : MM. Loppé, Claude (Ferdinand), Chauveau (Georges) et Blond.

Médecin : M. Hallopeau ; interne : M. Roger ; externes : MM. Gordon-Martins, Dagron, Schrœder et Fargin.

Chirurgien : M. Péan ; internes : MM. Monnier, Gellin et Perrin ; externes : MM. Rouillon, Chartier, Soto, Martin (Henri), Cohen (Marcel) et de Vesian.

Chirurgien : M. Le Dentu ; internes : MM. Courtade, Peltier et Festal ; externes : MM. Coursier, Fleury, Méry, Barthé, Couture et Cousin.

Accoucheur : M. Porak ; interne : M. Delon ; externes : MM. Carlet et Héroé.

Service des varioleux. — Médecin : M. Balzer ; interne : M. Guimaraës, interne provisoire.

HÔPITAL DU MIDI. — Médecin : M. Simonet ; interne : M. de Tornéry ; externe : M. Coutenot.

Médecin : M. Mauriac ; interne : M. Leroy (Lucien) ; externes : MM. Khokloff et Defaucamberge.

Chirurgien : M. Horteloup ; interne : M. Wickham ; externes : MM. Baradat et Marx.

Hôpital de Lourcine. — Médecin : M. Martineau ; interne : M. Chochon-Latouche ; externes : MM. Duchatelet, Bégère et Encausse.

Médecin : M. Hutinel ; interne : M. Foubert : externes : MM. Lavergne (Jean), Daguilhon et Pessez.

Chirurgien : M. Pozzi ; interne : MM. Engelbach et Thouvenet ; externes : MM. de la Nièce, Fortuniadès, Mélik et Mary.

Hôpital des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur X..., suppléé par M. Rendu ; chef de clinique : M. Leroux ; interne : M. Richardière ; externes : MM. Lamotte, Bresson, Ribbe et Riocreux.

Médecin : M. Labric ; interne : M. Morel-Lavallée ; externes : MM. Mercier, Labat-Lambert, Delgado et Marchon.

Médecin : M. Ollivier ; interne : M. Proust ; externes : MM. Vilpelle, Baudouin, Thirion et Cayet.

Médecin : M. Jules Simon ; interne : M. Barral ; externes : Mme Ve Sarrante ; MM. Charon, Julien et Abrial.

Médecin : M. Descroizilles ; interne : M. Schachmann ; externes : MM. Colin (René), de Saint-Quentin, Mangin et Copin.

Chirurgien : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Pennel et Florand ; externes : MM. Bouygues, Allix (Henri), Bouton, Leconte (Marcel), Ménard (Georges) et Callet.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. d'Heilly ; interne : M. Carlier ; externes : MM. Bouffe, Robineau-Duclos, Gourret et Cohin.

Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Léonardon-Lapervenche ; externes : M. Moreau (Paul), Maufrais, Hervot et Papon.

Médecin : M. Cadet de Gassicourt ; interne : M. Bourdel : externes : MM. Dumont, Leclercq, Vauthrin et Cullerre.

Chirurgien : M. Lannelongue ; internes : MM. Broca et Villemin ; externes : MM. Courbet, Parelle, Létienne, Coutray de Pradel, Foucher et Debarine.

Hôpital de la Maternité. — Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Leval-Piquechef.

Chirurgien : M. Tarnier ; interne : M. Bonnaire.

Hôpital de la clinique d'accouchements. — Chirurgien : M. le professeur Pajot ; chef de clinique : M. Doléris ; externes : MM. Comarieu, Sadoc, Gallois, Armirail et Denis.

Maison municipale de santé. — Médecin : M. Labbé (Edmond) ; interne : M. Broussolle ; externes : MM. Panas, Rondepierre et Gauvry.

Médecin : M. Lecorché ; interne : M. Dayot ; externes : MM. Grenier (Jean), Fauvel (Henri) et Laffitte.

Chirurgien : M. Cruveilhier ; internes : MM. Peraire et Jouliard ; externes : MM. Deschamps et Foubert (Sylvain).

Chirurgien : M. Marc Sée ; internes : MM. Gioux et Didier ; externes : MM. Bérard et Mauclair.

Hospice de la vieillesse (hommes). — Médecin : M. Joffroy ; interne : M. Achard ; interne provisoire : M. Bonnet-Stéphane.

Médecin : M. Falret ; interne : M. Camescasse ; interne provisoire : M. Roland.

Médecin : M. Jules Voisin ; interne : M. X... ; interne provisoire : M. Besançon.

Médecin : M. Bourneville ; interne : M. Budor ; interne provisoire : M. Leriche.

Chirurgien : M. Berger ; internes : MM. Lancry et Gaume ; interne provisoire : M. Guinon (Louis).

Hospice de la Vieillesse (femmes). — Médecin : M. le professeur Charcot ; chef de clinique : M. Marie ; interne : M. Gilles de la Tourette ; externes : MM. Levillain, Aranjo, Huet, Souza-Leit et Poulalion.

Médecin : M. Luys ; interne : M. Bottey ; externe : M. Allot.

Médecin : M. Moreau ; interne : M. Semelaigne ; externe : M. Aubry.

Médecin : M. Auguste Voisin ; interne : M. Gomet ; externes : MM. Baudouin et Bardin.

Médecin : M. Legrand du Saulle ; interne : M. Nourric ; externe : M. Cuny.

Chirurgien : M. Terrillon ; interne : M. Regnauld ; externes : MM. Masson et Lamiot.

Hospice des Incurables. — Médecin : M. Raymond ; interne : M. Ribail ; interne provisoire : M. Plicque ; externe : M. Peugniez.

Chirurgien : M. Monod ; interne : M. Grattery ; interne provisoire : M. Gautier (Henri) ; externe : M. Chopard.

Hôpital des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Blachez ; interne : MM. Wins et Guinon (Georges) ; externes : MM. Chauveau (Eugène), Rieder et Richard.

Chirurgien : M. Guéniot ; interne : M. Bidault ; externes : MM. Hellot et Villard (Maurice).

Hospice des Ménages. — Médecin : M. Quinquaud ; interne : M. Champeil ; interne provisoire : M. Valat.

Maison de Sainte-Périne. — Médecin : M. Moutard-Martin (R.) ; interne : M. Lepage ; interne provisoire : M. Reboul.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 décembre 1883, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Perrin, médecin inspecteur, directeur de l'école du Val-de-Grâce.

Au grade d'officier. — MM. Delcominète, Weber et Widal, médecins principaux de première classe ; Jean et Petit, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. Oberlin, Robert, Battarel, du Cazal, Rouget, Roux, Brachet, Boppe, Tachard et Lemardeley, médecins-majors de première classe ; Gaubert, médecin-major de deuxième classe ; Lacroix, médecin en chef de l'hôpital mixte de Béziers, et Tubert, médecin requis à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

— Par décret, en date du 29 décembre 1883, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Aude, médecin en chef de la marine et Cerf-Mayer, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Féris, médecin-professeur de la marine, Delisle, Martinenq, Le Tersec, Masso et Galliot, médecin de première classe de la marine ; Chevrier, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine ; Hérail, ancien médecin de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 20 décembre 1883, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Devé, médecin du collège de Beauvais ; Peisson, médecin attaché à l'infirmerie du lycée Henri IV ; Tonnelier, médecin du collège d'Auxerre ; Dagrève, médecin du lycée de Tournon ; Caviole, médecin du lycée de Cahors ; Collardot, médecin du lycée d'Alger ; Delacroix, médecin des écoles normales de Châlons.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 décembre 1883, la décoration du Mérite agricole a été conférée à MM. Pasteur, membre de l'Institut, et Max. Cornu, inspecteur général de la sériciculture et des maladies parasitaires.

— MM. les médecins du Ve arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 27 janvier 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par décisions ministérielles, en date des 19, 23 et 29 décembre 1883, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms sui-

vent ont été désignés pour faire partie du corps expéditionnaire du Tonkin, savoir :

Pour le premier régiment de marche formé en Algérie. — M. Vincens, médecin-major de première classe au 49e d'infanterie, chef du service médical dudit régiment. Est affecté au bataillon de la légion étrangère. — M. Bayard, médecin-major de deuxième classe, provisoirement au 12e escadron du train des équipages militaires. Est affecté au 2e bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — M. Audiguier, médecin aide-major de première classe au 3e tirailleurs algériens. Est affecté au bataillon de ce corps de troupe.

Pour le deuxième régiment de marche, formé en France. — M. Challan, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire Saint-Martin. Est affecté au bataillon du 23e d'infanterie. — M. Raynaud, médecin-major de deuxième classe, provisoirement aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie. Est affecté au bataillon du 111e d'infanterie. — M. Dreyfus, médecin aide-major de première classe au 119e d'infanterie. Est affecté au bataillon du 143e d'infanterie.

Pour les batteries du 12e régiment d'artillerie. — M. Poigné, médecin aide-major audit régiment.

Pour l'ambulance. — M. Driou, médecin principal de deuxième classe aux hôpitaux de la division d'Oran ; chef de l'ambulance. — M. Gentil, médecin-major de première classe à l'hôpital du Gros-Caillou. — M. Baudot, médecin-major de deuxième classe au 134e d'infanterie. — M. Hocquard, médecin-major de deuxième classe au 82e d'infanterie. — M. Achard, médecin aide-major de première classe au 43e d'infanterie. — M. Renaut, médecin aide-major de première classe au 114e d'infanterie. — M. Nimier, médecin aide-major de première classe, à l'hôpital du Gros-Caillou, détaché à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Paris. — M. Manget, pharmacien aide-major de deuxième classe à l'hôpital du Val-de-Grâce.

— La troisième section du budget spécial de l'Assistance publique, soumis en ce moment à la discussion du Conseil municipal, comprend toutes les dépenses que nécessite le service hospitalier proprement dit, c'est-à-dire l'entretien des hôpitaux et des hospices de la ville de Paris. La dépense prévue pour l'exercice 1884 s'élève à 20,233,000 francs. Elle est donc de 616,500 francs plus élevée que celle de l'année dernière.

Le rapporteur examine brièvement les causes de cet accroissement de dépenses, qu'il attribue à l'augmentation du nombre de journées prévues pour 1884 et aussi pour une large part à l'extension tant des prescriptions réglementaires que des prescriptions exceptionnelles faites en dehors du régime alimentaire et du régime pharmaceutique. Pour bien faire comprendre l'importance de ces augmentations, il a résumé dans un tableau le relevé des quantités de certains médicaments, de la viande, des vins et du lait consommés à diverses époques par les différents services ; comparées entre elles, ces deux sources d'augmentation donnent les résultats suivants :

Pendant la période décennale de 1855 à 1865, le nombre des journées a augmenté de 2 p. 100, pendant que les dépenses en médicaments s'accroissaient de 25 p. 100, et que les dépenses de nourriture diminuaient de 5 p. 100. La seconde période décennale, de 1865 à 1875, donne une augmentation de 6 p. 100 sur le nombre des journées, de 18 p. 100 pour les dépenses en médicaments, et de 21 p. 100 sur les frais de nourriture. Pendant les cinq années qui se sont écoulées de 1875 à 1880, le nombre des journées s'est augmenté de 11 p. 100, les dépenses en médicaments de 19 p. 100, et en frais de nourriture de 26 p. 100.

L'année 1881 présente, sur 1880, une augmentation de 0,56 pour le nombre des journées, de 0,19 sur les médicaments, et de 1,78 sur les dépenses de nourriture. Enfin l'augmentation de 1882 sur 1881 est de 2,67 p. 100 sur le nombre des journées, de 8 p. 100 sur les dépenses en médicaments, et de 1,50 p. 100 sur celles occasionnées par les dépenses de nourriture.

En résumé, si l'on veut embrasser la période qui s'est écoulée de 1855 à 1882, on trouve que la population s'est augmentée de 21 p. 100 ; la dépense en médicaments de 55 p. 100, et celle pour la nourriture de 41 p. 100.

Le rapporteur termine en appelant l'attention de la Commission sur l'effrayante progression de ces chiffres, progression contre laquelle il faudra réagir si l'administration ne tient pas la main aux recommandations réitérées du Conseil municipal.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le transfert de la chaire de clinique des maladies des enfants de l'hôpital des Enfants-Assistés à celui des Enfants-Malades a été décidé et approuvé.

M. le docteur Rendu, agrégé, est chargé, à titre provisoire, de remplacer M. le professeur Parrot, décédé, et commencera ses leçons cliniques audit hôpital des Enfants-Malades, le mardi 8 janvier 1884, à neuf heures du matin, et les continuera les samedis et les mardis suivants, à la même heure.

— Un congé de trois mois sans traitement est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à partir du 1er décembre 1883, à M. Budin, agrégé. M. Ribemont, agrégé, est chargé du cours auxiliaire d'accouchements.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 3 janvier 1884. Il sera clos le samedi 19 janvier, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi : 1° inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11 et samedi 12 janvier : 2° inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18, samedi 19 janvier.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants (nouveau régime) qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie). MM. les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique devront présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au [illegible]) ne seront distribués qu'à partir du lundi 14 janvier.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le premier trimestre 1883-1884. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

1° Les bulletins de versement pour les consignations pour examens continueront à être délivrés les lundis et mardis, de midi à trois heures ; 2° les étudiants inscrits pour subir leurs examens sont placés d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser, par écrit, la demande à M. le doyen (décision de la commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883) ; 3° la mise en séries des candidats aux examens a lieu quinze jours au moins ou trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre de candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la Commission scolaire, la faire tirer et distribuer, et enfin pour expédier les convocations.

Les bulletins de versement doivent être présentés à la recette des droits universitaires (55, rue Saint-Jacques), autant que possible, le jour même où ils sont délivrés.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15533.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital Necker. I. Congestion pulmonaire ; II. Fluxion pleuro-pulmonaire ; III. Névrose cardio-vasculaire. — Médecine légale. Docimasie hydrostatique et docimasie optique. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Société de Chirurgie. — Thèses. — Nouvelles.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Congestion pulmonaire. — II. Fluxion pleuro-pulmonaire. III. Névrose cardio-vasculaire.

I. Parmi les malades qui ont quitté nos salles ces jours-ci, je vous citerai d'abord le n° 6 de la salle Saint-Luc, qui était atteint d'une congestion pulmonaire occupant la moitié supérieure du poumon gauche, maladie assez fréquente, du reste, à l'automne et au printemps.

Lorsqu'il est arrivé à l'hôpital, les phénomènes morbides étaient peu intenses, l'étendue de la lésion était médiocre ; ce n'était nullement de la pneumonie, et l'on percevait seulement les signes d'une bronchite, avec obscurité du son, diminution des vibrations thoraciques, etc. ; mais la maladie a persisté assez longtemps, sa durée n'a pas été moindre de vingt-trois jours.

Si, au point de vue du pronostic, on compare la congestion pulmonaire à la pneumonie, on constate que l'évolution de ces deux affections est tout à fait différente. Ainsi, la pneumonie, dans le cours de laquelle il ne survient pas de complications, a une marche régulière, durant de sept à neuf jours, au bout desquels le malade entre en convalescence et peut recevoir une alimentation presque normale ; et les phénomènes locaux persistent longtemps encore après que les phénomènes fébriles ont cessé. En un mot, son évolution est caractérisée par une ascension brusque suivie d'une période d'état à laquelle succède une défervescence rapide. Au contraire, dans la congestion pulmonaire, la marche de la température est lente, progressive, de même que la défervescence ; de là une durée généralement assez longue, de là aussi la nécessité de réserver le pronostic, du moins pour la durée de la maladie.

II. Le malade du n° 18 de la même salle a présenté aussi des phénomènes de congestion pulmonaire dans la moitié inférieure du poumon droit, congestion qui, dès les premiers jours, a pris la forme pleurodynique. Les symptômes ont été : obscurité du son, affaiblissement du murmure vésiculaire, diminution des vibrations thoraciques, puis râle crépitant *sec*, non pas celui de la pneumonie, mais bien de la fluxion pleurale. Le souffle n'était pas tubaire, non plus comme dans la pneumonie, mais doux, éteint, éloigné, voilé et gras, pour ainsi dire, ce qui le différencie également de la pleurésie, où le souffle revêt un timbre aigu. Ce n'était pas non plus la crépitation humide de la pneumonie, mais une crépitation riche et très superficielle, rapprochée de l'oreille. De plus, dans la pneumonie vraie, le râle crépitant est suivi de l'apparition du souffle tubaire et diminue pour reparaître ensuite avec des bulles plus grosses et plus humides. Dans la congestion pulmonaire, au contraire, le souffle apparaît d'emblée et la crépitation fine ne survient que plus tard. Enfin le diagnostic différentiel peut être complété par toutes les circonstances et les symptômes de la maladie, par les phénomènes fébriles et surtout par les caractères de l'expectoration. Dans la pneumonie, les crachats sont rouillés et réellement pathognomoniques, tandis que, dans la congestion, ils sont *phlegmorragiques*, c'est-à-dire constitués par un liquide transparent, incolore, visqueux, comme une solution albumineuse un peu épaisse, et pénétré de bulles d'air très fines, d'où l'aspect mousseux de la surface du crachoir.

En résumé, notre malade présentait tous les signes d'une fluxion pleuro-pulmonaire, fluxion qui, dans quelques cas, s'arrête au début, tandis que chez d'autres malades elles persistent plus ou moins longtemps, souvent en augmentant, si bien que, à un moment donné, l'hypersécrétion remplit la cavité pleurale. La fluxion pulmonaire s'efface devant la pleurésie, et le poumon refoulé se trouve réduit à un petit moignon. Enfin, dans d'autres circonstances, les deux états pulmonaire et pleural marchent conjointement comme chez notre malade. Chez lui la fièvre était restée presque nulle jusqu'au onzième jour, mais à cette date la température s'est élevée rapidement. Cet état fébrile a duré trois jours ; le dix-septième jour, cependant, cet homme entrait en convalescence.

III. Le malade du n° 29 est également sorti ces jours-ci après avoir présenté des phénomènes étranges dont le diagnostic n'a pas laissé que d'être embarrassant ; en réalité, il paraît s'être agi chez lui d'une névrose cardio-vasculaire, caractérisée par des crises revenant chaque jour à des heures très irrégulières, d'une durée variable et dans l'intervalle desquelles cet homme était dans un état de santé à peu près normal. C'était une angoisse précordiale et sternale, c'est-à-dire respiratoire et cardiaque, accompagnée de douleurs vagues, de battements de cœur précipités, suivis bientôt d'une anhélation considérable, d'une véritable apnée,

crise à laquelle succédait un abattement excessif, une prostration profonde, et le malade restait dans une telle immobilité et une telle insensibilité, que l'on eût pu croire à du coma ou tout au moins à une perte de connaissance absolue. Il n'en était rien cependant ; il conservait toute sa connaissance, et se trouvait dans cet état vague qui suit une lipothymie incomplète. Le pouls, pendant la crise, était très petit, dur, précipité (120), mais régulier ; on n'entendait aucun bruit anomal du côté du cœur. La respiration, respiration de Cheyne Stokes, était haute ; les inspirations bruyantes, accélérées d'abord, diminuaient peu à peu d'amplitude et s'éteignaient même au point de cesser complètement pendant dix, douze ou quinze secondes. Après quoi la respiration revenait progressivement à l'état normal, le dépassait bientôt pour faire place à de nouvelles grandes inspirations, c'est-à-dire à un nouvel accès, de telle sorte que chaque crise était composée d'un nombre d'accès plus ou moins considérable, et durait un temps plus ou moins long.

Étions-nous en face de quelque angine de poitrine ? Non ; les phénomènes n'en avaient pas le caractère et de plus la douleur angoissante n'irradiait nullement dans le bras ni vers la mâchoire. Y avait-il là quelque lésion organique ? Aucune ; le cœur était sain, les artères fonctionnaient régulièrement ; pas d'hypertrophie cardiaque, pas d'altération graisseuse, pas de lésion des orifices. De telle sorte que le mot de névrose cardio-vasculaire paraissait le seul applicable. J'ajoute aussi que les urines étaient normales et le cerveau sain, sans aucun trouble de la mémoire, de l'intelligence ni de la sensibilité. En somme, nous étions en présence de troubles fonctionnels sans lésion constatable, en présence d'une névrose dans laquelle un appareil nerveux spécial était troublé ; je veux parler du bulbe, et si le pronostic n'était pas très grave, cependant l'affection dont notre malade était atteint ne saurait être considérée comme légère ; car il pourrait très bien exister quelque altération des centres qui règlent les mouvements cardiaques et respiratoires, ainsi que la circulation périphérique, cette dernière en raison des phénomènes que l'on observait du côté du système vaso-moteur dans l'intervalle des accès.

En effet, si nous nous reportons aux antécédents de cet homme, nous voyons : 1° que le début des crises remonte à huit ans environ ; 2° qu'en 1880 il eut, sans cause connue, de l'œdème des extrémités inférieures, œdème transitoire, mais qui se manifesta à plusieurs reprises ; 3° qu'il fut aussi, un peu plus tard, atteint de purpura, résultant peut-être d'une diminution de la résistance vasculaire ; enfin qu'il eut plusieurs fois des hémorragies nasales, des épistaxis survenant sous l'influence de troubles nerveux, et dans ces derniers temps aussi plusieurs hémoptysies.

En résumé donc : troubles des rythmes cardiaques et respiratoires, sensibilité douloureuse intrathoracique et vaso-motricité, avec cette particularité que les troubles vaso-moteurs précédaient la crise et l'annonçaient en quelque sorte. Si nous ajoutons à ces faits la périodicité irrégulière des crises, leur spontanéité et l'état d'indifférence dans lequel cet homme vit, pour ainsi dire, à l'égard de son mal, il semble que nous trouvions là une certaine ressemblance avec une autre névrose portant sur des troubles fonctionnels différents ; je veux parler de l'épilepsie.

Mais je suis forcé de m'arrêter là, les renseignements sur le passé de notre malade, autres que ceux que j'ai énoncés tout à l'heure, nous faisant absolument défaut.

Néanmoins de tous ces faits il résulte pour nous que le pronostic, par cette analogie avec l'épilepsie, est d'une certaine gravité ; car si quelques épileptiques peuvent guérir, il en est d'autres qui sont absolument incurables, et jusqu'à ce jour la thérapeutique, à laquelle on a eu recours chez notre malade, n'a pas donné grand'chose. Tout ce qu'il nous paraît permis d'espérer peut-être serait une amélioration par un traitement général et surtout par une bonne hygiène.

MÉDECINE LÉGALE.

Docimasie hydrostatique et docimasie optique.

Par Th.-A. Laennec, professeur de médecine légale à l'École de médecine de Nantes.

A l'occasion d'un très intéressant article que M. le docteur A. Mothe a publié dans nos colonnes (voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, page 444), M. le docteur Th.-A. Laënnec, professeur de médecine légale et directeur de l'École de médecine de Nantes, fait, dans le *Journal de médecine de l'Ouest*, quelques réflexions utiles à mettre sous les yeux des praticiens.

Chez l'enfant qui n'a pas respiré, qui est venu mort au monde, le poumon ne contient ni air ni sang ; c'est un organe plein. Sa couleur est lie de vin, elle ne se distingue guère, en ce cas, de celle de la rate ou du thymus ; son volume est relativement petit, et quand on ouvre la poitrine de l'enfant mort-né, on trouve le poumon retiré dans la gouttière costo-vertébrale.

Le premier appel d'air dans la poitrine de l'enfant qui vient au monde vivant détermine immédiatement des changements remarquables dans le volume des poumons, dans leurs rapports avec les autres organes, dans leur couleur et enfin dans leur configuration anatomique. Ces modifications dans la configuration anatomique, pour ainsi dire indélébiles, ne disparaissent, ne cessent d'avoir une valeur réelle au point de vue médico-légal que lorsque la putréfaction est très avancée et l'on ne doit pas oublier que le poumon est parmi les derniers organes envahis par la putréfaction.

Les poumons pendant la vie fœtale ne contiennent ni air ni sang ; la respiration n'a point encore distendu les alvéoles du poumon et la circulation de l'artère pulmonaire est entièrement détournée par le canal artériel. C'est à peine si les poumons reçoivent alors des artères bronchiques le sang nécessaire à leur nutrition et à leur développement.

A peine la naissance de l'enfant vivant a-t-elle lieu, à peine la poitrine s'est-elle dilatée, que, d'une part, l'air se précipite dans l'arbre bronchique qu'il distend et gonfle pour toujours, et que, d'autre part, le canal artériel s'étant oblitéré, le cœur droit lance dans l'artère pulmonaire le sang qu'il contient et qui va s'injecter jusque dans les dernières ramifications des vaisseaux, qui dessinent aussitôt leurs mosaïques arborisées autour des lobules pulmonaires et des vésicules qui les composent ; du même coup, instantanément, les poumons sont donc largement pénétrés d'air et de sang, et cette pénétration intime du sang dans les capillaires, de l'air dans les vésicules pulmonaires est encore bientôt augmentée par les efforts ultérieurs de la respiration, si bien qu'elle détermine dans les poumons des modifications indélébiles et remarquables. Ces modifications portent d'abord sur le volume des poumons qui augmente immédiatement et d'une manière très sensible, boursouflés par l'air extérieur qui les pénètre, injectés par les ondées que leur lance sans relâche l'artère pulmonaire, les poumons abandonnent les gouttières costo-vertébrales et envahissent toute la cavité du thorax. Ils viennent, tant leur volume est alors augmenté, faire hernie sous le scalpel qui ouvre les parois de la poitrine.

La coloration des poumons est aussi immédiatement modifiée par l'établissement de la respiration : à l'état fœtal, le poumon est couleur lie de vin ; largement pénétré d'air et de sang, il devient rose.

Mais, au point de vue médico-légal, la modification la plus importante imprimée au poumon par la respiration porte sur la constitution anatomique de l'organe. Cette modification, appréciable à l'œil nu, mieux encore avec le secours d'une loupe à faible grossissement, consiste dans la lobulation pulmonaire, c'est-à-dire dans la distension des vésicules aériennes groupées en lobules aux terminaisons de l'arbre bronchique et à la limitation de ces lobules par l'injection des dernières ramifications de l'artère pulmonaire qui, remplis de sang, entourent de leurs canaux déliés les petits lobules et les dessinent en mosaïques délicates autant que régulières.

Cette preuve de la respiration, tirée de la lobulation pulmonaire, de la modification apportée dans la constitution du poumon par les efforts de l'enfant pour la vie extra-utérine, mérite véritablement bien le nom de docimasie optique que M. le docteur E. Bouchut lui a donné en 1862 (voir *Gazette des hôpitaux*, 1862, pages 107, 131, 356 et 365); sa valeur médico-légale est aussi nette, aussi grande que celle de la docimasie hydrostatique; les caractères anatomiques imprimés au poumon par la respiration résistent longtemps aux atteintes de la putréfaction, et, bien souvent, soit à l'occasion d'autopsies judiciaires, soit par suite d'expériences de laboratoire, il m'est arrivé de pouvoir faire distinguer assez facilement la lobulation pulmonaire sur des poumons fortement envahis par la putréfaction quand la respiration avait eu lieu, l'absence absolue de lobulation quand le sujet n'avait pas vécu.

C'est là un signe excellent dont la connaissance n'est pas assez répandue, dont l'importance n'est pas encore assez reconnue et qu'il me paraît avantageux et intéressant de vulgariser.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 décembre 1883. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

De l'emploi des cyanures en injections hypodermiques. — M. GALEZOWSKI présente une malade atteinte d'une atrophie des papilles optiques consécutive à une ataxie locomotrice de nature syphilitique, dont l'affection a été enrayée et dont la vue s'est sensiblement améliorée sous l'influence des injections hypodermiques de cyanure d'or et de potassium, faites régulièrement tous les jours ou tous les deux jours pendant neuf mois. M. Galezowski a fait une communication à la Société, il y a bientôt un an, sur les avantages que présentent les injections hypodermiques de cyanure de mercure, cyanure d'or, cyanure d'argent et de cyanure de platine (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1882). Après s'être assuré, par des expériences sur des animaux, que le cyanure d'or ne présente aucun danger en injections hypodermiques, il y a soumis tous ses malades atteints d'atrophies des papilles ataxiques, et il est arrivé à des résultats très satisfaisants.

Chez un certain nombre d'entre eux, la maladie reste stationnaire ; chez d'autres, la vue s'est notablement améliorée. Chez la malade qu'il présente à la Société, tous les phénomènes ataxiques, tels que douleurs fulgurantes, faiblesse des jambes, se sont complètement arrêtés, et la vue s'est tellement améliorée que le champ visuel s'est élargi, et l'acuité visuelle s'est élevée au point qu'elle peut lire les caractères n° 2 de l'échelle, tandis qu'au début du traitement elle ne voyait même pas le n° 5.

Anesthésie chirurgicale. — M. DUBOIS, au nom de M. Paul Bert, fait une communication sur l'anesthésie chirurgicale au moyen d'un mélange titré d'air et de chloroforme. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1.)

Histologie pathologique du phlegmon. — M. CORNIL a fait sur la topographie des bacilles dans les phlegmons un certain nombre de recherches dont il fait connaître les résultats.

Ainsi qu'il était facile de le prévoir, la disposition des bacilles est différente suivant les parties du phlegmon que l'on examine.

Dans les régions qui sont à peine malades, on trouve dans l'intérieur des vaisseaux et particulièrement des veines un coagulum fibrineux contenant des diplococcus : on trouve également, le long des faisceaux du tissu conjonctif, un grand nombre de micrococcus disposés à côté les uns des autres sous forme de chaînette.

Dans les points plus altérés, le tissu cellulo-adipeux est rempli d'éléments migrateurs, de leucocytes et de quantité de microbes. Les cellules fixes de ce tissu sont également tuméfiées et envahies par les micro-organismes. Ces cellules fixes peuvent devenir libres dans les espaces interfasciculaires, leur noyau se fragmente sous forme de granulations qui ne peuvent être distinguées des microbes que par leur différence de coloration.

Cette période est donc caractérisée, outre la présence des micrococcus, par l'atrophie des noyaux et la mortification des cellules.

M. Cornil a examiné également la peau située au niveau des foyers purulents, peau qui paraît normale lorsqu'il s'agit d'un foyer profond.

L'épiderme et le derme de ces fragments de peau étaient en effet parfaitement sains, mais le tissu conjonctif sous-jacent au derme contenait déjà un certain nombre de microbes, situés entre les faisceaux de ce tissu, mais sans leucocytes. On peut donc affirmer que les microbes préexistent à l'inflammation, ce qui confirme les résultats obtenus chez les animaux par M. Straus.

M. STRAUS demande à M. Cornil s'il a constaté la présence des microbes dans tous les phlegmons qu'il a observés.

M. CORNIL a observé une quinzaine de faits : abcès du sein à la suite de la lactation, abcès profonds, phlegmons diffus, abcès consécutif à un érysipèle. Le pus de ces différentes affections contenait toujours des microbes.

M. STRAUS dit que ces résultats confirment les observations cliniques de Oxthon et les expériences dont il a parlé dans la dernière séance ; il fait remarquer, à ce sujet, qu'il existe de très grandes différences entre les microbes pyogènes, au point de vue de leurs dimensions, les uns sont assez volumineux, tandis que les autres sont d'une petitesse extrême ; il ne fait allusion qu'aux microbes des animaux, car il n'a fait que très peu d'expériences sur l'homme.

M. CORNIL croit que ces variétés de dimensions tiennent en grande partie au mode de préparation. Le chlorhydrate de rosaniline lui a paru presque toujours donner des images plus grosses que le violet de méthylène ; en outre, les microbes du pus sont toujours plus volumineux que ceux des coupes, parce que l'immersion de celles-ci dans l'alcool détermine toujours un peu de contraction. En réalité, les dimensions exactes de micro-organismes sont très difficiles à déterminer. Koch prétend que les micrococcus de la septicémie de la souris n'atteint pas plus de 1/10000ᵉ de millimètre. M. Cornil croit au contraire que ce même micrococcus égale 2 millièmes de millimètre.

Nouvelle forme de gale chez le furet. — M. MÉGNIN montre les effets d'une nouvelle forme de gale chez le *furet*. Cette gale est causée par une petite variété du *sarcoptes scabiei* et a son siège aux oreilles et à l'extrémité des pattes. Le tarse et le carpe sont nus chez ce petit quadrupède ; la gale en question s'y présente sous forme eczémateuse et s'accompagne d'une grande sensibilité et même d'une grande douleur qui se manifeste par des cris lorsqu'on y touche. Sous l'influence de l'irritation spéciale causée par les innombrables inoculations de la salive venimeuse des acariens psoriques, la sécrétion des ongles subit une modification remarquable ; ces appendices cornés s'allongent d'une manière exagérée et se recourbent en sens inverse, c'est-à-dire en haut. Par suite de cette affection, l'utilisation des furets à la chasse est im-

possible, et comme elle règne en ce moment sous forme épidémique dans un grand nombre de châteaux et de localités du département de Seine-et-Oise, la chasse aux lapins y est, par suite, forcément suspendue.

Une autre épidémie règne dans le nord de la France, aussi sur les furets, et particulièrement aux environs de Calais où ils sont employés à la chasse aux lapins qui foisonnent dans les dunes. Cette épidémie est aussi causée par un acarien dont j'ai déjà signalé la présence l'année dernière chez le furet, le chat et le chien. Cet acarien est le *chorioptes ecaudatus* qui pullule dans le conduit auditif de ces animaux. Chez le furet il détermine la destruction du tympan et une otite interne avec carie du rocher suivie de mort.

Les antipsoriques, et particulièrement une solution à un degré calculé de sulfure de calcium, ont raison de cette dernière affection prise à temps; je ne doute pas que cette solution ait le même succès sur la première.

Étude spectroscopique de l'action du nitrite de sodium sur le sang. — **M. HÉNOCQUE** a répété les expériences et les analyses spectrales que Granger, Rabuteau, Jolyet et Regnard ont faites sur l'action toxique du nitrite de sodium, et il a étudié, avec un procédé nouveau et permettant une grande précision, la transformation que subit le sang à la suite de l'absorption du nitrite de sodium. Après avoir constaté que cet agent produit la transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine, il a étudié sur des cobayes et des lapins les phases diverses de cette altération. Il a démontré que le sang altéré présentait la bande caractéristique de l'hémoglobine fixe de l'oxygène par l'agitation à l'air et par la défibrination, de façon que la méthémoglobine se transforme en hémoglobine.

Des phénomènes semblables s'observent pendant l'absorption du nitrite de sodium : en recueillant quelques gouttes du sang des animaux auxquels on a injecté quelques centigrammes de cette substance, on trouve, dans les spécimens recueillis de cinq en cinq minutes, des caractères spectroscopiques et calorimétriques qui permettent de déterminer le moment où la bande caractéristique de la méthémoglobine apparaît, c'est-à-dire le moment de l'intoxication du sang, puis la durée de cet état, et enfin le moment où la bande disparaît et où l'hémoglobine du sang présente ses caractères physiologiques, c'est-à-dire les deux bandes d'absorption.

Ces divers phénomènes ont été représentés sous forme de courbes permettant d'en suivre les détails. M. Hénocque en a déduit les conclusions suivantes au point de vue toxicologique et thérapeutique :

Le nitrite de sodium à doses même faibles, soit 2 à 20 centigrammes par kilogramme de l'animal, transforme partiellement ou en totalité l'hémoglobine du sang en méthémoglobine.

La méthémoglobine est un dérivé de l'oxyhémoglobine, ou en d'autres termes un degré d'oxydation de l'hémoglobline moindre que l'oxyhémoglobine; l'action du nitrite de sodium sur le sang est beaucoup plus énergique que celle du nitrite d'anyle; le nitrite de sodium s'élimine plus lentement, les effets en sont plus persistants, et par conséquent la toxicité en est plus grande.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 décembre 1883. — Présidence de M. Millard.

COMMUNICATIONS

Ulcérations tuberculeuses. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ**, après avoir rappelé la discussion sur les ulcérations tuberculeuses de la langue, du pharynx, etc., présente un moule pris par M. Baretta sur un malade atteint d'ulcérations buccales siégeant sur le voile du palais. C'est là un siège inaccoutumé pour les lésions tuberculeuses. Cependant l'examen microscopique permet d'affirmer qu'il s'agit, dans ce cas, d'ulcérations tuberculeuses.

M. RENDU rappelle que M. Quenu en a observé et décrit ayant le même siège.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ cite le fait de granulations tuberculeuses de la conjonctive observée par M. Gérin-Roze.

M. DEBOVE cite un fait observé par M. Du Castel et dont il a examiné les pièces; dans ce fait, les ulcérations tuberculeuses occupaient le voile du palais, la voûte palatine, la luette, le pharynx, les piliers, la paroi postérieure du pharynx, etc.

Éloges funèbres. — **M. DESNOS** prononce l'éloge de M. Lasègue; **M. TROISIER**, celui de M. Parrot; **M. RENDU**, celui de M. Georges Homolle.

Renouvellement du bureau. — (Voir aux nouvelles.)

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1883. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Fistules anales chez les tuberculeux. — **M. VERNEUIL** fait un rapport sur une communication de M. Jeannel (de Bordeaux), relative à deux observations de fistules anales opérées chez des tuberculeux. Ces observations ont été adressées à la Société par M. Jeannel au moment de la discussion relative à l'influence du traumatisme sur les propathies. Elles sont très simples et n'en sont que plus concluantes. Il s'agit de deux malades atteints de tuberculose pulmonaire, le premier ayant déjà des cavernes, le second à la première période d'une phtisie à marche rapide, tous deux présentant un abcès de la marge de l'anus. Chez le premier malade, M. Jeannel fit d'abord simplement l'ouverture de l'abcès; puis, comme la cicatrisation ne s'opérait pas, il dut débrider ensuite largement à l'aide du thermo-cautère; chez le second, il fit d'emblée l'opération de la fistule avec le thermocautère. Dans les deux cas, les fistules ne se cicatrisèrent pas et continuèrent à suppurer, mais l'état pulmonaire s'améliora sensiblement.

Il y a donc, dans ces deux faits, une sorte de contradiction apparente : insuccès opératoire, d'une part, et, d'autre part, amélioration thérapeutique considérable. A ce dernier point de vue, ces deux faits sont donc absolument favorables à l'intervention chirurgicale dans les fistules à l'anus chez les tuberculeux.

On sait combien les avis sont partagés sur cette question : les uns sont opposés à l'intervention et se basent sur les dangers inhérents à l'opération elle-même, sur les dangers pour les poumons de la suppression de cette sorte d'exutoire naturel; les autres, au contraire, s'en montrent partisans en s'appuyant sur la bénignité de l'opération, sur l'amélioration de l'état local, sur l'amélioration possible de l'état pulmonaire, etc.; d'autres enfin, plus éclectiques, reconnaissent des indications et des contre-indications. Il est bien certain que l'intervention chirurgicale, dans ces cas, tantôt reste sans effet sur la lésion pulmonaire, tantôt l'améliore, tantôt l'aggrave.

Trachéotomie pour un corps étranger de la trachée. — **M. VERNEUIL** fait également un rapport sur une troisième observation adressée par M. Jeannel : Il s'agit d'un vieillard présentant une paralysie du pharynx et du larynx, ne pouvant plus avaler, respirant très difficilement, auprès duquel M. Jeannel fut appelé en toute hâte; impossible de pénétrer dans la bouche, le malade ayant du trismus. M. Jeannel fit séance tenante la trachéotomie avec le thermo-cautère; n'ayant pas de canule à sa disposition, il appliqua un tube en caoutchouc. Le troisième jour, il y eut une hémorragie par la bouche et le malade rendit un os de poulet très anfractueux. Les aliments introduits par la bouche revenaient par

la trachée; M. Jeannel eut donc recours à l'alimentation par le tube de Faucher introduit dans l'œsophage. Malheureusement ce malade succomba peu de jours après à une pneumonie septique.

Résection costale thoraco-plastique dans l'empyème chronique devenu fistuleux.— M. BERGER fait un rapport sur un cas présenté par M. Bouilly et dans lequel il s'agit d'une résection thoraco-plastique ayant amené la guérison d'un empyème chronique devenu fistuleux. Cette opération a été pratiquée pour la première fois, dans les conditions spéciales dont il s'agit ici, en 1876, par Estlander.

La résection costale a été pratiquée depuis les temps les plus reculés, mais c'est à Estlander que revient le mérite de l'avoir pratiquée et décrite le premier, dans le but spécial de favoriser l'affaissement de la paroi thoracique après la guérison de l'empyème. Depuis, cette opération a été pratiquée cinq fois dans le même but, deux fois par M. Bouilly, une fois par M. Bœckel, deux fois par M. Berger.

La première observation de M. Bouilly a trait à un jeune homme de vingt-trois ans, qui, à l'âge de dix ans, avait eu une pleurésie; quatre ans plus tard, cette pleurésie se mit à suppurer; il s'établit des fistules pleurales; une de ces fistules persista pendant six ans. Six ans après, ouverture spontanée de l'empyème. C'est à ce moment que M. Bouilly pratiqua l'opération dont nous avons donné la description dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1882, page 948).

La paroi thoracique s'affaissa, la suppuration diminua rapidement et, après un mois, le trajet fistuleux était complètement fermé. Un peu plus tard, il se rouvrit, il y eut une récidive qui se termina spontanément. Le malade était guéri depuis plusieurs mois quand M. Bouilly le présenta à la Société.

Dans le second cas, M. Bouilly eut affaire à un vaste empyème qui avait été traité sans succès par toutes les autres méthodes; dans ce cas, il réséqua 5 centimètres des cinquième, sixième et septième côtes. Il y eut, dans ce cas, une amélioration très notable.

Les deux cas de M. Berger sont analogues; dans le premier, il obtint un succès complet; dans le second, une amélioration telle qu'elle pouvait être considérée comme une guérison. En joignant à ces quatre faits celui de Bœckel, qui fut très favorable, on a cinq cas des plus graves sur lesquels on compte deux guérisons complètes, deux améliorations très notables et un insuccès.

M. Berger, passant en revue toute la littérature étrangère et faisant l'historique complet de la question depuis Hippocrate jusqu'à Reybard et jusqu'à nos jours, insiste sur ce fait que, jusqu'à Estlander, la résection costale n'avait jamais été pratiquée que primitivement, dans le but seul de favoriser une plus large issue au pus. C'est incontestablement à Estlander que revient le mérite d'avoir le premier pratiqué cette opération dans le but de produire l'affaissement de la paroi thoracique. Ainsi comprise, la résection costale a eté pratiquée tant en France qu'à l'étranger, vingt-six fois; sur ces vingt-six cas, il y en a quatre dont les résultats sont restés inconnus; restent vingt-deux cas, sur lesquels on compte dix guérisons complètes, cinq améliorations notables, trois insuccès et quatre morts.

En produisant cette statistique, M. Berger fait tout d'abord observer la gravité des fistules pleurales. Il s'applique ensuite à démontrer que les quatre cas de morts ne sont en aucune façon imputables à l'opération elle-même; l'un est mort quatre mois après, l'autre a quitté l'hôpital guéri et est mort chez lui plusieurs semaines après; les deux autres ont succombé, le premier à la tuberculose pulmonaire dont il était antérieurement atteint, le second à une dégénérescence amyloïde des reins. Dans aucun de ces cas, l'opération ne peut être considérée comme la cause directe de la mort.

Examinant ensuite quelles ont pu être les conditions d'insuccès, M. Berger passe successivement en revue l'âge des opérés, leur état général, les adhérences anciennes du poumon, les lésions viscérales préexistantes, etc., etc.; il fait remarquer que toutes ces opérations ont été pratiquées généralement dans des conditions extrêmement défavorables, mais il n'y a guère que les lésions viscérales préexistantes qui constituent, selon lui, une contre-indication formelle à l'opération.

Passant au manuel opératoire, M. le rapporteur met en garde ses collègues contre une tendance, fâcheuse dans ces cas, aux opérations parcimonieuses. Deux conditions importantes pour le succès sont : 1° de pratiquer la résection costale en temps utile, c'est-à-dire environ deux ou trois mois, au plus tard, après l'empyème; 2° d'opérer largement l'étendue de la résection devant correspondre à l'étendue de la collection purulente. Il faut opérer sur la région latérale du thorax, en ligne axillaire; en ce point, la paroi thoracique est dépourvue de muscles larges; en outre, on arrive au niveau de la partie moyenne des côtes; il en résulte qu'après la résection leurs deux extrémités s'infléchissent également.

Quelles côtes faut-il réséquer? Il y a deux méthodes : l'une, qui consiste à pratiquer la résection en circonférence, c'est-à-dire à la faire porter sur une plus ou moins grande étendue de la même côte; l'autre, qui consiste à réséquer un plus ou moins grand nombre de côtes, selon l'étendue de la collection purulente. C'est cette dernière méthode qu'il faut préférer et il ne faut pas craindre, dans certains cas, de réséquer un grand nombre de côtes. Il n'y en a que quatre qui doivent être respectées, les deux premières et les deux dernières.

Toutes les côtes moyennes peuvent être réséquées. Il faut les réséquer très largement, de façon à toujours atteindre les limites de la collection purulente. La résection du feuillet épaissi de la plèvre, proposée par plusieurs chirurgiens, est une complication opératoire inutile.

M. Berger se résume dans les conclusions suivantes :

1° L'opération d'Estlander (tel est le nom qu'il convient de lui donner) doit être acceptée comme opération générale; elle est indiquée dans tous les cas de fistule rebelle survenant dans un empyème chronique;

2° Une règle de temps s'impose pour la pratiquer; c'est environ deux mois après l'opération de l'empyème;

3° Elle doit être faite dans la région latérale du thorax, en ligne axillaire;

4° Il faut opérer très largement;

5° Il faut faire une résection sous-périostée et recourir à la méthode antiseptique et au drainage;

6° Les seules contre-indications formelles à l'opération sont une tuberculose confirmée et avancée ou une dégénérescence amyloïde.

ÉLECTION

La Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1884. Sont nommés :

Président, M. Marc Sée; vice-président, M. Duplay; premier secrétaire. M. Lucas-Championnière; deuxième secrétaire, M. Gillette; archiviste, M. Terrier; trésorier, M. Berger.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1883.

440. M. Jouet. Étude sur le morphinisme. — 441. M. Breton. De quelques complications rares de l'amygdalite phlegmoneuse. — 442. M. Gérente. De l'érysipèle de la face dans le cours de la fièvre typhoïde. — 443. M. Capon. Contribution à l'étude des rétinites syphilitiques. — 444. M. Coppens. De la kératite interstitielle et de son traitement par l'intervention chirurgicale (iridectomie). — 445. M. Landry. Du cancer du sein chez l'homme. — 446. M. Gabriel (Louis). Du réveil du délire alcoolique chez les buveurs. — 447. M. Renard. Des écoles et des instituts pour les enfants rachitiques et difformes en Italie. Leur établissement en France. —

448. M. J. SAUTON. De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale. — 449. M. LEPLICHEY. De la métrite chez les tuberculeux. — 450. M. LEGENDRE. Anévrysmes spontanés de l'aorte ascendante. — 451. M. MAKSOUD-CHERBÉTIAN. Étude sur un cas de fibrome malin de la fosse iliaque chez l'homme. — 452. M. BRISSÉ SAINT-MACARY. De la maladie kystique des mamelles. — 453. M. GAUVIN. De quelques cas d'épistaxis critiques dans la fièvre typhoïde. — 454. M. HERCK. Contribution à l'étude du fibroma molluscum. — 455. M. BOUDET. De l'étiologie des ulcères de jambe. — 456. M. VIGER. Rétraction de l'aponévrose palmaire chez les diabétiques. — 457. M. LAPASSET. Des exostoses multiples de croissance. — 458. M. HANNEQUIN. De la chorée rhumatismale considérée comme une variété de rhumatisme cérébral et de la mort dans la chorée. — 459. M. LACHAUD. Des tumeurs congénitales de la région sacro-coccygienne.— 460. M. MERCIER. Étude sur l'arthrite survenue dans le cours de la grossesse. — 461. M. PILLOT. De l'anévrysme des os. — 462. M. MARIE. De la résection du pylore dans les lésions organiques de l'estomac. — 463. M. MONIQUE. Des principales applications de l'acide acétique. L'acide pyroligneux dans le traitement de la teigne tondante et de quelques autres affections cutanées. — 464. M. CRAVIN. Étude clinique sur la montée du lait chez les nouvelles accouchées.— 465. M. GACHASSIN. De la rétroversion de l'utérus au point de vue de la stérilité acquise. — 466. M. VERDIER. Contribution à l'étude de la dénudation des veines. — 467. M. CHANZEIN. Le Jequirity; son emploi en ophtalmologie. — 468. M. COCHEZ. De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration.— 469. M. BICH. De l'atrophie testiculaire consécutive aux oreillons. — 470. M. MEYNARD. Oblitération de l'aorte abdominale par embolie ou par thrombose. — 471. M. CHOLLET. De la tuberculose au cours de la fièvre typhoïde. — 472. M. SAVIDAN. Contribution à l'étude de l'influence de la fièvre typhoïde sur la grossesse et réciproquement. — 473. M. SALAMÉ. Des hémorragies consécutives aux opérations portant sur le globe de l'œil. — 474. M. VAQUER. De la diphtérie secondaire. — 475. M. BARREAU. De l'ectopie testiculaire inguinale. Son traitement. — 476. M. ROPERT. Étude sur l'épilepsie pleurétique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 décembre 1883, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve :

MM. les docteurs Saissinel, Olivier, de Sallier-Dupin, Binet, Gendron, Rivals, Camon, Wolters, Moroux, Amanieu, Ertaud, Parant, Roché, Reddon, Fabre, Sombret, Delaux, Bernasconi, Cazeneuve, Duchateau, Mathieu, Combet, Daubas, Dupaisse, Arnaud, Pelaprat, Aumaître, Reynaud, Robineau et Zigliara.

— Par décret, en date des 26 et 31 décembre 1883, MM. Bertherand et Waëterloot, médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, ont été nommés au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale. (Emplois vacants par organisation.)

— Par décision ministérielle, en date du 3 janvier 1884, ont été désignés pour faire partie de l'ambulance destinée an corps expéditionnaire du Tonkin : MM. les médecins aides-majors de première classe, Lejeune, Claude, Lasserre et Morand; M. le pharmacien-major de deuxième classe, Worms.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 janvier 1884, un concours s'ouvrira le 15 juillet 1884, à l'École de médecine de Dijon, pour un emploi de chef des travaux chimiques. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les candidats au cinquième examen de doctorat, nouveau régime (deuxième partie, clinique et anatomie pathologique), sont prévenus que l'épreuve d'anatomie pathologique portera, lorsque cela sera possible, sur une autopsie qui sera faite par les candidats au début de l'examen, à une heure de l'après-midi.

— MM. les professeurs Regnauld et Damaschino sont nommés membres de la commission scolaire pour l'année scolaire 1883-1884. Cette commission se composera donc de MM. les professeurs Béclard, doyen de la Faculté, Bouchardat et Brouardel, assesseurs, Regnauld et Damaschino.

— Sont institués, pour une période de trois ans, aides d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, MM. Métaxas, Boiffin, Assaky, Phocas, Damalix, Hamonic, Festal et Barbulée.

— M. le docteur Ribemont est chargé du cours auxiliaire d'accouchements, en remplacement de M. le docteur Budin, auquel un congé de trois mois est accordé pour cause de santé.

— MM. les docteurs en médecine qui désirent faire un cours libre à la Faculté, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1883-1884, sont priés de vouloir bien déposer leur demande dans le courant du mois de janvier, au secrétariat de la Faculté. Cette demande doit contenir le programme du cours.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Bard, agrégé, est chargé, à titre provisoire, du cours d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Perret, agrégé, chargé, à titre provisoire, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Bard.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Tédenat, agrégé, est chargé du cours de clinique externe, en remplacement de M. Courty, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Planchon, docteur en médecine, est nommé préparateur d'histoire naturelle. (Emploi nouveau.)

— *École de médecine d'Alger.* — M. Colozzi est délégué dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle. (Emploi nouveau.)

M. Hugues est délégué dans les fonctions de préparateur de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. le docteur Roland est institué suppléant des chaires de clinique et pathologie internes.

— *École de médecine de Toulouse.*— M. le docteur Halsey, agrégé, est chargé du cours complémentaire de physique, en remplacement de M. Brunhes.

— M. le docteur Maréchal est nommé médecin-adjoint du lycée de Brest, en remplacement de M. le docteur Aubry, démissionnaire.

— M. le docteur Lecadre (Arthur), médecin-adjoint au lycée du Havre, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Lecadre, décédé. — M. le docteur Lauziès est nommé médecin-adjoint du lycée du Havre en remplacement de M. le docteur Lecadre (Arthur), appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Samalens, médecin-adjoint du lycée d'Auch, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Boutan, décédé.

— M. le docteur Subert est nommé médecin du lycée de Nevers, en remplacement de M. le docteur Ranque, démissionnaire.

— La Société médicale des hôpitaux a procédé, dans sa séance de vendredi dernier, 28 décembre 1883, au renouvellement de son Bureau.

Ont été élus : président, M. Dujardin-Beaumetz ; vice-président, M. Vidal ; secrétaire général, M. Desnos ; secrétaires annuels, MM. Legroux et Rathery ; trésorier, M. Moutard-Martin (R.)

Membres du conseil de famille : MM. Millard, Lailler, Grancher et Guyot. — Membres du Conseil d'administration : MM. d'Heilly, Du Castel, Laveran, Lacombe et Quinquaud. — Membres du comité de publication : MM. Desnos, Legroux, Rathery, Rendu et Zuber.

— Le bureau de la Société de médecine pratique est ainsi constitué pour l'année 1884 :

Président, M. Bouloumié ; premier vice-président, M. Delthil ; deuxième vice-président, M. Grenet ; secrétaire général, M. Gillet de Grandmont ; secrétaire général adjoint, M. Brochin(A.); secrétaires annuels, MM. Gourgues et Larrivé ; trésorier, M. Jolly.

La date de l'envoi des travaux présentés pour le prix biennal de 300 francs expire le 1er octobre 1884.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris a formé son bureau comme il suit pour l'année 1884:

Président, M. Constantin Paul ; vice-présidents, MM. Danjoy et de Ranse ; secrétaire général, M. Leudet ; secrétaires des séances, MM. Paul Benard et Delavarenne ; trésorier-archiviste, M. Japhet; comité de publication, MM. Brongniart et Sénac-Lagrange.

— La Société française de tempérance a formé son bureau comme il suit pour l'année 1884 :

Président, M. Jules Bergeron ; vice-présidents, MM. Duverger, Bouchardat, Fauvel et Barthélemy Saint-Hilaire; secrétaire général, M. Lunier; secrétaires généraux adjoints, MM. Decaisne et Vidal ; secrétaires des séances, MM. Guignard et Audigé ; bibliothécaire-archiviste, M. Motet ; trésorier, M. J. Robyns.

Des paralysies chez les choréiques, par le docteur Ollive. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15548.

N° 3. — MARDI 8 JANVIER 1884. 57e ANNÉE. MARDI 8 JANVIER 1884. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôtel-Dieu. Épithélioma développé sur une ancienne cicatrice. — Hôpital de la Charité. Du rétrécissement mitral. — Revue de la Presse. — Société de Biologie. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOTEL-DIEU. — M. Humbert.

Épithélioma développé sur une ancienne cicatrice.

L'opération que nous avons à pratiquer aujourd'hui est une amputation de l'avant-bras chez le malade du n° 13 *bis* de la salle Saint-Landry.

Ce malade est un homme de cinquante-sept ans, bien constitué, qui a toujours été bien portant jusqu'au moment où les accidents qui l'ont amené à l'hôpital se sont déclarés.

Tout jeune enfant, à l'âge de dix-huit mois, il est tombé dans le feu, la main en avant, de telle sorte que celle-ci, ainsi que le poignet et la partie inférieure de l'avant-bras, sur leur face dorsale, ont été grièvement brûlés. La cicatrisation s'est faite avec rétraction des tissus, déviation de la main et demi-flexion du petit doigt par suite de la formation d'une bride cicatricielle sur le bord cubital du poignet. La lésion a donc été une brûlure de troisième et quatrième degrés, atteignant le derme dans toute son épaisseur, mais respectant les tissus sous-dermiques.

Néanmoins cet homme s'est fait menuisier et a toujours pu se servir très habilement de sa main. Mais il y a six ans environ, il a vu apparaître sur cette cicatrice, vieille alors de près de cinquante ans, une petite tumeur verruqueuse grossissant peu à peu et atteignant, à un moment donné, le volume d'une noisette. Au bout d'un certain temps cette tumeur grattée, écorchée, s'est ulcérée, se développant en volume et en surface, envahissant enfin la plus grande partie du tissu cicatriciel.

Aujourd'hui elle s'étend du bord interne de la main et du poignet jusque sur la partie inférieure de l'avant-bras, et déborde son bord cubital en arrière et en avant. Elle mesure 10 centimètres dans son plus grand diamètre, c'est-à-dire longitudinalement, et de 5 à 6 centimètres transversalement. Elle est rouge, bosselée à sa circonférence, ulcérée et fongueuse au centre ; elle donne lieu à un suintement sanieux ; elle est résistante au toucher, dure, limitée en haut par un bourrelet saillant qui la sépare des parties voisines, tandis qu'en bas ses limites ne sont nullemeut tranchées, la tumeur s'enfonçant sous les téguments qu'elle soulève, leur donnant une teinte rouge et tendant à envahir la paume de la main. Mobile dans une partie de son étendue, elle est adhérente au contraire à la partie inférieure du cubitus où elle envoie des prolongements dans la profondeur des tissus. Elle saigne assez facilement sans donner lieu cependant à des hémorragies véritables. Enfin elle n'est pas douloureuse, à peine donne-t-elle lieu à quelques picotements ; elle n'entraîne jusqu'à présent aucun trouble fonctionnel dans la main.

De plus, le ganglion épitrochléen est dur, très mobile, plus volumineux qu'à l'état normal ; de même dans l'aisselle on trouve plusieurs petits ganglions mobiles, mais encore peu développés.

En résumé, d'après tous les caractères que nous venons d'exposer et d'après sa marche, la tumeur est un épithélioma développé sur une cicatrice ancienne, épithélioma classique. Le diagnostic est des plus simples, il ne saurait être douteux.

La pathologie des cicatrices est assez variée ; celles-ci, en effet, peuvent être le siège d'accidents divers, au nombre desquels sont les tumeurs : 1° les tumeurs généralement bénignes, hypertrophiques ou chéloïdes ; 2° les tumeurs malignes ou épithéliomas.

Il suffit d'avoir vu une fois seulement une chéloïde pour reconnaître immédiatement ici qu'il ne s'agit point de cela : la tumeur de notre malade n'en présente aucun des caractères. Quant à l'épithélioma des cicatrices, c'est une affection bien connue quoiqu'elle soit assez rare d'une manière absolue. Il se développe soit sur une cicatrice ancienne, comme dans le cas présent, soit sur une cicatrice en voie de formation, et l'on voit alors les bourgeons charnus se transformer, pour ainsi dire, en bourgeons épithéliomateux.

Chez notre malade il s'agit donc d'un épithélioma sur une cicatrice des plus anciennes que l'on ait ordinairement l'occasion de rencontrer, puisqu'elle remonte maintenant à plus de cinquante-cinq ans ! Existe-t-il, en réalité, des rapports de cause à effet dans les cicatrices très anciennes et le développement de l'épithélioma ? Une cicatrice peut-elle être la cause *déterminante* de l'épithélioma, comme la présence d'un corps étranger pour la formation d'un abcès ? Certainement non ; autrement ces tumeurs seraient des plus fréquentes, vu le nombre de cicatrices que l'on observe journellement, et de plus elles n'attendraient pas un laps de temps aussi considérable — cinquante-cinq années — pour se développer. Mais ce qui est vrai, c'est que le tissu cicatriciel est par lui-même une cause *prédisposante locale*.

Quant aux causes prédisposantes générales, quelles sont-

elles? Nous devons le reconnaître, elles sont souvent fort obscures. Ce que nous savons, c'est que l'épithélioma est plus fréquent chez l'homme, chez les gens âgés, chez les individus qui ont des antécédents arthritiques, goutteux. Sous ces différents points de vue, nous dirons que notre malade ne présente par lui-même rien de rhumatismal ; sa mère, qui vit encore, n'est point rhumatisante, mais son père, mort il y a quelques années, portait, au niveau de la commissure labiale gauche, une petite tumeur qui, après avoir duré un certain temps, avait fini par s'ulcérer. Peut-être nous sera-t-il permis de penser que, de même que chez notre malade, il s'agissait d'un épithélioma de la commissure.

A côté des causes prédisposantes générales, il y a encore certaines causes locales prédisposantes aussi. Ainsi certaines régions sont des sièges de prédilection de l'épithélioma, notamment les orifices naturels du corps, les muqueuses. Comme causes accidentelles, nous citerons les irritations de toutes sortes, les tissus cicatriciels. Mais là s'arrête ce que nous savons de l'étiologie de l'épithélioma, et, dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques, nous ne pouvons pas aller au delà et nous devons reconnaître que dans certains cas la cause reste inexplicable. C'est ainsi que, sans pouvoir nous en rendre compte, nous voyons quelquefois l'épithélioma se développer au niveau du talon, à l'extrémité d'un doigt, etc. Une fois j'ai vu chez un vieillard des plaques de psoriasis des plus accentuées sur la face interne des deux joues, tandis qu'un très petit épithélioma se développait sur la lèvre inférieure, dont la muqueuse était parfaitement saine, et non pas sur l'une ou l'autre de ces plaques. L'année dernière, certain individu mourait d'un cancer de l'estomac, alors qu'il présentait du psoriasis buccal avec un petit point inquiétant à la base de la langue.

Mais, pour en revenir au tissu cicatriciel, nous dirons que les cicatrices sont d'autant plus sujettes à être atteintes d'épithélioma, que leur surface est plus étendue, en raison même d'une diminution de vitalité du derme plus considérable. Le fait est d'autant mieux prouvé que l'on ne rencontre jamais cette affection sur les cicatrices linéaires, quelle que soit leur longueur. Mais les cicatrices de la région dorsale, les cicatrices d'ulcères de jambe, sont surtout prédisposées à l'épithélioma.

Quant au pronostic, en thèse générale, cette affection est toujours grave en ce sens qu'il s'agit d'une tumeur maligne. Mais lorsque l'état général est bon comme chez notre malade, où il ne paraît pas que nous ayons à craindre d'infection générale malgré la présence de quelques ganglions, le pronostic diminue de gravité, tout en restant sérieux en raison des chances de récidive, dont il faut toujours faire la part. En somme, l'épithélioma, je le répète, est une affection grave; car si l'on n'intervenait pas chirurgicalement, le malade succomberait à la longue, malgré la lenteur de son évolution sur les tissus cicatriciels. Ajoutons que cette lenteur même varie selon le siège occupé par la tumeur; ainsi elle est d'autant plus grande que ce siège est plus éloigné des centres ganglionnaires. Pourquoi? Nous n'en savons rien jusqu'à présent.

L'opération que je vais avoir à faire ici sera plus considérable aujourd'hui qu'elle ne l'eût été avant l'ulcération de la partie malade, époque où nous eussions pu nous contenter d'enlever largement la tumeur et par suite conserver entier le membre supérieur. Mais actuellement le sacrifice est beaucoup plus grand et l'amputation de l'avant-bras est devenue nécessaire ; ce sacrifice est d'autant plus pénible que cet homme peut encore se servir de ses mains, mais la lésion est beaucoup trop étendue sous la paume de la main pour que celle-ci puisse être conservée.

L'opération à faire est donc l'amputation circulaire, pratiquée assez haut pour tomber dans les tissus sains et terminée par la suture profonde des muscles avec le catgut audevant des os, par la compression du moignon et par l'immobilisation absolue par des attelles, afin d'obtenir une bonne réunion immédiate. Je procéderai aussi à l'extirpation du ganglion épitrochléen induré.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Du rétrécissement mitral.

Le rétrécissement mitral dont nous avons, en ce moment, plusieurs exemples à l'hôpital est une question d'autant plus importante qu'il est en réalité beaucoup plus commun qu'on ne l'a dit et qu'on ne se l'imagine encore aujourd'hui.

L'une de nos malades est la femme couchée au lit n° 19 de la salle Sainte-Madeleine, femme veuve, — j'y insiste et m'expliquerai tout à l'heure à cet égard, — journalière, âgée de cinquante-deux ans et présentant toutes les apparences d'une bonne santé. Elle est entrée dans le service pour un peu de courbature, des douleurs vagues survenues à la suite de quelques fatigues. Elle n'a pas de fièvre ; le facies est calme, normal; les téguments ne présentent aucun des caractères de la cyanose blanche ou violacée. Le pouls est régulier, il n'y a pas d'œdème des extrémités, pas d'œdème pulmonaire non plus, et les urines ne contiennent aucune trace d'albumine. Eh bien, malgré tous ces caractères négatifs d'une affection cardiaque, cette femme est l'un des plus beaux types de rétrécissement mitral *pur* au premier chef. Néanmoins elle est loin d'être une exception clinique, comme d'aucuns le prétendraient peut-être.

Je sais très bien que plus tard le rétrécissement se compliquera d'insuffisance mitrale, mais il ne faut pas oublier que longtemps avant que celle-ci survienne, le rétrécissement existe déjà; et s'il reste méconnu, c'est parce qu'il ne parle pas assez haut pour que le malade s'en aperçoive, parce qu'il n'entraîne avec lui, pendant bien des années, aucun trouble fonctionnel qui puisse attirer l'attention du médecin qui n'a pas l'habitude d'ausculter tous ses malades alors même qu'ils ne paraissent rien avoir du côté du cœur.

Chez la femme du n° 19 rien n'indique, je le répète, une cardiaque; la pointe du cœur bat dans le quatrième espace intercostal; le pouls est normal, calme et parfaitement régulier, mais si la main est appliquée sur la région précordiale, elle perçoit un *thrill* avant que la paume ait la sensation de la pointe du cœur, c'est-à-dire par conséquent un thrill présystolique. Ce phénomène m'a mis immédiatement en garde contre l'existence d'un rétrécissement mitral, j'ai ausculté le cœur et j'ai trouvé à la pointe également un souffle un peu roulé, prolongé et présystolique, tandis que plus haut, à la base, et au second temps, il y avait un dédoublement du bruit normal ; en un mot, tous les caractères du rétrécissement mitral. Quant aux poumons, rien de particulier; rien non plus dans les urines.

La jeune fille de la salle Sainte-Marthe, service de M. Laboulbène, nous a présenté les mêmes phénomènes :

thrill et souffle présystolique, dédoublement du deuxième bruit. Agée de vingt-deux ans, elle est entrée à la Charité pour une péritonite que je suspecte grandement être de nature tuberculeuse. Mais rien chez elle n'indiquait non plus que nous eussions affaire à une cardiaque.

Il en est de même du n° 16 de la même salle qui, atteinte aussi de rétrécissement mitral, a eu récemment une attaque d'apoplexie avec aphasie résultant d'une embolie de l'artère sylvienne gauche dans la circonvolution de Broca.

Telles sont les trois malades atteintes de rétrécissement mitral *pur* qui sont en ce moment à la Charité.

J'ai dit, en commençant, que cette affection était beaucoup plus commune qu'on ne se l'imaginait ordinairement. En effet, recherchant depuis deux mois tous les faits de rétrécissement mitral *pur* qui pouvaient se trouver dans les différents services de médecine de cet hôpital, je suis arrivé au chiffre de dix et, chose qui vous paraîtra peut-être bizarre et que vous seriez tenté de regarder comme exceptionnelle, les dix cas appartiennent à dix sujets du sexe féminin. Pas un homme, il y a un mois, ne présentait cette lésion. Eh bien, ce fait-là n'est pas une exception ; il est, au contraire, pour ainsi dire la règle, règle des plus importantes au point de vue pratique.

L'enquête que j'ai entreprise à ce sujet en 1878 et que j'ai poursuivie depuis cette époque jusqu'à ce jour prouve que la prédominance de la femme sur l'homme est considérable, je dirai même exorbitante. Les recherches de mistress Marshall dans les hôpitaux de Londres, et dont elle a consigné les résultats dans la thèse très remarquable qu'elle est venue subir devant la Faculté de médecine de Paris, sont une nouvelle confirmation de ce fait : que la proportion des hommes atteints de rétrécissement mitral pur est des plus minimes relativement au chiffre des femmes.

Un autre fait qui n'est pas sans importance non plus, c'est qu'à l'état normal et toutes choses égales d'ailleurs, l'orifice mitral est relativement toujours plus étroit chez la femme que chez l'homme.

Or il est certain que tout individu dont la nutrition est viciée ou retardée présente, par cela même, une alcalinité moindre de ses humeurs qu'à l'état normal, de telle sorte que la prédominance des acides organiques qui restent dans l'économie détermine chez l'un de la lithiase biliaire, chez un autre de l'obésité, chez un troisième de la lithiase urique, chez un quatrième des productions scléreuses, etc.

C'est ainsi que lorsque la jeune fille devient femme, lorsque la menstruation s'établit ; c'est ainsi que lorsque la jeune femme devient enceinte, que lorsque la jeune accouchée se fait nourrice, en un mot lorsque la femme est dans l'état génital ou puerpéral, les humeurs deviennent moins alcalines par suite de modifications, de ralentissement dans la nutrition. Au contraire, la femme revient-elle à la vie indifférente, en est-elle arrivée à la ménopause, l'alcalinité des humeurs augmente.

La femme a donc, par le fait même de son état de femme, des humeurs plus acides, moins alcalines que l'homme ; de là une tendance plus grande à faire de la sclérose, ainsi s'explique la sclérose des valvules. Ce qu'il faut donc retenir au point de vue clinique, c'est la prédominance de la femme sur l'homme à être atteinte de rétrécissement mitral. C'est faute de connaître ces différents faits que le rétrécissement mitral pur est si souvent méconnu pendant une période de la vie plus ou moins longue, que l'on passe à côté jusqu'au moment où, marchant fatalement à certains désordres fonctionnels, il détermine de la stase sanguine du côté des poumons, de l'œdème et de l'asphyxie pulmonaire. Puis le cœur droit se trouvera forcé, l'insuffisance tricuspidienne apparaîtra et le facies cardiaque du malade éveillera enfin l'attention. Mais déjà ses jours seront comptés.

Le rétrécissement mitral pur apparaît souvent dans l'enfance et dans l'adolescence, ainsi que me l'ont révélé maintes fois la percussion et l'auscultation du cœur. Cependant, tant que l'organisme restera vivace, qu'il sera résistant, tant que l'oreillette gauche tiendra bon, la lésion pourra persister sans causer de grands dommages, et pendant de longues années elle ne fera, pour ainsi dire, aucun progrès. Mais si certains états particuliers se produisent chez la malade, tels que la grossesse et la lactation par exemple, alors des troubles organiques surviendront, qui prendront une marche plus ou moins rapide. Aussi, logiquement, serais-je en droit de dire aux parents d'une jeune fille atteinte d'un rétrécissement mitral pur de ne pas lui permettre de se marier sous peine de voir des accidents graves survenir ; que, si elle se marie, d'éviter toute grossesse ; que, si elle devient enceinte, d'éviter la lactation.

Médecin d'une compagnie d'assurances, je ne signerais jamais la police d'une jeune fille atteinte de la lésion susdite.

Les rapports sexuels, la grossesse et la lactation ont donc une influence capable de transformer le rétrécissement mitral en une insuffisance mitrale avec tout le cortège des troubles fonctionnels qui accompagnent cette lésion. Je pourrais vous citer l'observation d'une jeune fille à l'hôpital depuis un certain temps et à laquelle j'avais déconseillé le mariage. Un jour elle me demande une permission de vingt-quatre heures pour aller dans sa famille, disait-elle. Je la lui accorde, elle part et revient le lendemain comme elle l'avait promis. Quelques mois plus tard elle avait les premiers vomissements de la grossesse, mais elle faisait une fausse couche et succombait dans un accès d'asystolie.

Les malades auxquelles il est donné de poursuivre une longue carrière malgré leur rétrécissement mitral pur, sont celles qui, comme le n° 19 de la salle Sainte-Madeleine, sont devenues veuves peu de temps après leur mariage, le sont restées ensuite dans toute la force du terme et qui n'ont jamais eu d'enfants. Voilà pourquoi j'insistais, en commençant, sur l'état de veuvage de cette femme. Ce sont aussi celles qui, par suite de l'état religieux, ne se sont jamais mariées et ont vécu dans une continence absolue comme l'ancienne religieuse morte à soixante et un ans, dans le service de M. Béhier. Cette femme est un des cas de longévité les plus rares.

En un mot, et c'est par là que je termine, avec un rétrécissement mitral on n'a pas le droit d'être mère.

REVUE DE LA PRESSE

Hérédité de la tuberculose. — L'enseignement qui paraît devoir se dégager de récentes expériences instituées par MM. Landouzy et Martin, c'est que la transmissibilité héréditaire tuberculeuse est possible autrement que par le terrain : c'est que, à côté de l'hérédité du terrain, il y a place pour l'hérédité de la graine.

Sans dénier à l'hérédité de terrain l'énorme part qui peut lui revenir dans la genèse de la tuberculose, il faudra désormais compter avec l'hérédité de la graine, puisque les résultats obtenus par

inoculations de parcelles placentaires et fœtales, aussi bien que par inoculations spermatiques, ont, avec éclat, démontré la qualité tuberculisante des unes et des autres. Il fallait bien qu'il fût tuberculeux, en dépit de son aspect sain, le placenta du phtisique observé ; il fallait bien qu'ils fussent tuberculisés et pas seulement tuberculisables, les viscères sains de fœtus humains et de jeunes cobayes nés de cobayes tuberculeuses ; il fallait bien, enfin, qu'il fût tuberculeux le sperme inoculé, puisque placenta, sang, foie et poumons fœtaux, sperme enfin, ont donné des inoculations positives, puisque tous ils ont tuberculisé les terrains sur lesquels ils ont été transportés.

L'hérédité tuberculeuse par la graine tuberculisante n'est donc plus une vue de l'esprit : les faits sont là pour prouver que, si l'on peut naître prédisposé à la tuberculose et tuberculisable, on peut naître tuberculisé aussi bien que syphilisé. Ils n'étaient que trop tuberculisés, les deux fœtus dont parlent, dans leur mémoire, MM. Landouzy et Martin, fœtus qui ont été si manifestement tuberculisants, l'un le jour même de sa naissance, le second sans avoir vu le jour, puisque la mère est morte sans avorter. Des fœtus humains sont donc nés tuberculisés comme ils auraient pu naître syphilisés ; ils ont donné, par inoculation, de la tuberculose tout comme ils auraient pu, syphilisés, donner la syphilis à leur nourrice.

Si fœtus humains et fœtus de cobayes naissent tuberculisants, c'est qu'ils sont tuberculisés, c'est qu'ils sont porteurs de la graine infectante ; l'hérédité tuberculeuse directe, en nature, est donc démontrée.

Ce n'est pas à dire que cette doctrine de l'hérédité en nature de la tuberculose, tout importante qu'elle soit dans la pathogénie de la phtisie, doive amoindrir la part accordée à l'hérédité de terrain. Il n'est que trop vrai que des parents tuberculeux ou non tuberculeux peuvent transmettre à leurs enfants une constitution et un tempérament propice à la germination de la graine tuberculeuse, d'où qu'elle vienne. De même qu'il est des enfants nés de parents riches qui trouvent la fortune dans leur berceau, il en est d'autres qui trouvent seulement le moyen de s'enrichir. Les premiers ont reçu la fortune toute faite, les seconds ont reçu de leur père qualités professionnelles et crédit qui leur permettront de s'enrichir. Les premiers héritent directement, d'emblée, de la fortune paternelle toute faite : les seconds héritent simplement des voies et moyens qui peuvent mener à la fortune.

L'hérédité de la tuberculose, comme l'hérédité de la fortune, peut se concevoir de deux manières : certains enfants naissent tuberculeux, d'autres naissent tuberculisables. Les premiers ont reçu en partage la graine tuberculisante, les seconds n'ont hérité que du terrain sur lequel viendra germer ou se flétrir, à plus ou moins longue échéance, une graine tuberculeuse apportée en terre promise par l'un quelconque des modes de contage. (*Revue de médecine.*)

De la péritonite aiguë sous-ombilicale. — M. le docteur Alphonse Goix résume ainsi ses recherches sur ce sujet :

La péritonite sous-ombilicale aiguë se manifeste cliniquement : *a.*) par les symptômes généraux communs à toute péritonite aiguë ; *b.*) par des phénomènes locaux qui lui appartiennent en propre et qui sont une douleur superficielle, exactement circonscrite à la moitié sous-ombilicale de l'abdomen, de la rétention d'urine et du météorisme intestinal ; *c.*) enfin par un caractère négatif très important : l'intégrité de la respiration diaphragmatique.

La péritonite sous-ombilicale aiguë se distingue de la *pérityphlite aiguë* par l'absence de tuméfaction cœcale et péricœcale, et du *phlegmon* sous-péritonéal par la conservation, pendant toute la durée de la maladie, de la mobilité normale de la peau sur les couches sous-jacentes. Dans le phlegmon, le tissu sous-cutané de l'abdomen participe toujours secondairement à l'inflammation et la peau perd sa mobilité (Bernutz).

Ce qui fait surtout la gravité de la péritonite aiguë, c'est l'extension de la phlegmasie au péritoine sus-ombilical. Il est donc important, dans toute péritonite aiguë, d'observer avec soin le rythme respiratoire et l'état des mouvements du diaphragme. (*Archives de médecine.*)

Traitement de l'angine couenneuse et du croup. — Depuis vingt ans, M. le docteur E. Bouchut traite l'angine couenneuse par les injections antiseptiques et le croup par l'émétique pour éviter la trachéotomie.

Pour les angines, injections avec la seringue ou l'irrigateur chargé d'une dilution de coaltar saponiné, répétée toutes les heures, et à l'intérieur, potion avec chlorate de potasse et rhum.

Pour le croup, à moins d'urgence absolue d'opérer, administrer le matin, ou parfois le matin et le soir, 25 milligrammes d'émétique, à prendre en une seule fois dans 100 grammes d'eau ; avoir soin, dans la journée, de donner peu de liquide pour conjurer la diarrhée : le même vomitif doit être répété les jours suivants, s'il y a menace de suffocation.

M. Bouchut attache aussi une grande importance aux fumigations antiseptiques faites dans la chambre du malade. (*Paris méd.*)

Pleurésies pulsatiles. — M. le docteur J. Comby attire notre attention sur la valeur séméiologique des pulsations thoraciques dans la pleurésie.

Un certain nombre de pleurésies du côté gauche présentent des pulsations synchrones aux battements du cœur. Ces pulsations occupent tantôt la partie inférieure du thorax dans une vaste étendue, tantôt elles sont limitées à une tumeur dont le siège est variable sur le thorax et peut même, par exception, occuper les lombes. Ces battements thoraciques sont dus à la transmission des battements du cœur à travers le poumon sclérosé et à la couche liquide. Elles ne se rencontrent que dans les *pleurésies purulentes anciennes* avec rétraction définitive du poumon et fusion de cet organe avec le péricarde.

Toute pleurésie gauche avec pulsations (*empyème pulsatile*) est une *pleurésie purulente.*

Les pulsations indiquent la purulence ; elles ont même une signification plus étendue ; elles indiquent non seulement la purulence, mais l'anéantissement du poumon. C'est un signe d'incurabilité.

Telle est la valeur diagnostique et pronostique de l'empyème pulsatile. (*Archives de médecine.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 décembre 1883. — Présidence de M. Laborde.

COMMUNICATIONS

Vice de conformation. — **M. Hamy** communique l'observation d'un enfant né à terme qui présentait une imperforation des organes génitaux et de l'orifice intestinal inférieur. La vessie communiquait en outre avec le gros intestin. Les organes génitaux étaient si peu développés qu'il était à peu près impossible de se prononcer sur le sexe de cet enfant. La vessie, triangulaire, était pourvue d'un seul uretère très dilaté, dont l'orifice était situé au-dessus du trigone. Le gros intestin, offrant la forme d'un ovoïde, était accolé à la vessie avec laquelle il communiquait par une large ouverture.

M. Mathias Duval demande quel était l'état de l'ouraque.

M. Hamy répond que l'ouraque était imperméable dans toute son étendue.

Du mécanisme de la déglutition. — **M. Arloing** adresse une réclamation de priorité relativement à un travail de MM. Kronecker et Mentzel sur le mécanisme de la déglutition. Il y a huit ans que M. Arloing a constaté et décrit cette modification dans ce mécanisme, à savoir que l'œsophage devient inerte pendant la déglutition.

Action du chloroforme sur la respiration de la levûre de bière. — M. PAUMEZ a fait, sur ce sujet, un grand nombre de recherches qui l'ont conduit à cette conclusion que le chloroforme, comme l'éther, diminue la capacité respiratoire de la levûre de bière.

M. RABUTEAU dit que tous les éthers entravent le développement des végétaux et les détruisent. Si l'on place des graines sèches dans une solution d'éther, elles peuvent s'y conserver et restent susceptibles de germination; mais si celle-ci était déjà commencée lors de leur introduction dans l'éther, elle s'arrête définitivement; la vitalité de la graine est détruite.

Action comparée des métaux sur la sensibilité gustative. — M. CHARLES RICHET a fait un certain nombre d'expériences sur ce sujet. Il fait observer qu'il est difficile d'obtenir des résultats exacts en raison, d'une part, de la saveur désagréable de l'eau distillée elle-même, et d'autre part, les grandes différences que présente la sensibilité gustative selon les individus et selon les circonstances dans lesquelles ils se trouvent. Aussi les chiffres qui suivent ne sont-ils qu'approximatifs : 1 milligramme de cuivre dans un litre d'eau donne une sensation. A ce point de vue, le cuivre est le métal le plus actif; puis vient l'argent (4 milligrammes par litre), puis le bichlorure de mercure (1 centigramme), le chlorure de sodium (12 milligrammes). Tous les acides sont perçus à la même dose (5 à 7 centigrammes).

M. RABUTEAU fait observer que pour ces expériences il faut une eau distillée parfaitement insipide.

M. FRANCK dit qu'il serait intéressant de rechercher s'il y a une relation entre la rapidité d'action des métaux et leur degré d'impressionnabilité.

Sclérose latérale amyotrophique. — M. MARIE fait connaître les résultats de l'autopsie d'une malade qui a succombé, dans le service de M. Charcot, à une sclérose latérale amyotrophique. Il a constaté une accumulation considérable de corps granuleux dans la région des faisceaux pyramidaux directs, ainsi que dans celle des faisceaux pyramidaux croisés; une disposition complète des grandes cellules motrices des cornes antérieures; la présence de corps granuleux dans le bulbe, la protubérance, les deux tiers antérieurs de la partie postérieure de la capsule interne, dans la partie de l'écorce grise que l'on désigne sous le nom de zone motrice. Le faisceau pyramidal était donc atteint dans toute son étendue, aussi bien dans son trajet intra-encéphalique que dans son trajet médullaire.

Fistule biliaire. — M. LABORDE présente une canule biliaire en bouton de chemise et une chienne qui porte depuis trois ans une fistule biliaire.

Endocardite ulcéreuse. — M. FRANCK, pour produire expérimentalement des accidents d'endocardite ulcéreuse, a eu recours à des cautérisations pratiquées avec le thermo-cautère. Il a pu ainsi reproduire chez le chien ces accidents de l'endocardite ulcéreuse.

ÉLECTION

La Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1884. Sont élus :

Vice-présidents, MM. Mathias Duval et François Franck; secrétaire général, M. Dumontpallier; secrétaires annuels, MM. Mégnin, Dastre, Larcher et Henneguy.

La séance est levée.

Séance du 5 janvier 1884. — Présidence de M. Mathias DUVAL.

COMMUNICATIONS

Action microbicide du cuivre. — M. BOCHEFONTAINE présente une étude expérimentale sur l'action microbicide du sulfate de cuivre. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1883, pages 862 et 883.)

Incompatibilités médicamenteuses. — M. RABUTEAU appelle l'attention sur certaines incompatibilités médicamenteuses, en particulier celle de l'iodure de potassium et du sulfate de quinine. Si l'on administre en même temps ces deux médicaments, on constate que les malades présentent de l'anxiété, de l'anorexie, des troubles nerveux, un malaise général. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu lorsqu'on forme un iodure impur, contenant de l'iodate de potassium. Le mélange d'un iodure et d'un iodate ne peut pas tenir en présence des acides de l'estomac. Il en est de même lorsque l'iodure de potassium et le sulfate de quinine se trouvent ensemble dans l'estomac; de l'iode est mis en liberté et détermine des troubles.

Il résulte d'assez nombreuses observations relevées par M. Rabuteau que le sulfate de quinine donné à une femme pendant l'époque menstruelle peut déterminer des accidents très graves et même mortels.

Galets trouvés dans un estomac d'otarie. — M. POUCHET présente des galets qui ont été trouvés dans l'estomac d'une otarie. La totalité de ces galets représente un poids de 8 kilogr. 500 grammes. Il semble que la présence de ces galets dans l'estomac n'ait pas d'autre but que d'aider l'animal à plonger. On n'en trouve pas chez les femelles.

Douleurs réflexes. — M. MATHIAS DUVAL présente une thèse de M. Fromentel (de Nancy) sur les douleurs réflexes de Gübler. M. Fromentel, étant atteint lui-même, ainsi que son père et sa mère, de ces douleurs réflexes ou sympathies douloureuses ou synalgésies, a pu les étudier de très près. Il a réuni environ cent observations. On sait en quoi consistent ces douleurs réflexes; le malade n'a qu'à toucher un petit bouton ou tirer un poil au niveau du bras, par exemple, pour déterminer aussitôt une douleur très vive sur un point du thorax de même côté. Or il y a un rapport fixe entre le point de départ ou la douleur primitive et l'écho ou douleur réflexe chez le même sujet. Il existe entre les deux une parfaite réciprocité, en ce sens que l'irritation du point où se produit la douleur en écho ramène une douleur réflexe dans le point qui était primitivement le point de départ.

M. Fromentel croit qu'on peut expliquer ces phénomènes, anatomiquement, par les centres de perception.

M. DUMONTPALLIER rappelle avoir communiqué des faits dans lesquels un point névralgique du bras gauche, par exemple, était immédiatement calmé par une excitation portée sur le point similaire du côté opposé. Récemment encore, voulant habituer un malade, atteint de la crampe des écrivains, à écrire de la main gauche, il dut y renoncer parce que chaque fois que ce malade essayait d'écrire de la main gauche il était repris de sa crampe dans la main droite. Ce sont là des faits de même ordre que ceux dont vient de parler M. Mathias Duval.

M. OLLIVIER rappelle que Chassaignac avait remarqué qu'en pinçant le scrotum d'un côté on déterminait la contraction du dartos du côté opposé.

La Société se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

1. M. QUERMONNE. Étude sur la pathogénie des névralgies. — 2. M. GREFFIER. Étude sur les troubles de la miction dans les maladies du système nerveux. — 3. M. DUPRÉ. De l'hydrargyrie. — 4. M. JÉGU. De la syphilis de l'oreille. — 5. M. CONNEN. Du traitement prophylactique de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'acide borique. — 6. M. SIMARD. Forme de contracture infantile intéressant particulièrement les adducteurs de la cuisse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM. les docteurs Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Fayet, professeur à l'École de médecine de Caen ; Fredet, suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand ; Maillard et Viallanes, professeurs à l'École de médecine de Dijon ; Herbet, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Rambaud, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon ; Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes et Saillard, professeur à l'École de médecine de Besançon.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. Panis, professeur à l'École de médecine de Reims ; Prunier, agrégé près l'École de pharmacie de Paris ; Chapoy, suppléant à l'École de médecine de Besançon ; Pitres, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Thierry, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Castiaux, professeur à l'École de médecine de Lille ; Berlioz, professeur à l'École de médecine de Grenoble ; Letiévant, professeur adjoint à la Faculté de médecine de Lyon ; Bimar, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier ; Frébault, professeur à l'École de médecine de Toulouse ; Arnaud, aide-naturaliste au Muséum ; Boulard, préparateur au Muséum ; Chamberland, sous-directeur du laboratoire de chimie physiologique de l'École des Hautes-Études à l'École normale supérieure, et Moquin-Tandon, professeur à la Faculté des sciences de Besançon.

— Par décret, en date du 26 décembre 1883, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique :

MM. de Salverte, maître des requêtes au Conseil d'État ; les docteurs Béclard, doyen de la Faculté de médecine, et Moutard-Martin, médecin des hôpitaux de Paris ; Goupy, représentant du conseil des prudhommes, et Rochard, négociant, pris en dehors de toute catégorie.

— Par décision ministérielle, en date du 3 janvier 1884, M. Duchêne, médecin-major de deuxième classe au 9e chasseurs à cheval, est passé au 8e bataillon d'artillerie de forteresse par permutation avec M. Lobit.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 janvier 1884, un concours s'ouvrira le 15 juillet 1884, à la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'École de médecine de Reims. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par arrêté préfectoral, en date du 4 janvier 1884, a été acceptée la démission de M. le docteur Perrin, membre de la septième commission locale du travail des enfants dans les manufactures (quartier des Enfants-Rouges).

— Par suite de l'admission à la retraite de M. Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et du décès de M. Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, MM. Castan, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, et Lallement, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, sont promus de la quatrième à la troisième classe.

— *Hôpitaux de Bordeaux.*— Le personnel médical et chirurgical, pour l'année 1884, est arrêté de la manière suivante :

Hôpital Saint-André. — Médecins titulaires : MM. Riquard, Vergely, Solles et Landes ; médecins adjoints : MM. Verdalle, Arnozan, Rondot et Davezac. — Chirurgiens titulaires : MM. Demons et Dudon ; Chirurgiens adjoints : MM. Poinsot et Dubourg.

Hôpital des Enfants. — Médecin titulaire : M. Négrié ; médecin adjoint : M. Artigalas. — Chirurgien titulaire : M. Baudrimont.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. le docteur A. Fochier, chirurgien-major de la Charité, devient chirurgien titulaire ; M. le docteur Eugène Vincent entre en fonctions comme chirurgien-major de la Charité et prend le service de la Maternité ; M. le docteur Laroyenne, ancien chirurgien titulaire de la Charité, reste chargé du cours complémentaire des maladies des femmes ; M. le docteur Bouchacourt reste à la tête de la clinique obstétricale.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — Un congé d'inactivité est accordé à M. Bellier, préparateur de chimie.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. Roux, chargé des fonctions d'aide-préparateur au laboratoire de chimie physiologique, est chargé des fonctions de sous-directeur audit laboratoire.

— La Société de médecine légale a déclaré la vacance de six places de membres titulaires. Trois de ces places sont réservées à des légistes. Les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes dans le plus bref délai au secrétariat général, 7, rue Monsigny.

— Le jeudi 7 février 1884, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices de Paris.

MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 7 janvier et sera clos le 21 janvier 1884, à trois heures.

— M. Blanchard, membre de l'Institut, professeur de zoologie (insectes et crustacés) au Muséum, ouvrira ce cours le mercredi 9 janvier 1884, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur A.-J. Martin commencera son cours d'hygiène publique à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, le jeudi 10 janvier 1884, à cinq heures du soir, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 14 janvier, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, 15, rue de l'École de Médecine, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. La première partie du tome XXIX de la 1re série, la deuxième partie du tome XII de la 3e série, la deuxième partie du tome IX de la 4e série, viennent de paraître. Elles contiennent les articles suivants : *Diaphragme*, par MM. Hénocque et Éloy ; *Diarrhée*, par M. J. Mahé ; *Diathèse*, par M. Grasset ; *Submersion*, par M. Tourdes ; *Goitre*, par M. Krishaber ; *Goitre exophtalmique*, par M. Rendu ; *Gommes*, par MM. Besnier et Rollet. — Prix de chaque fascicule, franco par la poste : 6 francs. — Paris, Asselin et Cie et G. Masson.

Leçons sur les maladies vénériennes, professées à l'hôpital du Midi par M. le docteur Ch. Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. 1 vol. in-8° de 1072 pages. — Prix : 18 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Étude de pathologie comparée. La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme, par le docteur Servoles, lauréat (médaille d'argent) de la Faculté de Paris, vétérinaire en premier, secrétaire de la commission d'hygiène hippique. 1 vol. in-8° avec planches. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Contribution à l'étude de l'électro-diagnostic, exploration des nerfs moteurs et des muscles à l'état physiologique et pathologique, par le docteur ESTORC. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur les troubles de la miction se rattachant aux divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus, par le docteur BOISSARD. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Contribution à l'étude clinique des tumeurs solides du scapulum, par le docteur LANGENHAGEN. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. LANCEREAUX. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

La Science du cœur humain, ou psychologie des sentiments et des passions d'après les œuvres de Molière, par le docteur Prosper DESPINE, lauréat de l'Institut. 1 vol. in-8° de 140 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Savy.

La Longévité et les moyens de l'acquérir, par Joseph G. RICHARDSON, professeur d'hygiène à l'Université de Pensylvanie, traduit de l'anglais par P. BARRUE. In-18. — Prix : 2 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Notice sur les applications médicales de l'électricité, par le docteur LARAT. In-18°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

L'Ophtalmie jequiritique et son emploi clinique, par les professeurs STATTLER et L. de WECKER. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des Teignes chez les enfants et de leur traitement par l'huile de croton, par le docteur DESCROIZILLES. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Hygiène scolaire, hygiène de la vue dans l'écriture, par le docteur G. MARTIN. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15573.

13

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions dfficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

88

Capsules et saccharure

À L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

241

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

22

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. DUVAL, seul élève de son père, le docteur V. DUVAL, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

68

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre: *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

51

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

150

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*) tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., rue Baudin, 23, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

82

Globules du docteur de Korab

À L'HELÉNINE DE KORAB

72

Avis. — La Société française

DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES

ADRIAN et Cie, bien connue pour la pureté de ses produits, recommande d'une façon toute particulière à MM. les Médecins ses granules-médicamenteux mathématiquement dosés au moyen du pilulier mécanique qui a obtenu à l'Exposition universelle de 1878 la plus haute récompense accordée à ce genre d'appareils.

Elle les délivre en vrague, en flacons de 100 granules ou en boîtes de 10 tubes contenant chacun 20 granules.

Les prescrire sous le nom de **Granules Adrian.**

90

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

93

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

70

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

28

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacée.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

54

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies diarrhées chroniques, vomissements des enfants etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas.

Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes phies.

125

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique. — Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

74

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote, la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

31

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

79

Iodure de fer et de quinine

Le sirop et les pilules d'iodure de fer et de quinine préparés par **Rébillon**, pharmacien, sont prescrits avec succès dans la chloro-anémie, fièvres, gastralgie, et dans toutes les maladies provenant de l'appauvrissement du sang.

Dose : { 4 pilules par jour pour les adultes.
1 cuill. à bouche de sirop id.

Vente en gros : Ch. VIMARD, 4, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans bonnes pharmacies.

Envoi franco d'échantillons aux médecins.

N° 4. — JEUDI 10 JANVIER 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 10 JANVIER 1884. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne. — HÔPITAL NECKER. De la tuberculose au point de vue chirurgical. — De la dilatation intermittente et progressive de la trompe d'Eustache. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos de la précédente séance de l'Académie, nous disions que si des épidémies de trichinose pouvaient se produire en France et y être méconnues, ce devait être surtout dans nos provinces de l'Est, où souvent la viande de porc entre dans la consommation sans être cuite.

Or à peine l'attention se trouva-t-elle appelée sur ce point que déjà on a signalé, vers la frontière allemande, une épidémie de trichinose. M. Brouardel a été chargé d'aller l'observer par lui-même et de contrôler le diagnostic. Ajoutons d'ailleurs que M. Grancher, qui est venu compléter, par un récent mémoire sur la marche et sur les symptômes, le rapport de M. Brouardel sur l'épidémie d'Emersleben, tend à croire, comme M. Leroy de Méricourt, que sous le nom d'acrodynies on a décrit pendant longtemps de véritables trichinoses. Ainsi l'immunité de la France ne serait pas aussi complète qu'on l'a prétendu, pas plus que l'habitude de manger du porc cuit n'y est absolument universelle.

Sur la demande de M. Chatin, toute cette question vient d'être renvoyée à une commission académique chargée de faire un second rapport.

A l'occasion du traitement des teignes, M. Besnier a soulevé des questions au sujet desquelles on peut prévoir une discussion vive. Il a posé en principe absolu l'inanité de tout essai de destruction des parasites soit animaux soit végétaux qui causent des maladies externes ou internes. Suivant lui, la cellule aux dépens de laquelle se développent ces parasites a moins de vitalité qu'eux et meurt la première sous l'influence des prétendus parasiticides. M. Bouley a annoncé qu'il viendrait soutenir la doctrine contraire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne (1).

VII

Dans l'exposé rapide que je viens de faire des médecins arabes, il y a eu par la nature même du sujet une certaine monotonie ; je vais actuellement y amener de la variété avec l'histoire de l'École de Salerne. Vous aurez, de la sorte, sur le tableau un peu sombre un point lumineux.

La première période du moyen âge a vu paraître une école célèbre, *Schola salernitana*, la plus ancienne, la première en date, la plus renommée de toutes celles qui ont été fondées en Occident après la chute de l'empire romain. Recherchons ce qu'a été cette école, quels maîtres elle a possédés et ce qu'ils nous ont légué.

Longtemps la science a été confuse à cet égard. Salerne est déjà signalée par Horace comme salubre et comme localité d'hivernage. La ville est dans une situation admirable, non loin de Naples, ayant la mer au sud et derrière elle des montagnes couvertes de forêts ou remplies de plantes médicinales ; l'eau y est abondante et d'une grande pureté. On a dit que toute science était venue à l'École salernitaine par Galien et par les Arabes. On admirait son beau climat en invoquant le nom de quelques-uns de ses médecins « syllabes harmonieuses voltigeant sur les lèvres des hommes », mais évidemment cela ne pouvait suffire, non plus que le poème didactique, sorte de prose rimée, connu sous le nom de *Fleur médicale* ou de *Régime de santé*. Et, d'ailleurs, Galien n'a pas été dans le principe le plus répandu des médecins grecs ; d'autre part, Constantin l'Africain n'est venu que lorsque Salerne avait déjà deux siècles, au moins, d'existence médicale.

La connaissance exacte de l'Ecole de Salerne est trop étroitement liée aux travaux de mon prédécesseur Charles Daremberg pour que je n'insiste pas sur la manière dont l'histoire de cette institution remarquable a été éclairée. C'est en 1837 que Henschel, professeur à Breslau, s'occupant d'un catalogue des manuscrits médicaux du moyen âge, trouva un beau manuscrit méconnu du XIIIe siècle et intitulé *Herbarius*. Henschel reconnut que ce prétendu Herbier contenait trente-cinq traités tous salernitains, en grande partie inédits. Le deuxième traité *De ægritudinum curatione*, du Traitement des maladies, se compose de cent soixante-treize chapitres ; il constitue une sorte d'encyclopédie, ou, en d'autres termes, une Somme médicale analogue à celles d'Oribase, d'Aëtius et de Paul d'Égine, formée d'une suite d'extraits des Maîtres de Salerne.

Ce *Compendium salernitanum* a été publié par Henschel grâce à S. de Renzi, qui a lui-même enrichi la littérature médicale d'importants documents sur l'École de Salerne et qui a donné avec Daremberg une précieuse *Collectio salernitana*. En outre, Daremberg a retrouvé presque tous les traités salernitains du *Compendium* ou ceux qui ont été cités

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 décembre 1883.

par les auteurs du moyen âge. Aussi est-il possible aujourd'hui d'apprécier les doctrines et les pratiques médicales de l'École de Salerne, ainsi que la biographie de ses médecins et de ses professeurs.

La légende a fait intervenir pour la création de la célèbre École quatre personnages : un Arabe, *Adela;* un Juif, *Helinus ;* un Grec, *Pontus,* et un Latin, *Salernus.* C'est une personnification des quatre éléments, c'est encore un lustre pour une institution médicale formée par les quatre peuples les plus savants au moyen âge. Remarquez ce nombre quatre, il est en quelque sorte sacramentel à Salerne : quatre maîtres auraient fondé l'École, quatre maîtres commentent plus tard la chirurgie écrite elle-même par Roger et trois compagnons. Il y a des pilules composées par quatre maîtres salernitains.

Ackermann a prétendu à tort que Constantin l'Africain, vers l'an 1075, a été le vrai fondateur de l'École de Salerne et qu'avant lui, apportant la science des Arabes, les médecins salernitains n'avaient pas de réputation. L'histoire démontre le contraire. En 984, Adalbéron, évêque de Verdun, vient se faire soigner à Salerne, probablement pour une pierre vésicale. En 1050, l'abbé du Mont-Cassin, Desiderius ou Didier, qui devint pape sous le nom de Victor III, se rend à Salerne atteint d'une maladie de langueur. En 1059, Rodolphe, surnommé Mala-Corona, arrive dans cette ville « où se tenaient depuis les temps reculés les meilleures et les plus célèbres écoles de médecine ». Avant Constantin, il est fait mention de plusieurs médecins dont quelques-uns ont déjà l'épithète de Maîtres. Enfin, pour vous prouver la fausseté de l'opinion d'Ackermann, il n'est pas absolument certain que Constantin ait habité Salerne, il a composé ses ouvrages dans le monastère du Mont-Cassin; nulle part on ne lui donne le titre de Maître.

La fondation de l'École de Salerne, suivant de Renzi, n'est pas due aux princes lombards du Bénévent, vers le milieu du VIIe siècle, non plus qu'aux bénédictins en 700 ou 900. Je n'admets pas l'opinion de Sprengel disant que les moines bénédictins ont établi deux écoles célèbres, l'une à Monte-Cassino, l'autre à Salerne; ni celle de Puccinotti soutenant que Salerne provient d'une corporation bénédictine à laquelle se sont affiliés peu à peu des laïques. Il en est de même pour Meyer (de Kœnigsberg), pensant que l'École de Salerne a été dans le principe une sorte de franc-maçonnerie médicale.

Les plus anciens écrits salernitains n'offrent aucune trace de doctrines sacrées, d'enseignement réservé à des initiés; les noms laïques sont mêlés avec des noms de clercs. A l'origine, toutes les autorités et tous les livres sont laïques. La Somme médicale, le *Compendium salernitanum*, est un ouvrage tiré des vieilles sources classiques : d'où il est possible de conclure que les commencements de l'École de Salerne ont été laïques, mais que par la suite les moines, ainsi que les clercs séculiers, ont enseigné la médecine à Salerne et y ont composé des ouvrages. Ceci, du reste, rentre dans la condition des institutions médicales fondées ou transformées dans cette première partie du moyen âge.

En résumé, les archives du royaume de Naples ayant fourni les noms de médecins salernitains de l'année 846, les textes des XIe et XIIe siècles, s'accordant à présenter cette école comme fort ancienne, elle est bien antérieure à Constantin l'Africain. Remarquez ce titre d'École, réservé dans la langue du temps à une réunion de savants chargés d'un enseignement officiel. Il ne s'agit pas de médecins isolés, mais d'un institut médical où les membres prirent d'abord le titre de maîtres, celui de docteur n'apparaissant dans la chirurgie de Roger qu'au XIIIe siècle. Salerne, si bien dotée au point de vue hygiénique, a été le lieu de formation, peu après la chute de l'empire de Rome, d'une école médicale où dominait l'élément laïque et où le clergé tenait également une grande place.

Comment rattacher cette école florissante au XIe siècle aux écoles grecques anciennes? Un texte de Cassiodore qui écrivait dès le VIe siècle, vous montrera ce qui a eu lieu non seulement pour Salerne, mais pour tout l'Occident. Cassiodore prescrit à ses moines : « Si la littérature grecque ne vous est pas familière, lisez Dioscoride, Hippocrate, Galien, traduits en latin, Cælius Aurelianus et bien d'autres livres que vous trouverez dans la Bibliothèque. » En effet, dès le VIe siècle, dès que la langue grecque cessa, par le malheur des temps, d'être répandue en Italie, il y eut une foule de traductions. Hippocrate, Dioscoride, Oribase, Galien, Soranus, Rufus, Moschion et beaucoup d'autres ont passé du grec dans un latin plus ou moins barbare et compréhensible. Il y a plus, une Somme, une Collection médicale, empreinte de méthodisme, de cette doctrine hétérodoxe combattue si violemment par Galien, a joui d'une grande faveur au début du moyen âge. Plus tard cette Somme médicale formée d'extraits de divers auteurs a été mise en meilleur ordre et en meilleur latin vers 1040. On y trouve une association de méthodisme pour les doctrines et de galénisme pour les recettes. Le galénisme au début n'était pas omnipotent. On méconnaissait l'autorité de Galien comme on avait méconnu celle des Césars. Les compilations et les encyclopédies étaient préférées aux œuvres originales; les méthodiques passèrent avant les dogmatiques, Soranus avant Galien. Mais quand l'ordre est bien rétabli, l'influence de Galien reprend le dessus. En 1220 règne déjà la vraie doctrine d'Hippocrate et de Galien; Salerne reçoit et garde le surnom glorieux de *Civitas hippocratica*, Cité hippocratique.

Occupons-nous présentement des médecins ou Maîtres salernitains en commençant par ceux qui ont précédé Constantin, pour finir par ceux qui sont venus après lui.

Petrocellus, vers 1035, nous a légué un traité intitulé : *Pratique,* et Gariopuntus un *Passionnaire* (Passionarius Galeni). Dans ces deux ouvrages, les plus anciens qui nous soient parvenus, il règne une association de méthodisme et de galénisme. Il semble que des circonstances indépendantes des auteurs aient mis les livres méthodiques entre leurs mains; on les disait méthodistes sans le savoir et en croyant être plutôt galénistes.

Une femme remarquable apparaît à Salerne sous le nom de Trotula. On l'a appelée Éros, mais elle n'appartient plus à la légende grâce à de Renzi. Elle vivait en 1059, enseignant et pratiquant. Rodolphe Mala-Corona trouva prête à discuter avec lui une matrone fort savante (*quamdam sapientem matronam*). Cette femme-médecin, Trotula, Trotta ou Trocta, nom commun à Salerne au XIe et au XIIe siècle, a écrit sur les maladies des femmes, sur les accouchements et de plus sur les autres parties de l'art médical. Tous ses livres sont d'un galénisme irréprochable. Du reste, on trouve plus tard un grand nombre de femmes telles que Constanza Calenda au XVe siècle et encore Abella, Mercuriade, Rebecca, ayant écrit ou exercé la médecine au sud de l'Italie. Vous voyez que ce n'est pas seule-

ment de nos jours qu'il y a eu des étudiantes aspirant au diplôme et au titre doctoral en médecine.

Avant Constantin, nous trouvons aussi Jean Platearius, qui a été le précepteur à Salerne, d'Ægide de Corbeil. Platearius était le mari de Trotula, son fils Jean II est l'auteur d'une *Pratique* ou *Practica*. Je vous signale Cophon l'ancien, Nicolas præpositus, Petronius qui nous a laissé également une *Practica*, dans laquelle on reconnaît quelques additions de matière médicale de l'Orient, mais venue probablement par les relations commerciales.

Constantin paraît, c'est véritablement une figure étrange et curieuse du XIe siècle. Il a été surnommé l'Africain parce qu'il était né à Carthage; voyageant pendant quarante ans, il parcourut, dit-on, l'Arabie, la Chaldée, la Perse, l'Inde, l'Éthiopie et l'Égypte. De retour dans sa patrie, au lieu d'être bien accueilli, il fut persécuté; accusé de magie, on voulut le faire mourir. Il se sauva, puis se fixa en Italie par nécessité ou par choix, et le duc Robert (Guiscard) le fit son secrétaire. Dégoûté de la cour, il abandonna sa charge, se retira vers 1086 au monastère de Monte-Cassino et se fit moine bénédictin. Dans la retraite, il écrivit de nombreux ouvrages parus sous son nom et qui sont des extraits ou de simples traductions faites sur l'arabe, principalement de Galien, d'Ali Abbas, d'Isac, d'Ebn Eddjezzar et portant les titres de *Pantegni* (comprenant le *Megategni* et le *Microtegni*), de *Viatique*, de *Traité des urines*, de *Traité des fièvres*, de *Livre de l'estomac*, *Livre des yeux*, etc.

Au moment où arrivait Constantin, le fonds latin était épuisé; une autre source d'instruction allait surgir avec les Grecs traduits en syriaque et en arabe. A cette époque, les Salernitains citaient les anciens qu'ils avaient connus par la traduction latine, et de plus ils se citaient entre eux. Quand les traductions sur l'arabe paraissent, Galien, si puissant parmi les auteurs arabes, domine absolument et avec Galien, Aristote, le philosophe de Stagyre.

Constantin n'est point original, il n'a presque rien écrit de lui-même. Ses ouvrages sont ordinairement des emprunts, pour ne pas dire des plagiats, trop souvent déguisés. Quel que soit le motif qui l'ait guidé, il prenait le soin d'omettre ce qui pouvait rappeler une origine étrangère, il supprimait les noms propres ayant une tournure orientale; enfin, quand il a traduit les œuvres d'autrui, il y mettait son nom « afin, dit-il, que quelque voleur ne s'avise pas de lui dérober le fruit de son travail ». Son disciple, Jean Afflacius, a laissé une compilation sur les fièvres.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

De la tuberculose au point de vue chirurgical (1).

II

Comme je vous le disais dans ma précédente leçon, l'étonnement fut grand de toutes parts après les travaux et l'apparition du livre de M. Villemin, et les recherches de chacun sur la tuberculose se lancèrent dans toutes les directions, de telle sorte que, de 1865 à ce jour, le domaine de cette affection s'est accru d'acquisitions considérables. Je citerai notamment les travaux de M. Lannelongue que j'avais omis de citer dans la dernière leçon, travaux très remarquables qui ont démontré que l'opinion généralement admise sur les abcès froids était erronée et que ces abcès étaient de nature tuberculeuse dans leur genèse, qu'ils étaient d'abord solides, et plus tard seulement fluctuants, pseudo-purulents.

De 1869 à 1870 et surtout à partir de 1872, nous voyons s'étendre encore le domaine de la tuberculose, grâce surtout aux recherches de MM. Coster, Charcot, Thaon et Grancher principalement qui ont été les véritables reconstituteurs des doctrines de l'unité du tubercule, tandis que quelques années auparavant régnait encore la doctrine de la dualité, c'est-à-dire le tubercule vrai et les produits caséeux de l'inflammation. Coster dit : tubercule primitif, petit corps tout spécial, là où M. Thaon avait dit que les produits caséeux confinaient au tubercule, là où M. Charcot avait parlé du follicule tuberculeux comme constituant un ensemble anatomo-pathologique très important. Enfin, à la suite de travaux nombreux, M. Grancher disait que les produits caséeux caractérisaient une des périodes d'évolution de la tuberculose, puisqu'elles se rapprochaient, qu'elles devenaient confluentes et constituaient plus tard de véritables masses là où, au début, on n'avait trouvé qu'un tubercule primitif. En parlant ainsi, M. Grancher donnait la preuve de l'unité de la tuberculose, des variétés que sa marche présentait et des différentes périodes à travers lesquelles elle évoluait. C'était la reconstitution, par l'anatomie pathologique, de l'unité de la tuberculose, indiquée par la clinique par Laënnec et démontrée par l'expérimentation par M. Villemin. Cette preuve directe, palpable, commencée en 1872, était définitivement établie en 1878.

Voici du reste ce qu'écrivait M. Grancher : « En définitive, la tuberculose se présente comme une néoplasie inflammatoire à tendance fibro-caséeuse. » J'ai gratté bien souvent des abcès froids et chaque fois j'ai montré, dans ces abcès, aux personnes qui m'entouraient, du pus, de la matière cancéreuse et une membrane fibreuse, épaisse, membrane d'enveloppe, séquestrant l'abcès de toutes les parties environnantes, membrane qui est le motif et l'excuse de l'opération du grattage, laquelle permet d'espérer la guérison du mal. Cette membrane, en effet, est vivante et n'est pas un produit tuberculeux.

Entre temps, on affermissait nos idées en reconnaissant à la tuberculose les tendances suivantes : 1° la tendance envahissante, c'est-à-dire que l'abcès augmente peu à peu de volume, qu'il s'étend progressivement; 2° la multiplicité de siège des foyers, que ceux-ci soient ou non contemporains, — je soigne, en ce moment, un enfant qui, après avoir été réséqué de la hanche gauche pour une coxalgie, est atteint de la même affection du côté droit, en même temps qu'il a un mal de Pott; — 3° la curabilité possible dans certains cas, ainsi que Laënnec l'avait déjà dit dans son temps, ainsi qu'on l'a maintes fois répété depuis lors, curabilité enfin dont M. Grancher a montré le mécanisme, c'est-à-dire par la constitution d'un enkystement puissant, base d'une cicatrisation complète à un moment donné. On a dit ainsi que les foyers étaient caractérisés au centre par un espace circulaire et à la périphérie par une couronne épithélioïde. Nous connaissions donc le processus caractéristique, histologique de ces abcès froids. M. Hippolyte Martin est venu ensuite communiquer les résultats d'une série d'expériences dans lesquelles, en projetant sur le péritoine ou en injectant dans le tissu cellulaire ou bien encore en déposant dans une articulation, soit des poudres inertes, soit des poudres irritantes, il faisait naître des amas opalins, d'aspect et de structure

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 décembre 1883.

identiques au tubercule primitif. De là, au premier moment, certaines hésitations, mais bientôt on reconnut que si le tubercule primitif est identique au tubercule artificiel produit expérimentalement, cependant ce dernier n'a ni la marche ni l'évolution du tubercule primitif vrai, de telle sorte que s'il y a identité comme élément anatomo-pathologique, s'il y a encore quelque analogie dans le processus primitif de cet élément, il y a d'autre part une différence considérable dans son mode d'évolution et sa marche.

Voilà donc où nous en étions, il y a dix-huit mois ou deux ans à peine, lorsque de nouvelles découvertes eurent lieu. Depuis longtemps déjà quelques savants s'efforçaient de trouver le microbe de la tuberculose. MM. Bouchard et Toussaint, entre autres, étaient convaincus de son existence, bien que celle-ci n'ait pas encore été prouvée, lorsque, l'année dernière, Koch (de Berlin) démontra que dans tous les produits tuberculeux, sans exception, il avait découvert un bacille, un bâtonnet dont l'importance ne pouvait être méconnue, bâtonnet très petit, très court, disposé d'une manière spéciale et qui se produisait en telle quantité qu'un millimètre cube en renfermait cinq milliards.

De plus, autre recherche restée quelque temps inféconde, mais devenue également démonstrative entre les mains de Koch : je veux parler de la culture du bacille de la tuberculose, fait de la plus haute importance. Or le savant allemand éprouva de grandes difficultés à pouvoir le cultiver, ce bacille ne se plaisant pas dans les bouillons de culture ordinaire. Néanmoins il y est parvenu et aussitôt qu'il s'est servi d'un liquide de quinzième culture pour l'inoculer à des animaux et leur transmettre ainsi, si possible, la tuberculose. Les expériences ont complètement réussi, et Koch a pu constater, dans ces conditions, que le chien, rebelle jusque-là à la tuberculose par l'alimentation, l'acceptait très bien au contraire par l'inoculation et devenait tuberculeux à son tour. Ces faits étaient une véritable révélation. La tuberculose était donc une maladie néoplasique de nature inflammatoire, à tendance caséeuse, une maladie parasitaire, infectieuse et contagieuse par propagation d'un microbe ou bacille spécial.

Mais ce n'était pas tout, car il restait encore une certaine obscurité résultant de la difficulté de cultiver ce microbe. Il restait à trouver un terrain favorable, les hommes n'étant pas tous de bons « bouillons » de culture et la contagion rencontrant des obstacles sur sa route. C'est ainsi que, pour que nous en sachions la cause, nous voyons la tuberculose se développer chez tel sujet et non pas chez tel autre, bien que les deux sujets soient placés dans des conditions identiques.

En résumé, nous chirurgiens, quel parti pouvons-nous tirer des comparaisons actuellement acquises? Étant démontré que la tuberculose est microbique infectieuse, et contagieuse, il devait s'ensuivre, tout naturellement, que tout foyer tuberculeux doit être détruit sur place ou extirpé. Mais dans la pratique cette règle est excessive, elle n'est applicable que dans un certain nombre de cas, dans ceux où le foyer est accessible où l'opération est sans danger pour le fonctionnement de l'organe voisin. Par exemple, vous êtes en présence d'un foyer tuberculeux dans l'épididyme ou dans l'œil, vous devrez hésiter à intervenir chirurgicalement par l'extirpation d'abord, tant que la fonction de l'organe nous paraît encore conservée, ensuite parce que vous savez que l'une des tendances du tubercule est la tendance fibro-caséeuse, laquelle permet d'espérer la guérison. Donc vous n'enlèverez l'œil ou le testicule que si leurs fonctions sont détruites ou suffisamment compromises. Autre exemple : Vous êtes appelés auprès d'un jeune homme atteint de tuberculose testiculaire, il ne s'agit que d'un petit noyau tuberculeux unique chez un sujet qui ne présente ailleurs aucun autre phénomène apparent de la tuberculose, de telle sorte que s'il existe quelque autre point malade, vous ne faites encore que le soupçonner sans en avoir la preuve. Dans ce cas, vous aurez recours à un traitement général qui mette notre malade dans les conditions voulues pour guérir. Au contraire, vous reconnaissez qu'un second noyau tuberculeux est en voie de formation dans le testicule, que la tuberculose tend à prendre dans cet organe une marche ascensionnelle, alors procédez à la castration. En un mot : 1° la maladie se propage, infecte sa victime; procédez à la destruction du mal; 2° l'organe atteint a une grande valeur, la marche de la tuberculose est lente; ayez recours au traitement général et si celui-ci n'a aucune efficacité, alors extirpez le foyer, détruisez-le.

Sous ce rapport, et la question ainsi posée, il n'y a pas de difficultés; mais là où celles-ci commencent, ce n'est plus quand il s'agit de jeunes tuberculeux, mais bien quand vous avez affaire à de vieux tuberculeux. Dans ces conditions-là, faut-il intervenir ou faut-il déserter la partie? Grosse question que l'heure ne nous permet pas de traiter aujourd'hui, et que nous sommes forcé de reporter à la leçon prochaine, leçon dans laquelle nous terminerons complètement ce qui a trait à la tuberculose envisagée au point de vue chirurgical.

DE LA DILATATION INTERMITTENTE ET PROGRESSIVE DE LA TROMPE D'EUSTACHE

Par M. le docteur E. Ménière.

Les rétrécissements de la trompe peuvent être rangés parmi les affections fréquentes auxquelles l'otologiste est appelé à donner des soins.

Les divers procédés, mis en œuvre pour les combattre, sont généralement connus, mais aussi assez peu employés. Je me suis longtemps occupé de cette question, et les conseils qui m'ont été donnés autrefois par mon père, m'ont grandement servi pour arriver à établir un traitement rationnel, dont les bons effets sont des plus satisfaisants.

Je me sers des moyens ordinaires, combinés d'une façon différente, et après une expérience personnelle de plus de quinze ans, je viens indiquer, aussi brièvement que possible, le procédé très simple qui m'a réussi, et les résultats de cette longue expérience.

Le cathétérisme de la trompe, dont l'école française peut à bon droit revendiquer la découverte, est un moyen de diagnostic et en même temps la base du traitement.

Les insufflations faites avec des ballons de caoutchouc, ou mieux encore avec une petite pompe à main qui permet de produire un courant d'air d'intensité variable, sont insuffisantes, dans la majorité des cas, pour donner un effet complètement utile.

Dès que la sonde métallique est en place, il est de toute nécessité d'introduire une bougie d'un calibre moyen, et de la pousser doucement et lentement dans la trompe, à travers le cathéter que la main gauche maintient en bonne situation.

La bougie doit porter des points de repère bien simples; le premier correspond à la longueur du cathéter et les suivants sont à 1 centimètre les uns des autres.

Je regarde comme avantageux de se servir de bougies un peu fortes, car elles glissent mieux sur la muqueuse; mais il est vrai qu'elles nécessitent l'emploi de sondes plus volumineuses.

Les sondes dont on fait généralement usage sont d'un calibre

trop faible, tant au point de vue de l'introduction de bougies convenables qu'à celui des insufflations.

La bougie permet donc au médecin d'avoir de suite la sensation nette et précise du calibre de la trompe et du rétrécissement qui l'arrête dans sa course à des points variables.

Depuis longtemps j'ai laissé de côté les cordes à boyau, les bougies en laminaria, en baleine, pour n'employer exclusivement que les bougies en gomme, dont le filament central est fourni par une espèce de *crin*, appelé *racine anglaise;* elles sont résistantes sans rigidité, et cette qualité est importante au point de vue des fausses routes.

Voici maintenant quel est mon procédé; je prends un exemple :

La trompe est le siège d'un rétrécissement moyen, ne laissant passer qu'une bougie de $0^{mm},5$. J'introduis dans le cathéter une bougie d'un calibre légèrement supérieur et je le pousse doucement jusqu'à ce qu'elle soit arrêtée par l'obstacle. Arrivé à mon but, je laisse le tout en place, en faisant incliner un peu en avant la tête du malade, qui reste ainsi 5, 10, 20 et même 30 minutes jusqu'à ce que le cathéter, faisant levier, tombe, entraînant avec lui la bougie que la trompe dilatée ne retient plus.

La dilatation est donc au maximum à ce moment-là et je recommence tous les jours ou tous les deux jours, suivant les cas, en augmentant progressivement le calibre de la bougie.

Une description, quelque claire qu'elle soit, ne peut donner une idée de la simplicité du procédé qui m'a fourni d'excellents résultats et beaucoup de guérisons durables. Il est facilement supporté et ne répugne pas aux malades de la ville.

Ai-je besoin de dire qu'il faut, pour réussir, avoir de la patience, du soin et un certain tour de main; qu'il est des cas où ce procédé est difficile ou impossible à appliquer. Il me suffira de mentionner les saillies exagérées du vomer, les modifications importantes de différentes natures du cornet inférieur, etc.

Enfin, il faut employer des cathéters peu coudés; c'est au médecin à suppléer par sa dextérité aux petites difficultés opératoires.

J'ajouterai, pour terminer, que les bougies, trempées pendant quelques instants avec des solutions médicamenteuses, permettent de faire un traitement rationnel des différentes affections si communes de la trompe (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 janvier 1884. — Présidence de M. Alphonse Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Eustache (de Lille), lauréat de l'Académie (prix Capuron) ;

2° Une note accompagnant l'envoi d'un échantillon (2 décigrammes) *d'acide hippurique*, extrait du suc gastrique, par un procédé particulier, par M. le docteur Poulet ;

3° Une lettre de M. le docteur Coustan (de Bordeaux), accompagnant l'envoi de deux mémoires : 1° *Endémo-épidémie de fièvres intermittentes et pernicieuses* observées à Constantine et à Biskra en 1882 ; 2° *Épidémie de fièvre typhoïde* à Constantine en 1882, traitement, valeur des émissions sanguines (Commission des épidémies) ;

4° Une lettre de M. Duroy, pharmacien à Paris, qui revendique la priorité du procédé et de l'appareil d'inhalation des substances médicamenteuses dans les voies respiratoires, communiqué à l'Académie par M. le docteur Sandras.

M. LE PRÉSIDENT HARDY présente le résumé des travaux accomplis par l'Académie pendant l'année 1883. Il invite ensuite M. Alphonse Guérin, président pour l'année 1884, à prendre place au fauteuil.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1188.

M. ALPHONSE GUÉRIN, avant de s'asseoir au fauteuil de la présidence, propose à l'Académie de voter des remerciements aux membres sortants du bureau.

Cette proposition est adoptée par acclamations.

M. BOULEY résume verbalement le rapport sur l'importation des viandes de porc salées de provenance américaine, qu'il a fait adopter par le comité consultatif d'hygiène de France dans la séance du 26 novembre 1883.

Ce rapport, conçu dans le même esprit que celui qui fut adressé par M. Bouley à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, le 4 août 1879, a pour conclusion « que l'importation des viandes salées de provenance américaine peut redevenir libre comme avant le décret du 18 février 1882 ».

DISCUSSION SUR LA TRICHINOSE

M. GRANCHER lit une communication sur les symptômes et les lésions observées par M. Brouardel et par lui, sur les malades d'Emersleben et de Deesdorf et sur deux cadavres dont ils ont fait l'autopsie. Les symptômes sont ceux de la trichinose à sa période ultime. Ils ressemblent à ceux d'une cachexie cardiaque ou albuminurique. Mais l'absence de tout symptôme direct d'une affection du cœur et des vaisseaux, ainsi que l'absence d'albumine dans les urines, écarte toute erreur de diagnostic.

S'il est difficile de reconnaître un cas isolé de trichinose, on ne saurait, après les travaux de Zenker, Virchow, Leuckart, etc., méconnaître cette maladie quand elle sévit épidémiquement. La trichine se loge dans la fibre primitive du muscle où elle pénètre à travers le périmysium et le myolème ramollis et infiltrés de cellules de néo-formation qui les transforme en une graine cellulaire fusiforme.

L'enkystement s'opère principalement par la formation d'une membrane d'enveloppe qui sépare le kyste d'avec les bouts supérieurs et inférieurs de la fibre musculaire. Celle-ci dégénère le plus souvent.

Quelquefois on la retrouve intacte à quelques millimètres du kyste.

Les faisceaux voisins d'un nid de trichines ne subissent aucune dégénérescence cireuse ou graisseuse. Ils sont refoulés et aplatis, mais conservent toutes leurs qualités physiques.

On ne trouve aucune trace du passage de la trichine au septième ni huitième septénaire ni dans la paroi de l'intestin ni dans le péritoine.

M. CHATIN croit inutile de discuter le rapport de M. Brouardel, ce travail n'ajoutant aucun nouveau fait scientifique à l'histoire de la trichine et de la trichinose. Il y est surtout insisté sur l'extrême débilité des trichines d'Emersleben.

Quant aux conclusions, il ne peut les voter sous la forme qui leur est donnée.

Sans nier que les viandes porcines d'Amérique renferment des trichines en proportion notable, M. Brouardel conclut à leur libre importation, en raison des habitudes culinaires des Français. Mais les habitudes culinaires varient de ville en ville, de quartier en quartier, souvent dans une même maison : quelquefois, dans un même ménage, l'un préférant la viande très cuite, l'autre à peu près crue. La cuisson peut bien détruire les trichines, mais encore faut-il savoir quel degré de cuisson.

Non seulement il est des personnes qui aiment à manger du jambon cru, mais, suivant l'observation très juste de M. Cornil, la plupart des cuisinières se refuseraient à cuire suffisamment de grosses pièces pour éviter sûrement tout danger. D'ailleurs, selon la remarque de M. de Cherville, les grands centres de consommation pour les salaisons d'outre-mer ce sont les marchands de vin : or chez ces gens-là on ne songe qu'au bon marché et non à l'hygiène.

Il y a des médecins américains qui prétendent qu'il est impossible d'atteindre la trichine par la cuisson. C'est aller trop loin. Mais, pour avoir une cuisson sérieuse, il faudrait procéder comme on ne le fait pas, pratiquer de profondes incisions dans les gros morceaux, etc.; et il faudrait aussi cuire toutes les viandes reçues

dans leur totalité. Autrement, les rats mangeant des débris de porcs contaminés et mangés à leur tour par d'autres porcs deviennent le point de départ de trichinoses locales qui, envahissant de proche en proche, comme le phylloxera, cette autre importation américaine, se répandront sur tout le territoire et rendront enfin la trichinose endémique en France comme elle l'est en Allemagne.

Le mieux serait de n'admettre les viandes importées qu'après avoir tué les helminthes qu'elles renferment.

Plusieurs méthodes ont été proposées dans ce but, par exemple la réfrigération. Peut-être conviendrait-il de statuer sur ce point. Dans tous les cas, il serait imprudent de prendre dès à présent une décision qui abolirait tout contrôle.

M. Chatin ne croit pas que l'Académie puisse, à propos d'une question très grave, très délicate et très complexe, se borner à copier et à transmettre au ministre la phrase évidemment vague qui termine la relation des faits recueillis à Emersleben.

Il propose de nommer une commission à laquelle sera renvoyée la communication de M. Brouardel. Cette commission fera un rapport que discutera l'Académie.

Ce sera là se conformer au règlement, d'après lequel les communications du gouvernement doivent être renvoyées à des commissions. Or c'est au nom du gouvernement qu'on demande l'avis de l'Académie.

M. BROUARDEL se rallie à la proposition de M. Chatin, si l'Académie, ne croyant pas qu'il lui suffise du côté clinique de la question, veut également être éclairé sur les résultats de la culture de la trichine en physiologie expérimentale. M. Chatin a parlé de la débilité des trichines d'Emersleben; mais cette débilité n'était pas extrême, car il y a eu près de cinquante morts. Quand donc la trichine, si active, si dangereuse le premier jour, n'a plus tué personne après que six jours se fussent écoulés, ce n'est pas sa faiblesse primitive.

Resterait à savoir combien de temps les trichines peuvent se conserver vivantes dans de la viande de porc un peu salée, telle qu'on l'importe d'Amérique.

Sur ce point il s'est fait précédemment bien des recherches; mais les observations sont loin d'être d'accord. Il en est qui soutiennent n'avoir pu reproduire aucune trichine en faisant manger à des animaux cette viande de porc américaine. M. Bouchet, dans le laboratoire duquel certaines de ces expériences ont été faites, a bien vu périr les animaux qu'on nourrissait exclusivement de viandes salées, mais parce que ces viandes étaient salées et sans qu'il se développât chez eux de trichinose.

Il serait donc bon de recommencer, dans un programme arrêté d'avance, toutes les expériences déjà faites ainsi que celles qui sont relatives au degré de cuisson nécessaire pour tuer les trichines. En effet, c'est également là une des objections de M. Chatin. Il croit qu'il faudrait une cuisson longtemps prolongée. Or on a vu à Emersleben une cuisson de cinq minutes suffire pour amener ce résultat.

M. Chatin craint que la trichinose ne se propage comme le phylloxera. S'il en devait être ainsi, ce serait déjà fait. Or, et c'est là un des résultats auxquels a conduit la mission de M. Brouardel en Allemagne, il a été constaté qu'en France, cette maladie n'ayant pu être méconnue, il n'y avait, pour ainsi dire, pas eu d'épidémie de trichinose. Il est vrai qu'en ce moment même on en annonce une qui se serait développée dans l'Est, à Liverdin, près Frouard, contre la frontière allemande. Mais rien ne prouve encore qu'il n'y ait pas erreur.

Comme conclusion, M. Brouardel accepte le renvoi de sa communication à une commission académique. En effet, le ministre désire avoir l'avis officiel de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT renvoie en conséquence la communication de M. Brouardel à une commission composée de MM. Colin, Laboulbène, Chatin, Proust, Bouley, Brouardel.

M. COLIN demande la parole pour la prochaine séance, afin d'exposer le résultat de ses expériences récentes sur les trichines et la trichinose sur les animaux.

RAPPORT

Sur le traitement des teignes. — M. BESNIER, à l'occasion d'une communication de M. le docteur Cramoisy, lit un rapport sur le traitement des affections causées par les parasites végétaux.

Voici les conclusions scientifiques de ce rapport :

1° Il n'existe pas d'agents véritablement parasiticides applicables au traitement des affections parasitaires en général, internes ou externes. Dans la cure des teignes, en particulier, la guérison ne s'obtient que par l'avulsion mécanique des parasites ou à l'aide d'une élimination vitale des plans cellulaires qu'ils occupent, effectuée par irritation desquamative.

2° Les teignes sont soumises aux lois communes de la thérapeutique; leur traitement est une œuvre complexe qui a ses indications générales et spéciales, et il n'y a pas, pour aucune d'elles, de médications absolues, exclusives ni systématiques.

3° Le procédé de M. Cramoisy n'est pas applicable à la cure générale des teignes dans les conditions qu'il a indiquées; mais l'acide pyroligneux qui forme la partie active de la préparation qu'il recommande est un agent efficace et innocent d'irritations éliminatoires; son emploi peut être recommandé dans le traitement de la trichophytie, sous les réserves de détails que j'ai précisées.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine a entendu la lecture d'un rapport de M. le docteur Lancereaux sur l'utilité des revaccinations dans les écoles communales. Conformément à son avis, le Conseil émet le vœu que les médecins-inspecteurs des écoles soient chargés de vacciner les enfants de ces écoles dans les trois premières semaines qui suivent la rentrée, ainsi que cela se pratique actuellement dans les lycées.

M. le docteur Dujardin-Beaumetz a donné ensuite communication au Conseil d'un rapport concernant un cas de décès par rage. Ce fait porte à six ceux que l'on a observés en 1883. En dehors des symptômes habituels de la rage, cette observation ne présente qu'un seul fait intéressant à signaler, la présence de l'albumine dans les urines. En admettant que cette albuminurie soit apparue en même temps que les symptômes rabiques, ce qui n'est pas démontré dans l'observation, on pourrait la ranger dans le groupe de ces néphrites infectieuses qui, suivant M. le professeur Bouchard, résulteraient du passage, à travers le filtre rénal, des proto-organismes dont la présence dans le sang constitue la lésion primordiale de ces affections microbiennes. C'est là un point qui mérite d'être étudié à nouveau.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Girault (de Paris), décédé dans sa soixante-dix-neuvième année.

— Le huitième congrès international des sciences médicales se tiendra à Copenhague, du 10 au 16 août prochain.

— M. le docteur H. Picard reprendra son cours sur les maladies des voies urinaires, le vendredi 11 janvier, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile RIVIÈRE. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois,

par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La neuvième vient de paraître et la dixième est sous presse. Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par Rillet et Barthez. Troisième édition, par Barthez et Sanné. Tome Ier (*Considérations générales, maladies du système nerveux, maladies de l'appareil respiratoire*). 1 fort vol. gr. in-8° de 936 pages. — Prix : 16 francs. — Paris, Félix Alcan (ancienne librairie Germer Baillière et Cie).

L'Homme et l'intelligence, fragments de physiologie et de psychologie, par Charles Richet, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Félix Alcan (ancienne librairie Germer Baillière et Cie).

Étude de pathologie comparée. La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme, par le docteur Servoles, lauréat (médaille d'argent) de la Faculté de Paris, vétérinaire en premier, secrétaire de la commission d'hygiène hippique. 1 vol. in-8° avec planches. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. Lancereaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15585.

N° 5. — SAMEDI 12 JANVIER 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 12 JANVIER 1884. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Emphysème pulmonaire; pronostic; traitement. — Deux cas de myélite chronique. — Tumeur mélanique de la parotide. — Thérapeutique. Action antidiathésique du protoiodure de fer contre la tuberculose pulmonaire. — Société de Chirurgie. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Emphysème pulmonaire; pronostic; traitement.

Ce qui a été dit dans notre Revue du 15 décembre dernier, à propos du cas d'emphysème pulmonaire chronique type que nous avons rapporté, serait très incomplet si nous n'y ajoutions quelques-unes des considérations auxquelles il a donné lieu de la part de M. Hardy, relativement au pronostic et au traitement de cette affection.

Mais qu'on nous permette auparavant de placer ici une réflexion générale qui peut s'appliquer à un grand nombre d'autres affections plus ou moins analogues, et nous dirions plus volontiers à la généralité des affections chroniques aussi bien qu'au cas particulier d'emphysème pulmonaire. Lorsqu'on se trouve en présence d'une lésion organique réalisée, la première pensée qui vient à l'esprit est celle de l'impuissance de l'art et du désarmement de l'artiste condamné à une inactive expectation, à la méditation contemplative devant l'inévitable fatalité du mal. C'est une erreur, et une erreur regrettable, vers laquelle ont penché la plupart de nos maîtres et prédécesseurs, ceux-là même qui ont le plus contribué aux progrès actuels de la médecine par leurs savantes et utiles études d'anatomie pathologique. Il y a toujours quelque chose à faire, un soulagement à produire, une palliation, sinon même une amélioration à chercher à l'état des malades; il y a surtout à prévenir ou à combattre les suites ou les complications presque inséparables de toute affection ou lésion chronique, alors même que celle-ci serait réellement et absolument réfractaire à toute action modificatrice thérapeutique ou hygiénique.

Ceci dit, revenons à notre emphysème pulmonaire, qui va nous fournir des exemples à l'appui de cette proposition générale. Comment se termine le plus souvent cette affection? La guérison est-elle possible? Oui, mais dans les cas seulement où il est survenu brusquement et où il n'est que temporaire, passager, comme l'est le plus ordinairement l'emphysème chez l'enfant. Mais chez les adultes et les personnes âgées, il ne guérit pas. Quelques malades succombent à des accès de bronchite aiguë capillaire. D'autres succombent aux progrès incessants d'un catarrhe chronique, qui a entraîné un affaiblissement graduel. Chez d'autres malades il survient des troubles circulatoires, diminution de la surface vasculaire du tissu pulmonaire, entravement de la circulation dans les artères pulmonaires rétrécies, quelquefois même oblitérées ; stagnation du sang dans les cavités droites du cœur, d'où des lésions consécutives graves, des hydropisies, des congestions rénales, des œdèmes pulmonaires, des cirrhoses hépatiques, enfin l'asystolie. La plupart périssent, en effet, par le cœur.

Il est un autre mode de terminaison fatale de l'emphysème, qui, bien qu'il ait été contesté ou mis en doute, n'en est pas moins réel : c'est la mort par tuberculisation. On a cru, à une certaine époque, à une sorte d'antagonisme entre l'emphysème pulmonaire et la tuberculose. On est revenu depuis sur cette opinion erronée, et si l'on ne peut pas dire que l'existence simultanée ou consécutive, la coïncidence, si l'on veut, de l'emphysème et de la tuberculose soit fréquente, on peut affirmer du moins qu'elle existe et il nous a été donné, quant à nous, d'en constater plusieurs fois la réalité. On peut, du reste, utilement consulter sur ce sujet la thèse de M. le docteur Edgar Hirtz sur l'emphysème pulmonaire chez les tuberculeux (1878).

Il y a des emphysémateux qui meurent subitement. Le cas est rare, mais il a été observé. Les malades ont succombé, dans ces circonstances, à une syncope, conséquence d'un ramollissement cardiaque.

On peut dire plus justement qu'en général c'est une maladie de longue durée et qui va s'aggravant lentement et graduellement, si bien qu'on la considère plus souvent comme une sorte d'infirmité que comme une maladie grave.

De la connaissance de la marche la plus habituelle de l'emphysème se déduisent deux sortes d'indications, des indications prophylactiques et des indications curatives. Nous ne parlerons ici que des dernières. Il est évident que quand nous parlons d'indications curatives, il s'agit beaucoup moins de la recherche d'un traitement visant à la guérison à peu près impossible des lésions constitutives de l'emphysème que de celle des moyens s'adressant plutôt aux complications de ces lésions qu'à ces lésions elles-mêmes.

On a vu plus haut que les complications les plus fréquentes de l'emphysème sont des bronchites répétées et des affections cardiaques. C'est, en effet, beaucoup plus souvent pour l'une de ces complications que les médecins sont consultés que pour l'emphysème même.

A peine avons-nous besoin de rappeler ici les moyens de traitement qui s'appliquent à la bronchite et à sa tendance spéciale à devenir chronique dans les conditions dont il

s'agit. Ce sont : les expectorants, les calmants, les révulsifs, les vomitifs, les opiacés; les ventouses et les révulsifs cutanés pour combattre les congestions ou les tendances congestives; les exutoires permanents pour prévenir la chronicité ou la combattre si elle est réalisée, etc.

Les complications cardiaques, consistant surtout dans les distensions des cavités droites et la tension de tout le système veineux, seront souvent combattues avantageusement par quelques émissions sanguines, à moins d'état cachectique, par la digitale et autres diurétiques et par quelques purgatifs.

Nous venons de dire que l'emphysème lui-même n'était que très difficilement curable. Mais si l'on ne peut demander aux ressources de l'art sa guérison, on peut leur demander, du moins, un palliatif, un soulagement à l'état des malades. Ce soulagement peut être obtenu par l'emploi des préparations arsenicales (arséniate de soude ou acide arsénieux) qui ont, comme on le sait, la propriété d'augmenter l'activité respiratoire, par l'eau de goudron prise aux repas avec le vin, ou pastilles de goudron; par les bains d'air comprimé, qui combattent surtout efficacement les accès d'asthme, ou par les procédés plus récemment imaginés consistant à faire inspirer les malades dans un air comprimé et à les faire expirer dans un air raréfié.

Les eaux minérales trouvent ici un emploi extrêmement utile, surtout pour combattre les accidents et les complications bronchiques; on doit les éviter ou du moins ne les employer qu'avec une grande réserve quand il y a des accidents cardiaques. En première ligne et beaucoup au-dessus de toutes les autres se placent les eaux du Mont-Dore. Elles produisent généralement une amélioration très marquée : deux ou trois saisons consécutives passées au Mont-Dore, si elles ne produisent pas la guérison, laissent du moins les malades extrêmement améliorés. Après, et bien loin des eaux du Mont-Dore, viennent se placer les eaux de Royat et d'Ems, et, pour les cas où la bronchite chronique domine, les eaux sulfureuses de Cauterets, d'Allevard, et, au-dessous encore de celles-ci, les Eaux-Bonnes.

Il va de soi que ces traitements doivent être secondés par un régime hygiénique convenable et, lorsque la chose est possible, par le séjour en hiver dans l'une des stations méridionales telles que Cannes, Menton, Fréjus, San Remo, Alger, Pau, etc.

Nous n'avons rien à ajouter ni rien à changer aux préceptes thérapeutiques et hygiéniques formulés par M. Hardy, que nous venons de résumer sommairement dans leurs dispositions essentielles.

Mais en passant à un autre sujet, nous trouverons encore l'occasion de faire ressortir de nouvelles applications des principes énoncés en tête de cet article.

Deux cas de myélite chronique.

Deux malades atteints de myélite chronique ont fait le sujet de la dernière conférence de M. Vulpian à l'Hôtel-Dieu.

L'un de ces malades est un homme de trente-un ans, adressé du Mans à l'Hôtel-Dieu. Cet homme sans antécédents morbides, n'ayant été soumis ni à des fatigues ni à des chagrins, croit pouvoir faire remonter sa maladie à un refroidissement éprouvé à l'âge de dix-sept ans, après avoir passé plusieurs heures plongé à mi-corps dans une rivière. Il en sortit tout roidi. Le lendemain il put travailler; mais, au bout de huit mois, il a commencé à sentir un affaiblissement des membres inférieurs, qui, à dater de ce moment, alla en augmentant et ne tarda pas à être suivi d'incontinence d'urine et de matières fécales.

Au bout de sept à huit mois de repos et de soins (nous n'avons aucune donnée sur les moyens de traitement qui ont été mis alors en usage), le malade commença à pouvoir marcher avec des béquilles; l'amélioration allant croissant, il put bientôt marcher avec une canne et reprendre des occupations (agriculteur auparavant, il entra comme comptable dans une maison de commerce). Il avait alors vingt-six ans. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. Quelque temps après, les symptômes de paralysie étant revenus, il dut entrer à l'hôpital du Mans, d'où il fut envoyé, après une légère amélioration, à l'Hôtel-Dieu de Paris.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, il présentait une assez bonne apparence de santé générale. Voici quel était alors l'état de ses membres. Les deux membres inférieurs étaient faibles, le malade pouvait néanmoins les élever au-dessus du plan du lit; mais lorsqu'il se mettait debout, il était dans l'impossibilité de s'y maintenir; ses jambes ne le soutenaient pas; il était obligé de se servir de béquilles et même avec l'aide des béquilles il avait beaucoup de peine à marcher; il ne le faisait qu'en traînant les jambes, surtout la jambe droite qui était beaucoup plus faible que la gauche. La sensibilité était diminuée dans les deux membres. Il y avait un léger degré d'hémianesthésie croisée. La jambe droite, dans laquelle la motilité était moindre que dans la jambe gauche, avait la sensibilité mieux conservée.

Les mouvements réflexes étaient également conservés des deux côtés.

Point de troubles vaso-moteurs, ni de troubles trophiques, sauf toutefois un léger degré d'atrophie des muscles, plus particulièrement de la jambe droite, moins prononcée à gauche.

Le sens génital était à peu près perdu. Il y avait un peu d'incontinence fécale et urinaire.

Ce malade a été mis, depuis son entrée dans le service, à l'usage de la strychnine, de l'iodure de potassium et des pointes de feu. Son état s'est sensiblement amélioré sous l'influence de cette médication qui est continuée, et tout fait espérer une amélioration croissante et peut-être même une guérison.

Voici quelles sont les circonstances qui font porter à M. Vulpian ce pronostic favorable. Mais disons d'abord quel est son diagnostic.

Il s'agit là évidemment d'une maladie de la moelle épinière. C'est une myélite chronique avec un peu de méningite spinale.

Mais en quel point et sur quels éléments de la moelle siège la lésion? M. Vulpian, en se fondant sur les symptômes ci-dessus, croit pouvoir en fixer le siège à la portion dorsale supérieure de la moelle, probablement au-dessous du renflement lombaire. Ce n'est point une myélite systématique, mais une myélite diffuse, ce que démontre la simultanéité de la lésion de la motilité et de la sensibilité, ainsi que le léger degré d'atrophie musculaire constaté.

Quant à la nature de la lésion et aux éléments anatomiques directement atteints, ce serait, suivant M. Vulpian, une sclérose du tissu connectif de la moelle, comprimant et étouffant en quelque sorte les fibres nerveuses. Il repousse toute idée de ramollissement ou de destruction des éléments

nerveux proprement dits. Ce serait donc une myélite chronique scléreuse, portant spécialement ou principalement sur les éléments connectifs de la moelle et ne réagissant que secondairement et dans une certaine mesure seulement sur les cordons blancs et la substance grise.

Ce diagnostic qu'appuient toutes les données symptomatiques, n'a pas seulement ici un intérêt clinique; il est d'un grand intérêt pour le malade, parce qu'il implique un pronostic favorable. La myélite chronique scléreuse diffuse n'est pas, en effet, une maladie incurable. On a déjà vu que cet homme en était à sa deuxième atteinte, la première qui a débuté à l'âge de dix-sept ans, la deuxième qui s'est manifestée à l'âge de vingt-six ans. Entre ces deux atteintes, il y a eu une période de guérison relative, de très grande amélioration au moins; et la paralysie dont cet homme est encore atteint a été beaucoup plus prononcée qu'elle ne l'est maintenant. Il est en voie manifeste d'amélioration croissante. On peut donc espérer, en continuant à combattre les phénomènes d'irritation de voisinage, par la médication irritative externe ou révulsive, mise en usage, de concert avec les modifications internes, d'amener à la longue la guérison.

Le deuxième malade est un homme âgé de trente-neuf ans, qui a eu la syphilis il y a quinze ans. Sa maladie actuelle date de cinq ou six; elle a débuté par de la faiblesse des membres inférieurs, avec des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes. Étant au service, hors de France, il a été traité par l'électricité qui paraît avoir produit une certaine amélioration. Lorsqu'il est entré à l'Hôtel-Dieu en novembre dernier, il éprouvait des douleurs dans la région du sacrum et des troubles du mouvement et de la sensibilité dans les deux membres inférieurs (paraplégie incomplète, un peu plus accusée à gauche qu'à droite). Le malade marche très péniblement, les jambes sont raides et les muscles sont pris de contractures spasmodiques chaque fois qu'il se met en mouvement.

Le diagnostic, bien qu'il ne soit pas très facile à préciser, au point de vue de la localisation de la lésion, est facilité, toutefois ici, au point de vue de sa nature, par les antécédents du malade. Il y avait tout lieu de penser que l'on avait affaire, dans ce cas, à une myélite syphilitique ou plutôt à un néoplasme syphilitique du canal médullaire produisant les phénomènes constatés par compression et irritation à la fois de la moelle, néoplasme dont le siège, d'après les parties affectées et endolories, pouvait approximativement être fixé dans le voisinage de l'extrémité inférieure de la moelle, de la queue de cheval. Il n'y a jamais eu chez ce malade de troubles de la défécation ni de la miction.

L'action du traitement institué : sirop de Gibert et iodure de potassium, n'a pas tardé à donner raison à ce diagnostic. Une très grande amélioration s'est produite depuis qu'il est à l'usage de ce traitement et tout fait espérer qu'en le prolongeant longtemps, on arrivera également chez ce malade à la guérison.

Tumeur mélanique de la parotide.

Un cas extrêmement rare de tumeur mélanique de la parotide s'est présenté dernièrement dans le service de M. le professeur Trélat. Une femme était entrée à l'hôpital Necker pour un tumeur de la parotide droite, qui avait marché comme une carcinome, mais sans en avoir toutefois l'étendue en profondeur, ni les adhérences aux plans profonds. Au moment même où M. Trélat se disposait à l'opérer, — et, comme on va la voir, rien n'a été changé dans sa détermination, — M. Nélaton fils, qui était présent, lui fit remarquer des taches pigmentaires que cette malade portait sur la joue. De plus, en constatant effectivement l'existence de ces taches, qu'un jour insuffisant l'avait empêché d'apercevoir jusque-là, il remarqua aussi que la région la plus saillante de la tumeur présentait une coloration bleuâtre ou bleu verdâtre ecchymotique. Avait-on affaire, au lieu d'un carcinome, comme il l'avait pensé d'abord, à une tumeur mélanique? L'opération était également indiquée dans les deux cas, et c'était elle qui allait décider la question. A peine les premières incisions étaient-elles faites que la question était effectivement résolue. Il était aisé de reconnaître au simple aspect tous les caractères de la mélanose envahissant la presque totalité de la glande. Une quantité de petites bosselures, qui se présentaient au bistouri, laissaient échapper, à mesure qu'on les incisait, de la matière mélanique. Enfin, et c'était là une circonstance très frappante, à peine s'était-il écoulé, pendant le cours de l'opération, quelques gouttes de sang, et les nombreuses artères que côtoyait l'instrument, l'artère carotide externe elle-même, l'artère temporale, ainsi que toutes les branches auxquelles elle donne naissance, ne battaient point, elles paraissaient toutes être remplies de matière mélanique. Tous les vaisseaux et tous les nerfs de la région nageaient en quelque sorte dans la mélanose.

La tumeur enlevée, le pansement antiseptique fait, l'opérée se trouvait assez bien le lendemain et les jours suivants. Le résultat de l'opération paraissait devoir être satisfaisant, au moment où M. Trélat nous entretenait de cette malade. Mais, en admettant qu'elle se relève des suites de cette opération, le pronostic n'en reste pas moins extrêmement grave. Nous nous tiendrons au courant de ce qui pourra survenir.

Toujours est-il que c'est là un cas de tumeur mélanique de la parotide, dont il n'existe que de très rares exemples dans les annales de la science.

THÉRAPEUTIQUE

Action antidiathésique du protoiodure de fer contre la tuberculose pulmonaire.

Par le docteur Delmis.

L'indication thérapeutique du protoiodure de fer répond à la composition binaire de ce sel; comme celle-ci, elle est double.

Antichlorotique et antianémique des plus puissants, en ce sens que c'est l'ingestion du protoiodure de fer qui fait absorber le plus de métal, suivant les expériences de Claude Bernard; antidiathésique par excellence contre cette misère physiologique qui se traduit antérieurement par la faiblesse et la débilité anémiques à l'état constitutionnel et n'est souvent que le point de départ de tuberculose latente ou de processus phtisiogène imminent.

C'est à ce double titre de ferro-iodique spécial et *sui generis* que le protoiodure de fer a été appliqué dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

Dupasquier, l'introducteur du protoiodure de fer dans la thérapeutique, a préconisé ce médicament comme un spécifique de la tuberculose pulmonaire ; c'est là une exagération qui n'est malheureusement pas soutenable. Mais ce qui est vrai, c'est que dans la tuberculisation commençante, chez les enfants surtout, un certain nombre de guérisons sont dues à l'intervention unique du protoiodure de fer.

Au nombre des expérimentateurs qui ont reconnu les effets curatifs du protoiodure de fer dans la tuberculose initiale, et même cavitaire, il faut citer le docteur E. Lepetit (de Poitiers), dont les observations, corroborées par celles de Putégnat (de Lunéville), Macario (de Nice) et Lecoq (de Paris), ne laissent plus aucun doute sur la curabilité possible de certains cas de phtisie pulmonaire par le protoiodure de fer.

Il y a une vingtaine d'années, Trousseau avait signalé le danger de l'iodure de fer dans les fausses chloroses, comme provoquant l'hémoptysie et hâtant la marche du ramollissement phymique : le temps ne s'est pas chargé de justifier les appréhensions du maître, bien qu'elles aient été reproduites et défendues par un de ses élèves distingués, Millet (de Tours). Le cri d'alarme jeté par Trousseau a toutefois nettement démontré que le protoiodure de fer est contre-indiqué dans la tuberculose fébrile et hémoptoïque; c'est une règle élémentaire dont il ne faut pas se départir.

M. le professeur Lebert (de Zurich), qui a fait un large emploi de l'iodure de fer, attache une grande valeur à ce médicament dans le traitement de la tuberculose pulmonaire; il est non seulement bien supporté, mais souvent utile et exempt de tout inconvénient. On se demande d'ailleurs comment le fer, régénérant le sang et améliorant la qualité de ses globules, peut amener fièvre ou hémorragie, lorsqu'il ne détermine ni congestion pulmonaire ni altération vasculaire jouant un si grand rôle dans la production des hémoptysies.

Le protoiodure de fer convient principalement et joue le rôle d'un merveilleux antidéperditeur et antidiathésique, dans cette forme si commune de la tuberculose pulmonaire, qui succède à l'épuisement physiologique et aux causes déprimantes de toute sorte; car la phtisie est le plus souvent une diathèse de misère. Mais c'est surtout dans les phtisies scrofuleuses ou soupçonnées d'origine telle que le protoiodure de fer procure les guérisons les plus complètes et les plus avérées.

Si l'élément syphilitique intervient dans la genèse de la tuberculose, l'iodure de fer est formellement indiqué de préférence à tout autre iodique.

D'un autre côté, certains médecins, parmi lesquels nous signalerons encore le regretté docteur Lepetit (de Poitiers), se basant sur l'action curative du protoiodure de fer dans la phtisie peu avancée, ont administré le protoiodure de fer à des sujets en suspicion de tuberculose héréditaire, et particulièrement à des enfants, chez qui les tubercules, ganglionnaires ou parenchymateux, restent si longtemps à l'état cru et latent : cette pratique préventive a été couronnée des plus heureux succès.

Ainsi, le protoiodure de fer peut être regardé à la fois comme curatif et prophylactique de la phtisie pulmonaire initiale : les doses, auxquelles on emploie l'iodure de fer dans cette méthode curative, sont une moyenne de 20 à 30 centigrammes par jour chez l'adulte, de 10 à 15 centigrammes chez l'enfant du second âge, de 5 à 10 chez celui du premier âge.

Pour être efficace, le protoiodure de fer doit être chimiquement pur, exempt d'iode ou d'iodates libres, substances toutes les deux irritantes, et il doit en outre rester à l'état de protosel. La facile altérabilité et la prompte oxygénation de ce médicament précieux sont connues et rendent sa préparation, autant que sa conservation, difficile. L'une et l'autre sont réalisées à l'aide d'un enrobage protecteur, qui n'a aucune prétention à l'arcane, mais qui, en raison des difficultés et des minuties de l'exécution, est devenu à juste titre le domaine à peu près exclusif de la spécialité. Aussi le médecin, désireux de conseiller l'iodure de fer, devra-t-il choisir un cachet certain, éprouvé, qui lui offre la garantie d'un iodure toujours identique et inaltérable : tel est le *Protoiodure de fer de Gille*, dont les *dragées* ou le *sirop* constituent un iodo-ferrugineux apprécié par un grand nombre de médecins.

Les dragées de Gille, par la modicité de leurs prix, offrent en plus au malade l'avantage d'un ferrugineux à bon marché. Le sirop de protoiodure de fer de Gille, par son inaltérabilité et sa saveur constamment agréable, est la liqueur ferrugineuse par excellence. Il est réservé aux personnes délicates ou dysphagiques, qui ne peuvent avaler les dragées, spécialement aux enfants. On peut l'administrer aux plus jeunes enfants, en le diluant dans une petite quantité d'eau, par cuillerées à café ou à dessert, suivant les âges.

Quand l'iodure de fer est à l'état de protosel, il ne noircit pas les dents : c'est le cas invariable de l'iodure de fer, renfermé dans les dragées et le sirop de Gille.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Traitement des déviations rachitiques. — M. DE SAINT-GERMAIN fait une communication sur les divers modes de traitement des déviations rachitiques chez les enfants.

Ces déviations se voient surtout à l'hôpital. M. de Saint-Germain les réduit de bonne heure et il emploie les mains qui lui suffisent toujours. Récemment, il a eu l'occasion de traiter de la sorte six enfants de six à dix mois ; c'est du reste la pratique suivie à l'Institut orthopédique de Milan. Pour maintenir le résultat, il est nécessaire de faire usage d'appareils spéciaux à tuteurs. On ne peut assigner de limite d'âge au redressement : il faut toujours l'essayer d'abord et voir s'il est possible et efficace.

A la période d'éburnation, quand le redressement manuel est impossible, M. de Saint-Germain a recours au porte-à-faux comme M. Tillaux; mais, dans les cas où l'on ne peut redresser sans fracture, il préfère à l'ostéoclasie, même manuelle, l'ostéotomie qui est une opération bénigne et qui produit moins de désordres. C'est l'ostéotomie linéaire qu'il faut employer alors; l'ostéotomie cunéiforme ne doit être pratiquée que pour des distorsions graves.

M. DESPRÉS dit que pour lui le rachitisme et le genu valgum ont une origine différente : cette dernière affection est de cause mécanique et tient au port à bras, elle exige pour cela même un traitement différent qui pourra consister à laisser l'enfant reposer environ un mois sur un plan horizontal; mais il faudra toujours en venir aux appareils. Quant au rachitisme, il est produit par la marche.

M. SÉE déclare que la marche a une influence incontestable sur l'apparition de la déformation; mais il est évident que la lésion rachitique préexiste à cette dernière.

Le genu valgum reconnaît la même cause et les Allemands lui ont donné, avec raison, le nom caractéristique de jambe de boulanger, car c'est dans cette profession, où l'on reste constamment debout, que cette difformité se voit de préférence.

M. DE SAINT-GERMAIN ne croit pas à l'influence du port à bras : de plus, la déformation du rachitisme précède bien souvent la marche; il en voit chaque année de nombreux exemples.

Opération d'Estlander. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a pratiqué cette opération il y a vingt jours, avec l'aide de M. Bouilly, chez un malade opéré d'empyème deux ans auparavant. Le grand lambeau est préférable aux incisions multiples d'Estlander. Il est de plus nécessaire de donner une grande hauteur à la résection.

La cavité s'est rapidement réduite chez ce malade : au début elle contenait 500 grammes; au bout de vingt jours elle avait diminué des trois quarts. L'amélioration de l'état général a été des plus manifestes. Un point qui n'a peut-être pas suffisamment attiré l'attention, c'est la suppression de la suppuration. La cavité n'a pas été drainée; cependant M. Lucas-Championnière croit cette pratique préférable et regrette de n'y avoir pas eu recours. De plus, il y aurait peut-être avantage à séparer du foyer opératoire le foyer de la fistule qui fournit du pus et gêne la réparation; en somme, il faut des foyers neufs d'après le principe de Lister.

M. VERNEUIL, sans nier le mécanisme de la rétraction invoqué par M. Berger (voir *Gazette des hôp.* 1884, p. 13), demande si l'on n'a pas un peu exagéré l'influence des causes mécaniques. N'avait-on pas jadis invoqué pour la fistule à l'anus une théorie mécanique qui plus tard est tombé devant les faits? En tous cas, le délai de deux à trois mois fixé par M. Berger est peut-être un peu court. M. Verneuil rappelle les soins qu'il donne depuis un an à un de ses collègues pour une fistule pleurale. Chez lui le thorax n'est pas déformé et cependant le trajet dirigé en bas et qui n'a pas moins de 17 centimètres de longueur ne contient guère que 25 grammes de liquide. On voit ce que ce cas présente de difficultés, non seulement au point de vue du mécanisme de la réparation, mais encore au point de vue des indications opératoires.

M. MONOD a pratiqué récemment une résection costale chez un jeune homme de dix-sept ans auquel M. Blachez avait fait l'empyème au mois de mars 1882. La cavité était vaste : une sonde métallique pouvait s'y mouvoir facilement dans tous les sens. L'auteur pratiqua une résection portant sur les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième côtes.

L'amélioration d'abord a été manifeste, mais, depuis quelques jours, peut-être par le séjour prolongé à l'hôpital, la suppuration est redevenue un peu plus abondante. Le malade part bientôt pour la campagne et l'auteur espère que la guérison s'effectuera.

M. Monod, revenant sur la question de priorité soulevée par M. Berger à la dernière séance, pense qu'il faut réellement reporter sur M. Létiévant l'honneur de la découverte. Dans son observation de 1875, il précisa si nettement l'indication donnée un an plus tard par Estlander, que son rapporteur, M. Paulet, dut apporter dans l'appréciation de ce point les plus grandes réserves.

M. Monod revient encore sur les avantages du grand lambeau, de l'étendue des grandes résections et du drainage consécutif. Il insiste sur les expériences allemandes ayant démontré chez des chiens la reconstitution des côtes cinq ou six semaines après l'opération. Chez son malade, il a pu observer la réparation un mois après l'opération; il pense qu'il y aurait avantage à réséquer le périoste dans un temps spécial.

M. DESPRÉS pense qu'on fait la part trop petite au drainage et rappelle un cas de Briquet où la perte d'un stylet dans la cavité pleurale nécessita une contre-ouverture qui amena la guérison. De plus, on peut vivre longtemps avec une fistule. Enfin il est des distinctions à faire; car à côté des fistules pleurales par pleurésies purulentes simples on doit admettre une catégorie de fistules développées sous l'influence de pleurésies interlobaires, et l'auteur pense que la direction spéciale du trajet indiquée par M. Verneuil serait peut-être, dans ce cas particulier, en faveur de cette manière de voir.

Coup de feu dans la poitrine. — **M. POLAILLON** lit un rapport sur une observation de M. Guerlain, intitulée : *Coup de pistolet dans la poitrine; plaie du diaphragme et de l'estomac. Mort.* L'estomac était perforé de part en part et les plaies revenues sur elles-mêmes, ainsi qu'il a été démontré par l'autopsie. Pas d'issue de matière dans l'intestin. L'auteur attribue la mort à la pleurésie purulente; mais M. Polaillon croit, en s'appuyant sur les détails mêmes de l'autopsie, que la péritonite n'y a pas été étrangère. La balle n'a pas été retrouvée et M. Guerlain admet, fort invraisemblablement, qu'elle a été vomie ou rendue par les selles; du reste, la plaie intestinale n'a pas été recherchée.

Corps étrangers de la paume de la main. — **M. CHAUVEL** lit un rapport sur une observation de *corps étranger de la paume de la main* par M. Moty, médecin-major à Tebessa. Un soldat, blessé en septembre 1882 par l'éclatement de son fusil, entre en avril 1883 dans le service de M. Moty avec deux petites fistules de la main au niveau de l'éminence hypothénar.

Quelques débridements suffisent à extraire une portion de bois de fusil. La guérison fut rapide. M. Moty insiste sur le séjour prolongé, sans accidents, d'un morceau de bois assez volumineux dans la paume de la main et il explique cette tolérance par le siège profond du corps étranger et sa nature peu altérable. Il signale d'autre part une paralysie localisée au troisième et quatrième interosseux dorsaux, paralysie qu'il attribue à la lésion des filets nerveux destinés à ces muscles.

Ostéite de l'astragale. — **M. CHAUVEL** lit un second rapport sur un cas *d'ostéite tuberculeuse de l'astragale traitée et guérie par la résection de cet os*, par M. Robert, professeur agrégé au Val-de-Grâce. M. Robert pense que ce fait démontre l'utilité des résections partielles du tarse dans les cas de tuberculose localisée. M. Chauvel étudie à ce sujet les deux points suivants : 1° La résection isolée de l'astragale laisse-t-elle un membre utile ? L'auteur répond par l'affirmative en s'appuyant sur les faits très nombreux publiés jusqu'à ce jour. 2° L'opération est-elle indiquée dans le cas d'ostéite tuberculeuse localisée ? M. Chauvel répond par l'observation clinique. D'après Czerny, 15 fois sur 52 dans les caries du tarse, l'astragale est intéressé. De plus, Kocher, Vogt et quelques autres ont démontré que les synovites fongueuses étaient souvent limitées à l'articulation astragalo-calcanéenne. Cependant les chirurgiens français, Ollier entre autres, sont peu partisans des résections partielles, sauf chez les enfants; l'ignipuncture leur paraît, comme à M. Perrin, un moyen plus sûr chez l'adulte pour arrêter les progrès de l'affection.

Il faut cependant reconnaître que l'expectation laisse à la tuberculose le temps de se propager à distance et que les divers procédés de traitement alors employés (cautérisation, ignipuncture, etc.) ne mettent pas le sujet à l'abri d'une récidive locale : en conséquence, si le mal est localisé à l'astragale, l'extirpation totale de cet os est le mode de traitement le plus rationnel en théorie. Mais la localisation est difficile à reconnaître et l'on se trouve obligé de se fier à des signes peu précis.

La valeur de l'opération est difficile à juger malgré les 14 observations recueillies par l'auteur, et, sans la rejeter dans les cas d'ostéite tuberculeuse localisée, M. Chauvel ne se trouve pas autorisé à la conseiller. A l'incertitude que laisse un diagnostic toujours difficile et la gravité d'une intervention chirurgicale, certes plus grande que celle d'une amputation de jambe, s'ajoute, dit-il en concluant, pour nous imposer cette réserve, le danger de faire une opération incomplète et d'exposer le malade à une récidive rapide du mal pour ne lui laisser en fin de compte qu'un membre d'un usage limité.

M. BERGER appuie les conclusions de M. Chauvel : le diagnostic exact des lésions est en effet très difficile à faire. Tout récemment, dans un cas où l'on pouvait songer tout d'abord à une résection, M. Berger trouva à l'examen du membre amputé des lésions bien plus étendues qu'il n'aurait pu le supposer tout d'abord.

M. TILLAUX s'associe pleinement aux réserves de ses collègues : il insiste sur les difficultés de la marche après l'extraction de l'astragale et cite un cas de résection traumatique dans une luxation totale de cet os, qui laissa à la suite une impotence fonctionnelle considérable.

La séance est levée.

Séance du 9 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Grossesse extra-utérine. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** met sous les yeux de la Société des photographies représentant, dans leurs dimensions véritables, les deux pièces anatomiques curieuses extraites à la suite des opérations que, aidé de MM. Périer et Terrier, il a pratiquées pour grossesse extra-utérine. Les opérations ont eu lieu à l'hôpital Tenon, le 6 juin et le 3 août 1883, et les femmes ont guéri rapidement, sans qu'il soit survenu aucun accident et sans que leur température ait dépassé 38 degrés chez l'une et 39 chez l'autre.

Dans le premier cas, la grossesse datait de quinze mois, l'enfant avait vécu jusqu'à terme; il nageait dans une cavité purulente contenant environ six litres d'un pus fétide; il pesait 1,500 grammes environ et mesurait 44 centimètres de longueur. Tout en

ayant parfaitement conservé sa forme, il était déjà devenu friable ; néanmoins il put être extrait assez facilement.

Dans le second cas, la grossesse datait de vingt-six mois et l'enfant était absolument adhérent aux parois du kyste. Il ne put être enlevé qu'en partie, la totalité de la jambe gauche et tout le pied droit restèrent dans les parois du kyste et furent éliminés et extraits plus tard, leur fixité rendait dangereuses de nouvelles tractions. Les dimensions de cet enfant seraient de 38 centimètres, mais il faut tenir compte de l'attitude et des délabrements qui les rendaient forcément plus courtes.

Les deux opérées de M. Lucas-Championnière qui, avant l'intervention chirurgicale à laquelle elles ont été soumises, étaient dans un état très grave, avec fièvre hectique intense, ont recouvré tous les attributs de la santé.

Genu valgum. — M. **DESPRÉS** présente de nouveau le jeune homme qu'il a déjà montré dans une précédente séance et qui était atteint d'un genu valgum au début. Ce jeune homme n'offre plus aujourd'hui aucune déformation et marche très bien. Il a été soumis à un traitement par l'électricité.

Calcul urétral ; taille périnéale. — M. **GUYON** lit un rapport sur une observation de calcul urétral adressée par M. Follet (de Lille). Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans qui portait ce calcul depuis huit ans. Depuis ce temps, en effet, existaient des troubles de la miction, des envies fréquentes et impérieuses d'uriner. Mais depuis six semaines seulement, le malade éprouvait des douleurs dans le bas-ventre et rendait des urines troubles. La vessie n'était donc enflammée que depuis quelques semaines. Ce fait prouve une fois de plus que pendant bien longtemps les pierres peuvent ne déterminer dans la vessie aucune intolérance.

Le calcul dont il s'agit, dans cette observation, pesait 30 grammes ; il était ovoïde et allongé, mesurait 4 centimètres et demi dans son plus grand diamètre et 2 centimètres et demi dans son plus petit. Ce malade a toujours parfaitement vidé sa vessie, ce qui prouve que les corps étrangers de l'urètre n'amènent pas de rétention. Ce malade fut opéré ; la guérison fut complète en vingt-cinq jours.

C'est à la taille périnéale qu'eut recours M. Follet. Tout en se montrant un des plus chauds partisans de la taille hypogastrique, M. Guyon reconnaît qu'ici la taille périnéale était seule applicable.

M. **DESPRÉS** rappelle avoir communiqué à la Société un fait semblable d'extraction d'un calcul urétral par la taille périnéale et suivie de guérison.

Pied plat valgus acquis. — M. **TERRILLON** fait une communication sur une certaine variété de pied plat valgus acquis, s'accompagnant de désordres malléolaires, d'arthrite péronéo-tibiale. Après avoir rappelé les travaux de Gosselin, ceux de Duchenne (de Boulogne), sur la tarsalgie, il s'applique à démontrer les différences qui séparent la simple tarsalgie des cas dont il veut parler. Il admet trois stades caractérisés : le premier, par l'impotence fonctionnelle des muscles long péronier latéral, court péronier latéral ou jambier antérieur ; le second, par les désordres malléolaires ; le troisième, par l'arthrite péronéo-tibiale. Il insiste sur la production des accidents par le fait de la pression de la malléole. S'agit-il, dans ce cas, d'une lésion purement musculaire ou d'une lésion nerveuse primitive ? C'est à cette dernière opinion que s'arrête M. Terrillon. En effet, elle offre un double avantage au point de vue du diagnostic et au point de vue du traitement.

En résumé, il y a certaines affections du pied qui semblent primitives et qui sont secondaires. La recherche de la maladie primitive est souvent bien difficile.

M. **TRÉLAT** cite des cas analogues. Il ajoute qu'il faut signaler la phase de déformation après celle de la tarsalgie ou de l'arthralgie. Les accidents qu'on peut rencontrer dans ces cas sont multiples et variables ; ce sont des impotences ou des atonies musculaires, des contractures, des déformations, des raideurs articulaires. L'emploi de l'électricité et l'anesthésie chloroformique peuvent rendre de grands services pour éclairer le diagnostic. Le massage, l'électrisation et l'immobilisation sont les meilleurs moyens de remédier à ces impotences musculaires.

M. **MONOD** observe en ce moment une jeune fille de vingt ans présentant un pied plat et une tarsalgie ou une douleur au côté externe et postérieur du pied. Il n'a pas trouvé du côté de l'articulation les lésions même légères indiquées par M. Terrillon. La douleur siège bien exactement sur le tarse, au niveau de l'articulation calcanéo-astragalienne. Toutefois, il faut reconnaître qu'à côté des tarsalgies franches il en est d'autres où les douleurs sont beaucoup plus disséminées qu'on le croit.

M. **DESPRÉS** ne relève qu'un seul point nouveau dans la communication de M. Terrillon, la douleur produite par la pression de la malléole sur le calcanéum. Est-ce là une raison suffisante pour créer une maladie nouvelle ? Ce n'est pas là une nouvelle variété de tarsalgie. La théorie de Duchenne (de Boulogne) reste donc vraie ; c'est l'impotence fonctionnelle musculaire qui est le point de départ.

M. **LANNELONGUE**, tout en faisant ressortir toute l'importance de la communication de M. Terrillon, présente quelques objections : la tarsalgie, selon M. Terrillon, s'accompagne de lésions tibio-tarsiennes partant de la malléole externe et parfois assez sérieuses pour que la jointure soit disloquée. M. Terrillon a-t-il observé ses malades dès le début, les a-t-il suivis assez longtemps pour saisir tous les liens qui unissent les différents stades tels qu'il les a présentés ? On voit des pieds plats dans les lésions primitives de l'articulation tibio-tarsienne. Bien souvent on voit apparaître une arthrite primitive, puis l'atrophie musculaire et l'impotence fonctionnelle. Faut-il donc, après les recherches de M. Terrillon, rejeter l'idée d'altération primitive de l'articulation tibio-tarsienne ou admettre le même cortège de lésions en sens inverse ? Peut-on admettre qu'une simple pression de la malléole puisse suffire pour déterminer des lésions aussi graves qu'une arthrite fongueuse et une dislocation de l'articulation ?

M. **BERGER** proteste contre l'assertion émise par M. Després que tous les valgus douloureux sont dus à une impotence fonctionnelle des péroniers et défend l'opinion soutenue par M. Gosselin.

M. **TRÉLAT** dit que l'étude de ces affections est longue et difficile, qu'elles reconnaissent des origines diverses, que le diagnostic en est complexe et repose sur des éléments divers : état de l'articulation, raideur ou douleur ; état des muscles, raideur ou impotence ; attitude du membre, déformation, etc.

M. **TERRILLON** répond à M. Lannelongue qu'il a suivi et étudié ses malades longtemps, qu'il a constaté manifestement le renversement du pied en dehors deux ou trois mois avant la douleur au niveau de la pointe de la malléole externe, douleur qui disparaît quand on redresse la jambe.

A cinq heures un quart, la Société se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 janvier 1884, M. Frémy, professeur de chimie appliquée aux corps inorganiques, au Muséum d'histoire naturelle, est maintenu dans les fonctions de directeur de cet établissement pour une nouvelle période de cinq ans.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Vignard (de Nantes).

— *Hôpitaux de Nantes.* — M. le docteur Biaute, médecin adjoint à l'asile des aliénés de Blois est nommé médecin en chef du quartier des aliénés, à l'hôpital Saint-Jacques, en remplacement de M. le docteur Petit, décédé.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, phar-

macien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Beobachtungen über die sogenannten Blutplättchen (Blutscheibchen). — Inaugural-dissertation von Hermann Feiertag, aus Curland. In-8°. — Dorpat, 1883, H. Laakmann.

Ueber die Starre des Säugethiermuskels. — Inaugural-dissertation von Ernst Kugler, Rigenser. In-8°. — Dorpat, 1883, H. Laakmann.

Vergleichende Analyse des Blutes gesunder und septisch inficirter Schafe mit besonderer Rücksichtnahme auf die Menge und Zusammensetzung der rothen Blutkörperchen. — Inaugural-dissertation von Eduard v. Götschel, Rigenser. In-8°. — Dorpat, 1883, H. Laakmann.

Éléments de physique médicale, par C.-M. Gariel et V. Desplats, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris ; précédés d'une préface par M. Gavarret, 1884. 1 vol. in-8° de xii-920 pages avec 535 gravures dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, F. Savy.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15598.

9

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5 ; lactine, 1/5 ; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

79

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET. 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

2

Topique Bertrand aîné

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0f 50 à 3f. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND** aîné, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

111

Bain de Pennès, hygiénique,

RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

84

Élixir Hampton

Élixir cordial au Peptonate de fer, à la Pepsine et à la Diastase.

De toutes les préparations ferrugineuses, c'est la mieux tolérée, celle qui donne les résultats les plus prompts et les plus constants.

Dose : une cuillerée à soupe au commencement de chacun des deux principaux repas.

Dépôt : phie 20, fg Poissonnière, et princ. phies.

96

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

93

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

83

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sidney 1879, Melbourne 1880, London (Cong. méd. un.) 1881.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

10

L'eau minérale de la

Source du Pavillon

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Elle est employée avec succès depuis plus d'un siècle **contre la goutte, la gravelle, les coliques néphrétiques et hépatiques, le catarrhe vésical et toutes les maladies des voies urinaires.**

Pour être certains d'une bonne efficacité et éviter les contrefaçons et substitutions, MM. les médecins sont priés de prescrire la

Source du Pavillon

Expéditions dans le monde entier. — Dépôt central, à PARIS, 31, *boulevard des Italiens.* — En vente chez les pharmens et mds d'eaux minles.

57

Véritables Grains de Santé

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

146

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

120

Poudres alimentaires Adrian

Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits... —	Azote %	Acide phosphorique total %	Equivalent en phosphate de chaux %	Prix le K° en divisons
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf.....	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait. .	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur..	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'Ecole de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

12

Affections cardiaques, Hydropisies, Albuminurie. Palpitations.

Sirop de Convallaria Maialis

LANGLEBERT, 2 à 3 cuillerées par jour.

Pilules de Convallaria Maialis

LANGLEBERT, 6 par jour.

Pharmacie LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs, Paris.

46

Iode libre. CAPSULES BOUÉ

Spécifique des bronchites et des affections de poitrine.

Ces capsules contiennent chacune 1 centigr. d'iode libre, en dissolution oléique, seule préparation supportée par les voies digestives.

4 à 8 par jour avant les repas. — **3** fr. le flacon.

Paris, 34, rue Grenier-Saint-Lazare.

43

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

Grains créosotés Sabourdy

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et phies.

Exiger la signature. *A. Sabourdy*

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

13

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs,* pour fortifier les *Constitutions lymphatiques,* et combattre toutes les maladies qui ont pour cause *l'Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

55

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

211

Préparations iodo-créosotées

et créosotées de B. BAIN : VIN, HUILE et CAPSULES. — Phie, 56, rue d'Anjou-St-Honoré.

87

Ergotinine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. De l'admission et de l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale.— Hôpital des Enfants-Malades. Sclérose pulmonaire, dilatation bronchique. — Société médicale des Hôpitaux. Ministère de la marine et des colonies. — Nouvelles.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 10 janvier 1884.

Monsieur le Président,

A part quelques médecins militaires en retraite ou provenant de l'armée active à la suite de démissions et pourvus, dans l'armée territoriale, d'un grade supérieur à celui d'aide-major de 2e classe, le corps de santé de cette armée ne possède que des médecins de ce dernier grade.

Afin de pouvoir, sans retard, organiser ce corps et assurer, en cas de mobilisation, le bon fonctionnement du service de santé dans l'armée territoriale ainsi que dans les formations sanitaires de campagne auxquelles ces médecins sont appelés à concourir et dans les hôpitaux de l'intérieur et de l'Afrique, il m'a paru nécessaire, en attendant le vote de la loi sur l'avancement dans l'armée, de préparer le projet de décret ci-joint, que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute approbation.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le Ministre de la guerre,
E. Campenon.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de la guerre,

Vu la loi du 24 juillet 1873 sur l'organisation de l'armée ;

Vu la loi du 13 mars 1875 relative à la constitution des cadres et des effectifs de l'armée active et de l'armée territoriale ;

Vu la loi du 22 juin 1878 sur les pensions de l'armée de terre ;

Vu le décret du 31 août 1878 portant règlement sur l'état des officiers de réserve et des officiers de l'armée territoriale ;

Vu la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée,

Décrète :

Article premier. — Jusqu'à la promulgation de la loi à intervenir sur l'avancement dans l'armée, l'admission et l'avancement des médecins et des pharmaciens civils dans le cadre des officiers de l'armée territoriale seront réglés transitoirement conformément aux décisions ci-après énoncées.

Art. 2. — Nul ne pourra obtenir de prime abord que le grade d'aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve ou dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

L'aptitude à ce grade sera constatée par un examen dont les matières seront déterminées par un règlement ministériel.

Seront dispensés de cet examen les docteurs en médecine qui l'auront déjà subi avec succès comme étudiants, au moment où ils se seront portés candidats à l'emploi de médecin auxiliaire, et les pharmaciens de première classe qui l'auront également subi avec succès pendant la période de leur scolarité.

Art. 3. — Les conditions d'ancienneté imposées aux médecins et aux pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale, pour passer d'un grade à un autre, seront déterminées par la loi sur l'avancement actuellement encore en vigueur.

Toutefois, l'avancement aura lieu par ancienneté et par corps d'armée sur des listes de choix constatant l'aptitude des intéressés à passer au grade supérieur.

Ces listes seront établies d'après des propositions dont l'initiative appartiendra aux directeurs du service de santé et qui seront approuvées par les généraux commandant les corps d'armée.

Art. 4. — Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve et au grade de major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe, les médecins et les pharmaciens appartenant à l'une des catégories suivantes :

Médecins-professeurs titulaires des chaires de clinique, de pathologie, de médecine légale, de médecine opératoire et d'anatomie dans les facultés de médecine et les facultés mixtes ;

Pharmaciens-professeurs titulaires dans les écoles supérieures de pharmacie et dans les facultés mixtes.

Art. 5. — Pourront exceptionnellement être promus d'emblée au grade de major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, à la condition d'avoir été primitivement pourvus du grade d'aide-major de deuxième classe : les médecins et les pharmaciens professeurs agrégés des chaires mentionnées à l'article précédent dans les facultés, les professeurs desdites chaires dans les écoles de médecine, les pharmaciens professeurs agrégés des écoles supérieures de pharmacie et des facultés mixtes, ainsi que les médecins et pharmaciens qui remplissent les emplois de médecins, de chirurgiens ou de pharmaciens d'hôpitaux dans les villes où ces emplois sont donnés au concours.

Art. 6. — Les médecins et les pharmaciens de l'armée territoriale maintenus, sur leur demande, par le ministre de la guerre, dans les cadres de ladite armée après avoir accompli les vingt années de service imposées par la loi sur le recrutement, peuvent être promus au grade immédiatement supérieur si toutefois ils possèdent l'aptitude physique indispensable au service en campagne. Cette aptitude sera constatée par un médecin de l'armée active délégué à cet effet.

Ils seront maintenus dans l'armée territoriale jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans pour les principaux et majors de première classe, et de soixante ans pour les autres.

Art. 7. — Un règlement ministériel déterminera les mesures à suivre pour l'application des prescriptions qui précèdent.

Art. 8. — Le ministre de la guerre est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 10 janvier 1884.

Jules Grévy.

Par le Président de la République :

Le Ministre de la guerre,

E. Campenon.

Règlement ministériel relatif à la mise à exécution du décret du 10 janvier 1884, concernant l'admission et l'avancement des médecins et des pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale.

Le ministre de la guerre arrête, au sujet de l'application du décret du 10 janvier 1884, relatif à l'admission et à l'avancement des médecins et des pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réserve et dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, les dispositions suivantes :

Article premier. — A partir du 1er janvier 1885, les docteurs en médecine et les pharmaciens de première classe, appartenant à la disponibilité, à la réserve de l'armée active, à l'armée territoriale ou à la réserve de l'armée territoriale, ne pourront être nommés au grade d'aide-major de deuxième classe qu'à la condition d'avoir subi avec succès un examen d'aptitude.

Art. 2. — Pour les docteurs en médecine, cet examen est le même que celui imposé par l'article 17 du règlement du 22 juillet 1883 aux étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat et aspirant à l'emploi de médecin auxiliaire. Il porte sur les matières suivantes :

Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires.

Notions sur l'organisation du service de santé à l'intérieur et en campagne.

Infirmeries régimentaires. — Composition des sacs et sacoches d'ambulance de l'approvisionnement d'infirmerie régimentaire de campagne.

Postes de secours, infirmiers et brancardiers régimentaires.

Hôpitaux militaires.

Ambulances. — Infirmiers et brancardiers d'ambulance.

Hôpitaux mobiles et sédentaires de campagne.

Ambulances d'évacuation; trains d'évacuation; ambulances provisoires de gare.

Secours à donner aux blessés sur les champs de bataille : bandages et appareils improvisés, relèvement et transport des blessés, brancards et voitures.

Convention de Genève.

Art. 3. — Pour les pharmaciens de première classe, l'examen comprend les matières suivantes :

Notions sur l'organisation générale de l'armée, la discipline et la hiérarchie militaires.

Notions sur l'organisation et le fonctionnement du service de la pharmacie à l'intérieur et en campagne.

Composition en médicaments et en objets de pharmacie des approvisionnements d'infirmeries régimentaires, d'ambulances, d'hôpitaux de campagne et d'hôpitaux temporaires.

Convention de Genève.

Art. 4. — L'examen des docteurs en médecine et des pharmaciens de première classe aspirant au grade d'aide-major de deuxième classe est passé devant un jury composé :

Pour les docteurs en médecine. — D'un médecin-major de première classe, président, et de deux médecins-majors de deuxième classe.

Pour les pharmaciens. — D'un médecin-major de première classe, président, et de deux pharmaciens-majors de deuxième classe. L'un de ces deux pharmaciens peut être remplacé par un médecin-major de deuxième classe.

Art. 5. — Un jury fonctionne pour les médecins et les pharmaciens dans chaque ville siège d'une faculté ou d'école de médecine. Les examens ont lieu chaque année à des époques fixées par les directeurs du service de santé.

Art. 6. — Sont dispensés de se présenter aux épreuves dont il s'agit, les docteurs en médecine qui les ont déjà subies avec succès, à l'époque où ils se sont présentés comme candidats à l'emploi de médecin auxiliaire.

Art. 7. — Les membres du jury sont désignés par MM. les généraux commandant les corps d'armée, sur la proposition des directeurs du service de santé.

Les candidats doivent demander à prendre part à ces examens par une lettre adressée au directeur du service de santé du corps d'armée où ils résident.

Ils font connaître dans cette lettre, d'une manière très précise, leurs noms et prénoms, et l'adresse à laquelle la convocation doit leur être envoyée par le directeur du service de santé.

Art. 8. — Au début des épreuves, les candidats médecins doivent présenter au président du jury le certificat qui leur a été remis par le secrétaire de la faculté, en attendant la délivrance du diplôme de docteur en médecine.

Les candidats pharmaciens ne pourront prendre part aux épreuves qu'à la condition de présenter au président du jury soit le certificat qui leur a été remis par le secrétaire de l'école de pharmacie en attendant la délivrance du diplôme, soit un certificat attestant qu'ils sont pourvus de toutes les inscriptions nécessaires pour l'obtention du diplôme.

Les candidats pharmaciens qui ont déjà satisfait à cet examen comme étudiant, sont dispensés de s'y présenter de nouveau lorsqu'ils ont obtenu leur diplôme.

Art. 9. — Les examens terminés, le président du jury fait parvenir au directeur du service de santé du corps d'armée la liste des candidats qui les ont subis avec succès ; elle est ensuite transmise au ministre. Cette liste doit mentionner l'adresse très exacte du domicile des candidats admis, afin que l'autorité militaire puisse procéder, sans retard, aux formalités exigées pour leur nomination au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de deuxième classe.

Art. 10. — Après constatation de leur situation au point de vue du recrutement, il est délivré un titre de nomination provisoire aux candidats admis. Ce titre est destiné à les dispenser de répondre aux appels qui pourraient être faits des hommes de leur classe et doit être renvoyé ultérieurement au ministre, par la voie hiérarchique, aussitôt après la délivrance de la nomination définitive.

Les candidats sont en même temps signalés à MM. les généraux commandant les corps d'armée, qui établissent en leur faveur, si toutefois rien ne s'y oppose, des mémoires de proposition conforme au modèle n° 46, annexé à l'instruction ministérielle du 28 décembre 1879, sur l'administration des hommes de tout grade de la disponibilité, de la réserve et de l'armée territoriale.

Art. 11. — Les examens prescrits par l'article 1er du présent règlement ne sont obligatoires qu'à partir du 1er janvier 1885. Jusqu'à cette époque, les nominations au grade d'aide-major de deuxième classe auront lieu, pour les médecins et les pharmaciens, conformément au mode actuellement en vigueur et sur la proposition de MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Art. 12. — Conformément aux dispositions du décret du 10 janvier 1884, les médecins et les pharmaciens de tout grade de la réserve de l'armée active et de l'armée territoriale pourront être promus au grade supérieur.

A cet effet, dès qu'ils auront été mis en possession du présent règlement, les directeurs du service de santé dans chaque corps d'armée devront, sans attendre l'époque de l'inspection générale, établir d'urgence des propositions en faveur de ces médecins et pharmaciens qui remplissent les conditions spécifiées dans le décret précité.

Ces mémoires de proposition seront transmis au ministre après avoir été approuvés par MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Art. 13. — Les directeurs du service de santé ne perdront pas de vue que les propositions devront être faites non seulement en faveur des médecins et des pharmaciens appartenant à leur corps d'armée et domiciliés sur le territoire de ce corps d'armée, mais encore en faveur de ceux qui, attachés en cas de mobilisation, aux formations de leur corps d'armée, sont domiciliés sur le territoire d'un autre corps d'armée.

Ils signaleront ceux qui se trouveront dans ce dernier cas à leurs collègues des autres corps d'armée, en leur transmettant très exactement les noms et les adresses des intéressés.

Les directeurs du service de santé qui recevront ces listes, devront procéder à l'établissement des mémoires de propositions absolument comme si les intéressés appartenaient à leur corps d'armée. Après les avoir soumis à l'approbation du général commandant le corps d'armée, ils les transmettront à leurs collègues qui prendront note des propositions faites et les feront parvenir au ministre le plus promptement possible.

Paris, le 10 janvier 1884.

E. Campenon.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Rendu.

Sclérose pulmonaire, dilatation bronchique.

La petite malade dont je vais vous entretenir est entrée dans nos salles il y a un an; elle est couchée au lit n° 6 de la salle Sainte-Geneviève. Elle est atteinte d'une maladie chronique, et a, au premier abord, toutes les allures d'une phtisique.

Elle tousse depuis trois ans; son facies est cachectique; elle est très amaigrie, très anémique; sa peau fonctionne mal, elle est pâle, cireuse, sèche, couverte d'un enduit sébacé noirâtre.

Les doigts présentent ce que l'on appelle la déformation hippocratique, c'est-à-dire que l'extrémité des doigts, au lieu d'être effilée, se termine en baguette de tambour; l'ongle est doublement incurvé en dos d'âne; la pulpe unguéale est hypertrophiée.

Cette petite fille tousse, non pas d'une façon continue, mais par intervalles et d'une toux quinteuse, suivie chaque fois d'une expectoration puriforme, fétide, d'une odeur presque gangreneuse, ayant tous les caractères d'une vomique. Cependant cette expectoration ne se fait pas en un seul flot, mais peu à peu, par parcelles, c'est-à-dire par deux ou trois gros crachats à chaque quinte. Parfois ces quintes sont suivies de vomissements alimentaires, de là l'amaigrissement presque squelettique que nous constatons. Enfin, les crachats sont gris verdâtre, ils ne sont pas toujours comparables à eux-mêmes et contiennent quelquefois de véritables grumeaux analogues à du mastic délayé et dont l'odeur nauséabonde est due à leur accumulation, à leur séjour prolongé et à leur fermentation dans les bronches.

Cependant, malgré cet état, la malade ne présente pas de symptômes fonctionnels en dehors de la toux; il n'y a pas d'oppression, pas de palpitations, pas d'étouffements et l'enfant se couche aussi bien sur le côté droit que sur le côté gauche. Le siège du mal est donc dans le poumon qui sécrète un pus, lequel se verse mal et irrégulièrement.

Passons maintenant aux signes physiques : le thorax est déformé, le côté gauche est plus bombé qu'à l'état normal, tandis que le côté droit est aplati surtout vers la base où les côtes sont comme enfoncées et où les espaces intercostaux sont réduits. A la percussion on remarque que le poumon gauche est sain, relativement du moins, et l'on constate du tympanisme dans toute la hauteur et surtout sous la clavicule; la respiration y est rude, plus intense, puérile, supplémentaire. A droite et en arrière on peut diviser le thorax en trois zones, supérieure, moyenne ou inférieure.

La première est caractérisée par une matité absolue, une certaine résistance sous le doigt; dans la zone moyenne la sonorité reparaît et dans la zone inférieure on retrouve la matité moindre cependant qu'en haut. En avant et du même côté la sonorité est plus marquée qu'en arrière.

Les vibrations en arrière et en haut sont augmentées, elles se continuent à la partie moyenne et diminuent dans la zone inférieure sans pour cela qu'elles soient abolies.

Pour l'auscultation on retrouve encore en arrière les trois zones caractérisées la première par du souffle tubaire et le retentissement de la toux et de la voix; la seconde, par un souffle moins rude, par des râles allant jusqu'au gargouillement dans certains moments, surtout là où est le foyer de la vomique; la troisième enfin, par un souffle voilé et des râles éloignés. Ces bruits du reste varient selon que l'enfant a ou non toussé et expectoré. Si la caverne est pleine, on n'entend presque rien; si l'expectoration a eu lieu, le bruit est considérable. En avant ces phénomènes disparaissent.

L'état général, néanmoins, est encore assez bon relativement à la lésion; la fièvre est minime; 37 degrés le matin et 37°,5 à 38 degrés le soir et quelquefois, — rarement, il est vrai, — 38°,5. Le sommeil est bon; il n'y a pas de troubles oculaires; rien non plus du côté de la digestion, l'appétit n'est pas mauvais, il n'y a pas de diarrhée; les urines sont normales; en somme, aucun trouble autre que les accidents respiratoires sus-indiqués et nous sommes en présence d'une vomique, laquelle détermine l'état cachectique de la petite malade.

Les vomiques sont de deux catégories chez l'enfant : celles que l'on observe dans le cours d'une maladie aiguë, et celles que l'on rencontre dans les maladies chroniques.

Comme maladies aiguës, je citerai les pneumonies abcédées, les pleurésies interlobaires à marche rapide; je citerai aussi l'évacuation du pus d'un kyste hydatique suppuré s'ouvrant à l'extérieur par une ulcération du diaphragme et des bronches.

Dans les maladies chroniques, les vomiques sont des épiphénomènes. S'agirait-il ici de tuberculose? Ç'a été, il est vrai, ma première impression et les arguments en faveur sont sérieux : induration pulmonaire du sommet droit, souffle tubaire, doigts hippocratiques, sueurs nocturnes de temps à autre. Mais aucun de ces signes n'est pathognomonique; d'abord l'hépatisation du sommet chez l'enfant n'a pas la même valeur que chez l'adulte. Chez le premier, les lobes inférieur et moyen se prennent plus facilement que le lobe supérieur. De plus, chez l'enfant, les cavernes tuberculeuses sont rares ainsi que l'expectoration, cette dernière surtout, parce que l'enfant ne sait pas cracher et qu'il avale le plus souvent ses crachats.

La déformation des doigts n'est pas non plus un signe de grande valeur, car elle se rencontre dans un certain nombre d'autres maladies, ainsi que dans les malformations cardiaques. C'est Hippocrate qui a le premier signalé le renflement des doigts en massue. En réalité, cette difformité est

le résultat d'une vascularisation insolite de la matrice sous-unguéale qui s'hypertrophie et donne lieu à la forme bombée de l'ongle. Ces ongles ont généralement une teinte violacée, en raison même de cette vascularisation, teinte qui indique une gêne de la circulation périphérique, une stase veineuse.

Mais je reviens au diagnostic. Comme arguments que l'on peut encore invoquer contre la tuberculose, nous avons l'unilatéralité persistante de la maladie, malgré sa durée de trois ans, l'absence d'aggravation des phénomènes pendant ces trois années et sa marche lente; tandis que la tuberculose chez les jeunes enfants affecte constamment une marche rapide. De plus encore, nous pourrions citer l'absence de toute diarrhée, l'absence de fièvre, l'absence de bacilles dans les crachats. Je ne crois donc pas ici que nous ayons affaire à une tuberculisation pulmonaire.

Une hypothèse plus plausible serait celle d'une pleurésie purulente ancienne, se vidant de temps en temps par les bronches. Elle serait plus plausible à cause de la reproduction incessante et de l'abondance du pus, à cause de l'aplatissement du thorax et de la matité persistante à la base de la poitrine. Pour ce dernier caractère cependant il faut tenir compte d'abord qu'elle n'est pas absolue, ensuite de la présence du foie. Mais ici le pus n'est pas aussi bien lié que dans cette affection, les crachats sont séparés, les vomiques sont beaucoup plus fréquentes que dans le cas de pleurésie purulente, enfin la plupart des signes physiques pulmonaires ne concordent pas avec cette maladie, mais bien plutôt avec une affection dans laquelle le poumon serait le principal intéressé.

Ces différents diagnostics éliminés, que reste-t-il? La dilatation bronchique, désignation insuffisante, car si les bronches en effet sont dilatées, cependant la principale lésion est une sclérose du parenchyme pulmonaire. Or, d'après les quelques renseignements fort incomplets que nous avons pu avoir, notre petite malade aurait eu autrefois une pleurésie, laquelle aurait duré quelques semaines ; un peu plus tard serait survenue une bronchite; enfin, dans ces derniers temps, des vomiques. Nous serions donc ici, selon toutes probabilités, en présence d'une sclérose progressive du poumon. Du reste, la constance des accidents, la fétidité de l'haleine et des crachats plaident en faveur de la sclérose avec dilatation des bronches. De plus, c'est dans ces formes mêmes que la santé générale peut être conservée pendant un temps relativement long, l'altération portant bien plus sur la sécrétion bronchique que sur le parenchyme.

Donc induration du poumon et dilatations ampullaires multiples et plus ou moins grandes, bien que cette induration du sommet du poumon droit avec souffle tubaire soit un fait assez insolite.

Le point de départ serait,— *probablement,* je le répète, — une pleurésie ancienne; c'est dans ces cas-là, en effet, que les bronches s'enflamment en même temps que le poumon, et se dilatent.

Quant au pronostic, il est grave : 1° parce qu'il y a une diminution assez considérable du champ respiratoire; 2° parce que la sécrétion fétide expose constamment l'enfant à des dangers de résorption; 3° à cause des modifications survenues dans la nutrition. Aussi ai-je la quasi-certitude de voir mourir cette petite fille, malgré l'absence de toutes complications, l'absence d'hypertrophie du cœur, de tous accidents cardiaques, de tous phénomènes viscéraux et l'intégrité du foie, des reins, de l'intestin, etc.

Le traitement comporte trois indications : 1° soutenir les forces par l'alcool, à la dose de 15 grammes par jour, par le café, l'extrait de quinquina, la viande râpée crue et prise dans du bouillon, etc.; 2° désinfecter la sécrétion bronchique par une potion à l'hypochlorite de soude, par exemple; faire respirer soit de l'eau chloritée, du thymol, de l'eucalyptus, soit de l'acide borique; 3° enfin combattre l'agitation de la malade, son écœurement, le dégoût des aliments, en lui prescrivant des pilules d'iodoforme.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

M. MILLARD, en quittant le fauteuil de la présidence, remercie ses collègues et invite son successeur, **M. BUCQUOY**, à prendre place au fauteuil.

COMMUNICATIONS

Transfusion du sang dans la maladie de Bright. — **M. DIEULAFOY** fait une communication sur ce sujet. Lorsque, dit-il, on injecte 100 à 120 grammes dans la veine d'un individu qui se meurt d'hémorragie, celle-ci s'arrête et le mourant revient à la vie ! Comment expliquer ce fait? Il faut bien admettre que cette petite quantité de sang nouveau introduit dans la circulation amène quelque modification dans la composition du sang de l'individu.

En 1882, je soignai un homme de cinquante-deux ans, qui était atteint d'épistaxis périodiques qui se reproduisaient à peu près tous les deux ans. Mais cette fois, l'épistaxis était plus abondante que jamais et rien ne parvenait à l'arrêter. Pendant plus de dix jours tous les moyens furent successivement employés : injections sous-cutanées d'ergotine, sulfate de quinine à hautes doses, perchlorure de fer, tamponnement, etc. Tous restèrent également sans succès et le malade était pris de défaillances, de vertiges, de syncopes. Quoi qu'on fit, l'hémorragie persistait; le pouls était devenu irrégulier, la température s'élevait; on constatait des râles sous-crépitants aux deux bases de la poitrine. La situation devenait critique et alarmante. Il y eut plusieurs consultations médico-chirurgicales : les uns conseillèrent la ligature des deux carotides; M. Hayem proposa la transfusion. Celle-ci fut pratiquée par M. Périer; 120 grammes de sang furent injectés. Le succès fut non seulement complet, mais véritablement merveilleux. L'hémorragie fut immédiatement arrêtée et le malade fut très rapidement guéri.

Il ne s'agit pas, dans ce cas, d'une hémorragie traumatique, d'une hémorragie d'ordre externe; il n'y avait aucune plaie, aucune lésion. Il s'agissait d'un de ces états mal connus et mal déterminés qui ont été désignés sous le nom d'hémophylie. Or les 120 grammes de sang injectés chez cet homme ont joué le rôle d'hémostatique.

Un jeune homme de vingt-deux ans, militaire, à la suite de l'extraction d'une dent, est pris d'une hémorragie incoercible; il devient exsangue et est sur le point de succomber. On pratique la transfusion et il est très rapidement guéri.

Ce n'est pas, dans ces cas, l'apport ou l'addition de 100 à 120 grammes de sang qui sauve les malades. Ils reçoivent un sang nouveau qui apporte dans la composition chimique de leur propre sang certaines modifications et qui joue le rôle d'hémostatique.

En présence de ces résultats remarquables, je me demandai s'il n'y avait pas lieu d'appliquer la transfusion à certains états dyscrasiques, en particulier dans la maladie de Bright.

Le 20 septembre 1883 entrait à Saint-Antoine une jeune fille de vingt-sept ans présentant des accidents urémiques dans le cours d'une maladie de Bright. Il y avait plus d'un an déjà qu'elle avait offert les troubles appréciables de cette maladie. Mais, depuis

quelques semaines, l'état s'était singulièrement aggravé : céphalalgie persistante, vomissements continuels, etc. Le 20 septembre, elle est prise d'une attaque épileptiforme et d'un état comateux consécutif. L'intolérance de l'estomac est devenue absolue ; il y a de la bouffissure de la face, au cœur un bruit de galop ; j'ai pensé qu'il y avait lieu de tenter une transfusion. Celle-ci fut pratiquée le lendemain. A ce moment, la malade rendait en vingt-quatre heures 2 litres d'urine, contenant 3 grammes d'albumine, 24 grammes d'urée. On injecta 125 grammes de sang. Le résultat fut évident ; la céphalalgie avait notablement diminué, les vomissements s'arrêtèrent et l'albumine tomba de $3^{gr},66$ à $1^{gr},82$. Le lendemain, 21, l'albumine tombe à 98 centigrammes et à partir de ce moment la décroissance est continuelle. La numération des globules a donné, aussitôt après l'opération, une augmentation des globules rouges et une diminution des globules blancs. Le 22, l'état s'était encore notablement amélioré ; plus de vomissements ; deux potages, côtelette, café, vin, lait. Le 23, la quantité d'albumine a encore diminué ; mais le bruit de galop du sang a pris une notable intensité. Le 5 octobre, à la suite d'un refroidissement, elle est prise d'une attaque convulsive suivie de coma, puis elle se remet. Le 2 novembre, elle a une perte avec une douleur vive ; elle fait une fausse couche. A ce moment, elle n'a plus de troubles urémiques. Elle a engraissé de 2 kilogrammes. Elle sort de l'hôpital le 11 novembre. L'albumine est tombée à 18 centigrammes. Elle va passer quelque temps à la campagne.

Elle revient, le 3 décembre, dans un état lamentable : vomissements, hoquet, température 35°,8, état de torpeur voisin du coma. Les urines contiennent 4 grammes et demi d'albumine par litre. Le lendemain, 4, nouvelle température de 110 grammes de sang. Elle n'a plus qu'un seul vomissement après la transfusion ; la prostration est moins accentuée ; elle accepte du lait et du thé ; le soir, elle paraît beaucoup mieux. Le lendemain, 5, l'état comateux a cessé. La quantité de l'urée a doublé, mais la proportion d'albumine est toujours de 5 grammes par litre. Le lendemain elle peut prendre 2 litres de lait. La température est remontée à 37°,2. Une amélioration rapide et inespérée se produit ; mais la quantité d'albumine reste toujours élevée. Bientôt la dyspnée apparaît ; on entend des râles sous-crépitants et on perçoit de la matité aux deux bases. Il y a un double épanchement. La situation s'aggrave, l'oppression va en augmentant ; la mort arrive assez rapidement.

A l'autopsie, on est frappé de l'importance des lésions. Le cœur est extrêmement volumineux ; il pèse 480 grammes ; le ventricule gauche est surtout développé, sa paroi seule mesure 2 centimètres et demi. Il y a une pleurésie avec épanchement. Les reins sont petits, atrophiés ; il y a de la néphrite interstitielle.

Comment, en présence de lésions aussi considérables, quelques grammes de sang injectés sous la peau ont-ils pu avoir un résultat aussi favorable ? Il est hors de doute que l'état dyscrasique du sang joue ici un grand rôle et que l'apport, dans ce sang, d'une certaine quantité de sang riche et normal y détermine certaines modifications importantes.

Une transfusion a été pratiqué *in extremis* sur un malade de M. Sevestre. Il s'agissait d'une néphrite d'origine saturnine. 120 grammes de sang furent injectés, il n'y eut pas d'accidents inhérents à l'opération. Le malade mourut quarante-huit heures après. On trouva, à l'autopsie, toutes les lésions de la néphrite diffuse.

Une troisième observation a trait à un homme de cinquante-cinq ans, entré le 3 octobre à Saint-Antoine pour une maladie de Bright ; il y a un œdème des jambes considérable, mais le symptôme prédominant est la dyspnée. Le 9 octobre, transfusion de 100 grammes de sang, nuit meilleure ; quelques jours après, la dyspnée a tout à fait disparu. Le malade quitte l'hôpital quinze jours après l'opération.

Ces observations semblent démontrer que le sang joue un grand rôle dans la maladie de Bright. Il est permis de se demander si, avant que ne se soient produites les lésions organiques graves, une série de transfusions, pratiquées à de courts intervalles, ne pourrait pas modifier assez avantageusement la composition du sang, enrayer ainsi la maladie dans sa marche et empêcher ou prévenir les diverses dégénérescences des organes. Ce sont là de simples hypothèses. C'est une question à étudier et assez facile à résoudre si mes collègues veulent bien joindre leurs efforts aux miens dans ce but.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, dans les recherches et les études qu'il a faites sur le même sujet, déclare être arrivé à des conclusions opposées à celles de M. Dieulafoy. La transfusion n'est indiquée que dans les cas où il n'y a pas de lésions organiques. Elle n'est utile que pour les malades dont le sang est altéré par des hémorragies. Ce que M. Dieulafoy a fait pour la maladie de Bright, on l'a fait pour la phtisie. On n'est arrivé à aucun résultat satisfaisant. De même, quand il existe une lésion du rein, que peut faire la transfusion ? On ne saurait donc apporter trop de de réserves dans les conclusions à tirer sur les indications de la transfusion.

M. DIEULAFOY ne tire pas de conclusions, il apporte des faits. Y a-t-il danger à faire la transfusion chez un brightique ? Non. Y a-t-il avantage ? Peut-être, en raison de ce fait que si la lésion dyscrasique accompagne ou précède les lésions rénales, il peut y avoir une grande utilité à modifier la composition du sang par l'apport de quelques grammes d'un sang nouveau.

M. ALBERT ROBIN fait observer que, dans le premier cas d'hémophylie communiqué par M. Dieulafoy, l'adjonction de quelques grammes de sang a bien avantageusement modifié le sang ancien. Or cette modification d'ordre chimique imprimée au sang hémophylique par un sang transfusé peut tenir à l'action d'un ferment chimique soluble introduit dans le sang. Or, si ce fait était exact, il suffirait d'injecter seulement certaines parties du sang. Ce ne sont là que des hypothèses, mais qui peuvent servir à diriger des recherches dans ce sens.

De la revaccination obligatoire dans les lycées et les collèges. — M. DUMONTPALLIER lit un rapport ayant pour but de répondre, sur la demande du ministre de l'instruction publique, aux objections et aux oppositions formulées par M. Ancelot contre le maintien des revaccinations obligatoires dans les lycées comme attentatoire à la liberté des pères de famille. Ce rapport se termine par les deux conclusions suivantes :

1° L'immunité antivarioleuse fournie par une première vaccination n'ayant qu'une durée limitée et qu'une efficacité transitoire, la revaccination est utile et nécessaire ;

2° Étant utile, elle doit être obligatoire dans les lycées et les collèges.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

La séance est levée à cinq heures et demie.

MINISTÈRE DE LA MARINE ET DES COLONIES

Liste des officiers de santé de la marine qui ont été maintenus ou inscrits au tableau d'avancement par le conseil d'amirauté, dans sa séance du 11 janvier 1884.

1° *Pour le grade de médecin en chef* (enseignement). — Est maintenu au tableau : M. le médecin-professeur Thomas. — Sont inscrits : MM. les médecins-professeurs Rouvier et Guès.

2° *Pour le grade de médecin en chef* (service général). — Sont inscrits : MM. les médecins principaux Fabre, Allanic, Monin et Poitou-Duplessy.

3° *Pour le grade de pharmacien en chef* (enseignement). — Est inscrit : M. le pharmacien-professeur Morio.

4° *Pour le grade de pharmacien en chef* (service général). — Est inscrit : M. le pharmacien principal Degorce.

5° *Pour le grade de médecin principal.* — Sont maintenus au tableau : MM. les médecins de première classe Legrand, Beaumanoir

et Catelan. — Sont inscrits : MM. les médecins de première classe Gardies, Vincent, Kermorgant, Roussel, Ardouin et Hyades.

7° *Pour le grade de pharmacien principal.* — Est inscrit : M. le pharmacien de première classe Chalmé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 janvier 1884, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Straus, agrégé par la Faculté de médecine de Paris, et Nocard, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort. Chargés d'une mission scientifique en Égypte pour y étudier le choléra, ont fait preuve du plus grand dévouement dans l'accomplissement de cette mission.

Nous rapprochons de cette très juste récompense l'attribution du nom de Louis Thuillier qui vient d'être faite, à Paris, à la partie de la rue des Ursulines comprise entre la rue d'Ulm et la rue Gay-Lussac.

— *Distinctions honorifiques.* — Sont nommés officiers de l'instruction publique : MM, les docteurs Vollant, délégué cantonal du XIII[e] arrondissement de Paris; Fauquez, adjoint à la prison de Saint-Lazare et Napias, médecin à Paris.

Sont nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Auffret, médecin-professeur de la marine; Frère, conseiller municipal à Paris, membre du conseil départemental de l'instruction publique; Boillet, Calvo, Jouin et Philbert, médecins à Paris; Poncet, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital Saint-Martin, à Paris; Roux, maire de Tournon-sur-Garonne; Bontemps, maire de Jussey, délégué cantonal, président du conseil d'arrondissement; Bouret, conseiller municipal, délégué cantonal à Ribécourt; Canuet, délégué cantonal du VIII[e] arrondissement de Paris; Chabrier, délégué cantonal à Aix; Coste, délégué cantonal à Langogne; Coste, conseiller général, maire de Saint-Jullien du Sault, membre du conseil départemental de l'instruction publique; Doisneau, délégué cantonal à Laval; Duclos, délégué cantonal à Vitré; Lemée, délégué cantonal à Saint-Sever; Marchand, délégué cantonal à Durtal; Masson, médecin à Fraize; Morel, maire de Gacé, délégué cantonal: Thonion, délégué cantonal à Annecy; Villard, adjoint au maire de Guéret, conseiller d'arrondissement, président de la commission d'examen pour le brevet de capacité; Hurst, médecin-chef à l'hôpital militaire de Versailles; La Vieille, délégué cantonal à Beaumont; Seailles, délégué cantonal à Paris; Gavoy, médecin-major des hôpitaux militaires à Versailles; Guichard de Choisity, médecin en chef des hôpitaux à Marseille; Pauthier. MM. Brongniart, préparateur à l'école de pharmacie de Paris; Fréchou, pharmacien à Nérac; Leblond, pharmacien, conseiller municipal à Rebais, secrétaire de la délégation cantonale; Moynier de Villepoix, pharmacien et professeur à l'école secondaire de jeunes filles d'Abbeville; Peneau, pharmacien à Bourges; Balland, pharmacien-major de deuxième classe à la Garde républicaine; Danguy, pharmacien à la Ferté-Saint-Aubin, délégué cantonal.

— Par arrêté, en date du 2 janvier 1884, les articles 3 et 9 du règlement du 10 juin 1879 concernant l'adjuvat et le prosectorat à la Faculté de médecine de Paris, sont modifiés ainsi qu'il suit :

« ART. 3. — Les aides d'anatomie sont nommés au concours. La durée de leurs fonctions est limitée à quatre ans. Les aides d'anatomie titulaires peuvent seuls concourir pour le prosectorat et seulement pendant ces quatre ans. Ils ne peuvent prendre le grade de docteur en médecine.

« ART. 9. — Le renouvellement des aides se fera par quart. Il ne pourra être nommé au concours de chaque année que six aides d'anatomie titulaires. Lorsque le nombre des places vacantes excédera ce chiffre, il pourra y être pourvu par la nomination, dans le même concours, d'aides d'anatomie provisoires, nommés pour une année. »

— Le conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, dont M. le préfet de la Seine est président de droit, a procédé, dans sa séance du jeudi 10 janvier 1884, à la nomination de son vice-président. M. E. Ferry a été nommé vice-président.

— M. de Quatrefages, professeur d'anthropologie au Muséum, est nommé directeur suppléant de cet établissement pour une période de cinq ans.

— Par décret, en date du 10 janvier 1884, M. Cret-Duverger, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin-major de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (emploi vacant par organisation).

— Par décision ministérielle, en date du 11 janvier 1884, ont été nommés à l'emploi de médecin ou de pharmacien stagiaire les trente et un élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, et le médecin civil, dont les noms suivent :

Candidats en médecine : MM. Dupré, de l'hôpital Saint-Martin; Bich et Breton, de l'hôpital du Gros-Caillou; Carton, de l'hôpital de Lille; Kocher, de l'hôpital du Dey; Bilouet, de l'hôpital de Lille; Murie, Lapasset, Saint-Macary, Herck, Boudet et Fasquelle, de l'hôpital du Gros-Caillou; L'Héritier de Chezelles, Minière et Vigier, de l'hôpital Saint-Martin; Robin, de l'hôpital du Gros-Caillou; Camentron, de l'hôpital de Toulouse; Gauvin, de l'hôpital du Gros-Caillou; Knohl, médecin civil; Landry, de l'hôpital Saint-Martin; Lazerat, de l'hôpital de Bordeaux, Barreau, de l'hôpital du Gros-Caillou; Micault, de l'hôpital de Nancy; Monique et Folliasson, de l'hôpital du Gros-Caillou; Féau, de l'hôpital de Bordeaux; Ohier, de l'hôpital du Gros-Caillou; Chauzeix et Lassègue, de l'École du Val-de-Grâce.

Candidats en pharmacie : MM. Allain, de l'hôpital du Gros-Caillou; Dominique et Boulineau, de l'École du Val-de-Grâce.

— Par décision ministérielle, en date du 11 janvier 1884, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

M. le médecin principal de deuxième classe Sommeillier, de l'hôpital de Nancy, pour l'hospice d'Orléans.

MM. les médecins-majors de première classe Grandjean, de l'hôpital de Versailles pour l'hôpital du Gros-Caillou, et pour être attaché à la direction du service de santé du gouvernement de Paris; Hennequin, du 139[e] d'infanterie, pour le dépôt de convalescence de Porquerolles; Guimberteau, de l'hospice du Mans pour l'hôpital de Versailles; Augarde, du 91[e] d'infanterie, pour le 49[e] de même arme; Ferron, du 57[e] d'infanterie, pour l'hôpital de Bordeaux; Joly, du 9[e] d'artillerie, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Journée, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, pour le 91[e] d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bercher, du 2[e] bataillon d'infanterie légère d'Afrique, pour l'hôpital de Marseille (provisoirement), et pour être attaché à la direction du service de santé du 15[e] corps d'armée; Vinsac, du 46[e] d'infanterie, pour le 82[e] de même arme; Charropin, du 29[e] bataillon de chasseurs à pied détaché en Tunisie, pour le 12[e] escadron du train des équipages militaires (provisoirement); Alleau, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, pour le 29[e] bataillon de chasseurs à pied détaché en Tunisie; Bories, du 17[e] escadron du train des équipages militaires, pour les hôpitaux de la division d'Oran (provisoirement); de Ferré, du 11[e] d'infanterie, pour le 17[e] escadron du train des équipages militaires (provisoirement); Villary, du bataillon du 85[e] d'infanterie détaché à Saint-Mihiel, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie (provisoirement); Baudin, du 39[e] d'infanterie, pour le 1[er] zouaves.

MM. les médecins aides-majors de première classe Rouire, du 66[e] d'infanterie, pour l'hôpital du Gros-Caillou; Milliès dit Lacroix, du 88[e] d'infanterie, pour l'hôpital Saint-Martin; Wissemans, du 76[e] d'infanterie, pour le 12[e] d'artillerie; Toussaint, du 2[e] zouaves, pour l'hôpital du Val-de-Grâce; Frilet, des escadrons du 6[e] hussards détachés en Tunisie, pour le 3[e] d'infanterie; Bénac, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, pour les escadrons du

6e hussards détachés en Tunisie ; Prat, des hôpitaux de la division de Constantine, pour le 3e tirailleurs algériens; Pouey, du 1er spahis, pour le 14e d'artillerie; Spite, des hôpitaux de la division d'Oran, pour le 2e tirailleurs algériens; Lafille, du 84e d'infanterie, pour le 43e de même arme.

MM. les pharmaciens-majors de première classe Gallimard, des hôpitaux de la division d'Oran, pour l'hôpital du camp de Châlons; Bonnard, des hôpitaux de la division d'Alger, pour l'hôpital de Perpignan.

MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Dauphin, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, pour l'hôpital du Gros-Caillou; Simon, de l'hôpital de Bourges, pour l'hôpital du Val-de-Grâce.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Dulud, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, pour l'hôpital de Belfort; Corne, des hôpitaux de la division de Constantine, pour l'hôpital de Marseille.

— MM. les docteurs Bruel et Noir sont nommés membres du conseil départemental de l'instruction publique de l'Allier.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa prochaine séance le jeudi 24 janvier 1884, à huit heures un quart du soir, à la mairie du premier arrondissement, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Discussion de l'angine chronique rhumatismale ; 2° professeur Berthold (de Kœnigsberg) : de l'autophonie ; 3° docteur Hering (de Varsovie) : corps étrangers du larynx et de l'œsophage ; 4° docteur Garel (de Lyon) : larynx artificiel ; 5° discussion sur la nature de la membrane qui tapisse la caisse du tympan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15613.

N° 7. — JEUDI 17 JANVIER 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 17 JANVIER 1884. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. De la tuberculose au point de vue chirurgical. — Académie de Médecine. — Société de Biologie. — Instruments et Appareils. Transfuseur et transfusion. — Serre-nœud Colin. — Thèses. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il n'est pas douteux que les lois fondamentales de la statique et de la mécanique soient identiquement les mêmes lorsqu'il s'agit d'êtres vivants ou de tous autres appareils dynamiques ; mais la multiplicité des moteurs, la soudaineté de l'intervention automatique de tel ou tel d'entre eux, la complexité des associations de mouvements réflexes, rendent quelquefois bien délicate à établir la relation entre la cause et l'effet produit. C'est ce qui explique comment des savants tels que MM. Giraud-Teulon et Marey peuvent discuter sur la théorie scientifique d'un même fait expérimental.

Il s'agit de savoir comment les pieds en viennent à quitter le sol dans un mouvement rapide d'abaissement du tronc comme pour s'accroupir.

Suivant M. Marey, c'est là une application de la loi suivant laquelle un muscle qui se contracte agit aussi bien sur l'une que sur l'autre des extrémités du levier qu'il représente. L'effet final dépend des résistances, sans lesquelles le mouvement serait double, chacune des deux extrémités tendant à se rapprocher de l'autre. Dans l'effort rapide des fléchisseurs pour abaisser le tronc, il se produit donc un certain degré de tendance à l'élévation des membres inférieurs, et cette tendance peut être effective au point de se manifester par un détachement complet de la plante du pied d'avec le sol.

M. Giraud-Teulon s'efforce d'appliquer à ce résultat sa théorie du saut par cessation subite d'un mouvement en train, par déploiement instantané de forces vives, accumulées pour un mouvement qui ne se fait plus. Il nous semble bien difficile de comprendre comment on pourrait obtenir, par une contraction soudaine des extenseurs mettant fin subitement à l'abaissement du tronc, une diminution de pression sur le sol à l'extrémité du levier rigide qui se trouverait constitué ainsi. Par l'application pure et simple des lois classiques de la mécanique on arriverait à prévoir un effet contraire. Le mouvement subitement entravé étant un mouvement de haut en bas, c'est de haut en bas que s'exercerait le déploiement des forces vives contre l'obstacle intervenant et de haut en bas qu'il serait transmis. La conséquence devrait donc être un accroissement de pression, si c'était le cas d'appliquer la théorie dite de *l'à-coup*.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

De la tuberculose au point de vue chirurgical (1).

III

Dans les deux dernières leçons, je vous ai exposé la marche des grandes idées qui ont dominé l'histoire de la tuberculose, histoire qui tient entre 1810 et 1883 ou, pour être plus juste, entre 1825 et 1883, occupant ainsi un peu plus d'un demi-siècle.

Actuellement la tuberculose est donc considérée comme une affection microbique, infectieuse et contagieuse; cela ne fait plus aucun doute. Seulement j'ai introduit cette idée : de même que la culture du microbe de la tuberculose est chose difficile, de même son ensemencement accidentel chez l'homme ou chez la femme vivants ne paraît pas aussi facile que les autres ensemencements microbiques. C'est ainsi que nous sommes très souvent exposés au contact des germes de la tuberculose, sans que pour cela ils parviennent toujours à prospérer chez nous; en un mot, il est certain que nous ne sommes pas tous, tant que nous sommes, de bons bouillons de culture. C'est là la seule explication que l'on puisse donner de ces différences que l'on observe dans la transmission de la tuberculose. Par contre, il est certain aussi que les familles de strumo-tuberculeux sont plus exposés à voir dans leur descendance l'hérédité de la tuberculose.

Dans ma seconde leçon sur le sujet qui nous occupe, j'ai abordé aussi cet autre point : quelle conduite le chirurgien doit-il tenir lorsqu'il est en présence d'un foyer tuberculeux, jeune, naissant pour ainsi dire? Et, à cette question, j'ai répondu en disant : Comme la tuberculose est une maladie infectieuse, ayant tendance à infecter l'organisme tout entier, ou tout au moins à créer d'autres foyers, il est de toute nécessité de faire disparaître le foyer primitif par un procédé quelconque diététique, pharmaceutique ou chirurgical. J'ai donc conclu que, chaque fois que le diagnostic de tuberculose était fait et que le foyer tuberculeux était situé dans un organe modéré ou qu'il était peu étendu, il

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 janvier 1884.

fallait opérer sa destruction totale. Mais j'ai eu soin d'ajouter que si le foyer siégeait, au contraire, dans un organe de première valeur et qu'il fallût, pour le détruire, détruire aussi l'organe lui-même tout entier, la conclusion n'était plus la même. D'ailleurs, malgré le caractère infectieux et microbique de la tuberculose, on a vu souvent des foyers tuberculeux se transformer en foyers caséeux, et donner lieu à la constitution d'une membrane d'enveloppe fibreuse, épaisse, formant une barrière infranchissable et par suite le foyer guérir, qu'il se vidât ou non, et dans ce dernier cas se crétifier.

Alors, comme tout foyer peut ne pas être le point de départ d'une infection générale mais guérir, si le sacrifice est trop considérable vu le résultat à atteindre, si la marche du foyer est lente, pourquoi ne serait-il pas permis d'espérer et de chercher à provoquer un processus curatif ?

En un mot, si vous avez affaire, par exemple, à un jeune homme de seize à vingt-quatre ans, bien portant ou du moins à peu près bien portant jusque-là, un peu faible seulement, pâlot, se plaignant de quelques douleurs testiculaires et portant, en somme, un petit foyer épididymique d'un côté, faut-il pratiquer la castration ? Voilà la question à laquelle je répondrai : En pareil cas, pourquoi ne pas attendre un peu en surveillant l'évolution du mal, pourquoi ne pas chercher plutôt à provoquer une guérison possible par un traitement général ?

J'ai, parmi les personnes de ma connaissance, trois individus atteints de tuberculose testiculaire qui ont été parfaitement guéris, sans qu'il leur en restât quoi que ce soit. Je puis d'autant mieux l'affirmer que, par suite de relations que j'ai conservées avec eux, j'ai pu les suivre jusque dans un âge avancé ; ce dont on a rarement l'occasion.

Mais si, au lieu d'un petit foyer pouvant avoir quelque tendance à la guérison sous l'influence d'un traitement général, vous voyez les foyers tuberculeux se multiplier, s'étendre dans le même organe, alors je conseillerai, dans certaines conditions, d'intervenir par une chirurgie active.

Voilà, telle que je la comprends, la conduite du chirurgien au début de la tuberculose.

Inversement, je dis que dans la tuberculose linguale, de même que dans la tuberculose anale, il ne faut avoir aucune hésitation à détruire immédiatement le foyer, parce que ces foyers sont très douloureux, qu'ils sont progressifs, très riches d'inconvénients de toutes sortes et qu'ils sont incurables si l'on n'intervient pas chirurgicalement. C'est ainsi qu'il y a quinze ans, à l'hôpital Saint-Louis, je vis un homme robuste porteur d'un tubercule de la langue non détruit, en proie à de vives souffrances, vivant d'une alimentation insuffisante, être atteint au bout de six mois d'une tuberculose pulmonaire miliaire qui l'emportait en neuf jours. C'est ainsi, encore, que j'ai raconté à la Société de chirurgie une erreur de diagnostic que j'avais commise sur un malade de la ville. Je me refusais à voir, dans son affection de la langue, un néoplasme et pendant ce temps le mal augmentait, l'alimentation diminuait et au bout de peu de temps cet homme, âgé de quarante-sept ans, succombait comme le précédent.

Mais aujourd'hui, je le déclare formellement, cela ne m'arrivera plus ; chaque fois que je verrai langue ou anus tuberculeux, j'interviendrai soit en enlevant la tumeur, soit en détruisant le foyer avec le thermo-cautère, d'autant plus que, en supposant même que la guérison n'en soit pas la conséquence, le malade en éprouverait, tout au moins, un soulagement immédiat.

Ce n'est pas tout : à côté de ces tuberculeux naissants, il y a les vieux tuberculeux, les routiers, malades redoutables qui portent en différents points des foyers cachés, à tendance à éruption violente comme l'Etna ou le Vésuve. Cette catégorie de malades constitue un nombre énorme de cas dans la pratique, à ce point qu'on les voit pulluler sous la forme d'abcès froids, d'affections articulaires variées, d'affections des gaines tendineuses, etc., etc., et ces pauvres êtres sollicitent d'autant plus le chirurgien qu'ils sont plus malades. Aussi est-on frappé du nombre de ces cas que la tuberculose amène à l'hôpital. Leur maladie est caractérisée par de la douleur, par des fistules, des suppurations indéfinies, par l'hecticité, etc., etc.

Que répondre donc à cette question : Faut-il opérer les tuberculeux ? Détestable question s'il en fût, et à laquelle il n'y a pas de solution sérieuse, tant les cas sont divers et dissemblables ; de là, la seule réponse serait : Toujours, jamais ou quelquefois.

L'année dernière, pendant plus de six mois, elle a été discutée à la Société de chirurgie; et quand on relira les procès-verbaux de nos séances, qu'y verra-t-on comme réponse ? Ni toujours, ni jamais, mais quelquefois. — Du reste, la discussion n'était pas née nettement sous la forme que je lui donne ici. M. Verneuil avait rapporté un tel nécrologe de tuberculeux opérés et succombant promptement à la repullulation de la tuberculose; que nombre de mes collègues et moi-même nous en étions arrivés à dire que s'il en était ainsi, nul n'oserait plus toucher à un tuberculeux. Mais, dans la chaleur de la discussion, les mots, chez M. Verneuil, avaient dépassé la pensée, et en fin de compte il ne soutenait pas qu'il ne fallait jamais intervenir, mais bien qu'il le fallait faire avec prudence, c'est-à-dire ne point faire subir aux malades des opérations inutiles. Le désaccord n'était plus alors entre nous que dans la question d'utilité ou d'inutilité. Et aujourd'hui, il faut bien l'avouer, nous n'en savons pas beaucoup plus à cet égard qu'au mois de mars dernier.

Quoi qu'il en soit, j'ai dit, et je le maintiens, que quand on se trouve en présence de tuberculeux à manifestations multiples et anciennes, présentant une lésion isolée du domaine de la chirurgie, — je suppose, par exemple, une tumeur blanche du coude, fongueuse, douloureuse, avec mobilité anomale de l'articulation, foyer ramolli pseudo-fluctuant en divers points, impotence du membre, — ou bien vous trouvez ailleurs une petite lésion, très peu de chose, quelques petits craquements dans le poumon, le sujet a maigri, sans que vous puissiez dire si cela tient plutôt à la lésion principale qu'au poumon ; vous constatez aussi par exemple l'existence, sur le cou ou sur les membres, de cicatrices parfaitement fermées, alors il faut opérer. Du reste, pourquoi non ? pourquoi laisser cette tumeur blanche continuer à étreindre le malade de souffrances plus ou moins vives ?

Que si l'on vient vous dire que votre malade est mort, quinze jours après l'opération, d'une méningite, ne pouvez-vous pas répondre : « Est-ce qu'il n'était pas atteint de tuberculose ? » Osera-t-on soutenir que la résection du coude, en pareil cas, doit toujours amener la méningite ? Non ; car beaucoup d'opérés, en ce cas, guérissent.

Autre exemple : je me trouve en face d'un de ces malades ayant un ancien testicule tuberculeux vidé, le second testicule est atteint à son tour, les produits tuberculeux s'évacuent par des fistules persistantes, et l'individu vient me

trouver. Dois-je hésiter à opérer? Non, et je suis heureusement intervenu chez un malade de ce genre, j'ai arrangé tout cela, il a survécu pendant longtemps.

Inversement, il s'agit d'un malade dont, en outre d'un foyer tuberculeux, le système viscéral (poumons, reins, cerveau) est atteint par la tuberculose. La lésion est opérable, il est vrai, mais les viscères sont pris de telle sorte que vous avez affaire bien plus à un phtisique qu'à une tuberculose locale. N'espérez rien d'une opération, et n'intervenez que si les souffrances du malade vous y forcent absolument.

Ce sont là les questions de chirurgie les plus grosses et les plus graves et dans lesquelles la détermination est souvent si difficile à prendre que, dans l'état actuel de la science, il n'y a point de règle, aucune loi ne peut être formulée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier 1884. — Présidence de M. Alphonse Guérin.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. de Quatrefages à la place d'associé libre devenue vacante par suite du décès de M. Amédée Latour.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Sanné, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de *pathologie médicale;*

2° Une lettre de M. Bruer accompagnant l'envoi d'un pli cacheté (Accepté);

3° Un mémoire intitulé : *Esquisse d'une méthode simple et facile pour la vérification des médicaments*, par M. le docteur Henri Coiffier (du Puy);

4° Un mémoire intitulé : *Observations météorologiques recueillies pendant la saison de 1883 à Brides-les-Bains* (*Savoie*), par M. le docteur Philbert.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Transfuseur et transfusion. — (Voir aux *Instruments et appareils*, page 52.)

COMMUNICATION

Sur le mécanisme du saut. — M. GIRAUD-TEULON rappelle que, le 9 octobre dernier, lors de sa première communication sur le mécanisme du saut, M. Marey avait opposé à sa théorie que « le corps peut se séparer du sol sans l'intervention d'un acte musculaire préalable et par le simple retrait des jambes sur le bassin », et lui avait offert de lui fournir la preuve de ce fait en le lui faisant constater au moyen d'un dynamomètre spécial. Les expériences ont été faites dans le laboratoire de M. Marey; elles ont permis de constater que quand les mouvements d'élévation ou d'abaissement du tronc étaient lents, égaux, sans brusquerie, sans interruption, ils ne produisaient aucune variation de pression sur le dynamomètre, et qu'il en était de même des mouvements lents, égaux, sans variation, des membres supérieurs. Mais les résultats diffèrent pour peu que ces mouvements présentent soit un ralentissement brusque, soit des secousses, et surtout des arrêts ou chocs subits, même encore quand ils sont exécutés rapidement. Alors, dans le cas où il s'agit d'une élévation du centre de gravité, le dynamomètre accuse d'abord un accroissement de pression; dans le cas contraire, une diminution, puis une série d'oscillations en sens contraire, résultats de réactions diverses.

M. Giraud-Teulon explique les variations premières de la pression observées en ce cas par la cessation brusque du mouvement, cessation qui, laissant disponible une certaine quantité de force vive emmagasinée, réagissait alors dans le sens de l'obstacle. Il pose donc en principe « que le début de la première inflexion de la ligne de pression indique le moment même de la modification grave éprouvée par le mouvement accéléré initial à la suite d'un ralentissement soudain ou d'un arrêt complet, et la hauteur de cette inflexion la mesure relative de la force vive subitement déployée ».

Ceci posé, M. Giraud-Teulon s'exerça à amener une sorte de saut, une annihilation momentanée de la pression correspondant au poids du corps par un rapide abaissement du tronc dans le mouvement de s'accroupir. Il y parvint, mais en constatant *que la séparation instantanée du corps d'avec le dynamomètre coïncidait avec la suspension soudaine du mouvement d'abaissement.*

« Ainsi donc, dit-il, de même que le saut classique est produit par l'arrêt subit d'un mouvement accéléré d'extension, par une soudaine tension des fléchisseurs; de même ou du moins inversement, le mode de séparation du corps et du sol, imaginé par M. Marey, est le simple effet d'un arrêt subit, apporté au cours d'un abaissement également accéléré, par une tension soudaine et absolue des extenseurs des mêmes articulations.

« Le mouvement conçu par M. Marey pour démontrer la possibilité de détacher les jambes du sol sans l'intervention de l'à-coup ou ressaut musculaire et par la seule *rapidité* de l'action imprimée à ces articles par leurs fléchisseurs, repose sur une pure illusion. »

M. COLIN voudrait voir appliquer à l'étude des mouvements chez les animaux vraiment sauteurs, tels que les lièvres, etc., le dynamomètre ingénieux inventé par M. Marey. En effet, c'est principalement chez ces animaux que les mouvements d'extension sont très rapides et pourraient se traduire par des variations importantes dans la pression si la théorie de M. Marey est juste.

M. GIRAUD-TEULON répond que le mouvement du saut chez les animaux a été étudié déjà autrement, mais que les appareils de M. Marey pourraient en effet parfaitement servir pour leur étude.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

M. SÉE, à propos du procès-verbal de l'avant-dernière séance, reproche à M. Colin d'avoir parlé sans aucune compétence, de son propre aveu, soit au point de vue de la coloration des bacilles, soit au point de vue de la clinique. Il ajoute que le côté négatif de ses propositions, la négation de la phtisie quand les crachats ne contiennent point de bacille, vient d'être confirmée par une observation recueillie par M. Bucquoy. Ce médecin avait diagnostiqué, d'après l'auscultation, une phtisie tardive chez un vieillard, dans les crachats duquel on ne retrouvait pas de bacille, et, à l'autopsie, on constata qu'il n'existait en réalité que des dilatations bronchiques.

M. COLIN n'admet nullement son incompétence personnelle. Sans être coloriste de bacilles, il étudie depuis bien longtemps au microscope la série de ces petits êtres, dont le nombre est considérable, et il oserait difficilement affirmer qu'il n'y en a pas un seul, en tel ou tel cas, dans un crachat; car un crachat, au grossissement à mettre en œuvre, représente une surface de bien des mètres carrés à étudier minutieusement dans le foyer étroit de l'appareil.

M. VILLEMIN. M. Colin oppose à la doctrine de la virulence de la tuberculose par le bacille le fait de la production de la tuberculose par l'inoculation de matières non tuberculeuses, fait bien établi suivant lui. Il y a là une erreur qui tient à un procédé défectueux d'expérimentation. Les inoculations doivent toujours se faire avec de très petites quantités introduites presque sans plaie sur la pointe d'une lancette. Autrement, si l'on introduit dans les tissus de grosses masses de substances organiques qui s'y altèrent, on produit une infection purulente ou putride avec infarctus inflammatoires, abcès métastatiques, etc.; bref, des lésions qui ressemblent beaucoup à celles de la tuberculose, mais qui sont d'une autre nature. La confusion est d'ailleurs si facile qu'elle a eu lieu même sur l'homme. Dupuytren ne perdait jamais aucun opéré

d'infection purulente, car il avait soin de faire passer en médecine comme phtisiques tous ceux qui prenaient cette voie, et il confirmait ce diagnostic par la présentation des pièces à ses élèves à la suite de l'autopsie.

A plus forte raison s'y trompe-t-on souvent sur les animaux.

Il faut aussi tenir compte de la facilité avec laquelle les animaux contractent la phtisie par contamination tuberculeuse. Enfin lorsqu'on a inoculé divers tissus (muscles, foie, etc.), on a pu les prendre sur des sujets phtisiques dont le sang est, sans conteste, susceptible de développer la tuberculose par inoculation. C'est ainsi que MM. Landouzy et H. Martin ont pu la produire en inoculant des fragments de poumons, en apparence sains, de fœtus provenant d'une mère phtisique ou des fragments de placenta.

La plupart des observateurs qui croyaient avoir provoqué la phtisie par inoculation de matières non tuberculeuses sont revenus de cette erreur. Tel est le cas de Burdon, Sanderson, Wilson Fox et autres. Ce sera certainement aussi bientôt le cas de M. Colin qui a une trop grande ardeur scientifique et un culte trop pur de la vérité pour laisser subsister plus longtemps cette adultération de la science expérimentale.

M. Colin soutient qu'il a toujours vu les tuberculoses très étendues, résultat de l'absorption de masses considérables de matière tuberculeuse et réciproquement. Oublie-t-il donc même les faits qui lui sont personnels ? Dans une communication faite à l'Académie de médecine au printemps de l'année 1879, il a apporté la relation d'inoculations tuberculeuses extraordinairement remarquables.

Ayant rencontré un bel exemple de tuberculisation de la muqueuse intestinale et des ganglions mésentériques sur le lapin, il inocula deux animaux de même espèce en insérant à la pointe de la lancette, dans trois piqûres sous-dermiques, une très petite quantité de tubercule réduit en pulpe. Un de ces animaux, sacrifié au bout de la huitième semaine, présentait déjà des tubercules dans les poumons, le foie, la rate.

Un autre, qui avait reçu encore moins de tubercule, vécut quatre mois; et quand il mourut, parvenu au dernier degré d'étisie, ayant perdu 2,240 grammes de son poids, tous les organes, absolument tous, étaient envahis par le tubercule.

« En somme, disait M. Colin, sur l'animal qui a survécu quatre mois à l'inoculation d'une petite quantité de tubercule sur la pointe de la lancette, la tuberculisation, étendue aux ganglions lymphatiques, aux poumons, aux reins, aux plèvres, aux os, aux muscles, même à la peau, semble indiquer un état général, une diathèse comparable, jusqu'à un certain point, à la diathèse ou à l'état constitutionnel qui résulte de la diffusion du virus syphilitique chez l'homme. »

Pourquoi M. Colin abandonne-t-il les idées de 1879 pour retourner à celles de 1867?

M. COLIN. Je n'ai jamais changé d'opinion. J'ai toujours expliqué les généralisations de la tuberculose dans des cas tels que celui-ci, où on avait inoculé de très petites quantités de matières tuberculeuses à la réaction de voisinage qui faisait naître de vastes masses caséeuses autour du point d'inoculation.

Quand, rapporteur, j'ai parlé du mémoire de M. Villemin, qui n'était pas alors membre de l'Académie, je lui reprochais justement, et c'est ce qu'il paraît avoir oublié, d'inoculer souvent des quantités trop fortes des morceaux de tubercule de la taille d'un haricot ou d'une fève; et c'est moi qui recommandais les très petites inoculations.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 janvier 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Anesthésie chirurgicale au moyen de mélanges titrés de chloroforme et d'air. — **M. PAUL BERT** a fait connaître, dans la séance précédente, les nouveaux faits d'anesthésie qui ont été recueillis dans le service de M. Péan depuis la communication de M. Dubois sur ce sujet, dans l'avant-dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, page 1). Une dizaine de nouveaux malades ont été anesthésiés par cette méthode. Ces nouveaux essais ont pleinement réussi. Le mélange dont on s'est servi contient 8 grammes de chloroforme vaporisés dans 100 litres d'air. Ce mélange a une odeur très agréable et le malade le respire très volontiers. Après quatre minutes, la sensibilité s'atténue; la période d'excitation est réduite à sa plus simple expression; deux ou trois minutes après, c'est-à-dire sept à huit minutes après le début de l'administration du mélange, l'anesthésie est complète. Le sommeil est calme; la respiration et la circulation restent parfaitement régulière pendant toute la durée de l'opération. La plus longue qui ait été pratiquée jusqu'ici par M. Péan, avec ce mode d'anesthésie, a été de trente-sept minutes.

Lorsqu'on cesse d'administrer le mélange, l'insensibilité persiste encore assez longtemps. Aucun des malades endormis par ce procédé n'a eu de vomissements ni de nausées, ni de malaises consécutifs, comme cela se voit avec le chloroforme pur. En résumé, ce mode d'anesthésie semble supprimer les inconvénients du chloroforme sans lui enlever ses avantages.

Pour administrer ce mélange titré d'air et de chloroforme, un gazomètre est indispensable. Si le gazomètre est d'un emploi et d'une manœuvre très faciles à l'hôpital ou même en ville, il n'en est plus de même dans les campagnes. Pour le médecin de campagne, il faut réduire autant que possible l'appareil instrumental. C'est dans ce but que MM. Bert et Dubois ont simplement effectué des mélanges d'huile d'olive et de chloroforme : on met dans un flacon à deux tubulures 50 grammes de chloroforme et 100 grammes d'huile d'olive. On a fait respirer à un chien, par la trachée, l'air traversant ce mélange ; il a dormi très tranquillement pendant deux heures et demie. Ce procédé est pratique; il n'offre aucun danger et pourra rendre des services aux médecins de la campagne.

Trichinose. — **M. GRANCHER** fait une communication sur l'épidémie d'Emersleben qu'il a récemment observée avec M. Brouardel (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1883, page 1188).

ÉLECTIONS

M. GELLÉ est élu membre titulaire.

M. SEGUIN (de New-York) est élu membre correspondant.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

I

Transfuseur et transfusion.

Par M. Dieulafoy, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

J'ai essayé de simplifier l'opération de la transfusion du sang, et afin de la rendre plus facile et plus accessible ; voici d'après quelles indications je conseille de la pratiquer.

Avant l'opération, on commence d'abord par choisir chez les deux sujets le bras qui paraît le plus convenable, on explore la région des plis du coude, on cherche quelle est la veine la plus développée, la plus saillante, celle sur laquelle doit porter l'opération, et pour cela on applique momentanément au bras la ligature qu'on enlève après cette exploration. Cette ligature est une bande de caoutchouc qui ne fait qu'une seule fois le tour du bras; elle se place et s'enlève en un instant. Avant l'opération on doit également vérifier le transfuseur et voir s'il est en bon état. Dans le cas où le piston serait desséché, on le ramollit avec un peu d'eau tiède et de toute façon il est bon de simuler la transfusion

avec un peu d'eau tiède pour s'assurer que toutes les pièces de l'appareil fonctionnent bien. Cela fait, il faut démonter l'appareil et en secouer les différentes parties afin qu'il reste sur les parois le moins d'eau possible.

Les trocarts doivent être bien propres, la pointe du dard bien acérée, on les humecte très légèrement avec un peu d'huile phéniquée.

Tout étant préparé, on commence l'opération. Les deux sujets, celui qui va donner le sang et celui qu'on va transfuser, sont couchés en sens inverse sur deux lits ou mieux sur deux brancards. On les couche en sens inverse pour que les deux bras sur lesquels on va opérer soient placés dans une direction opposée, mais assez rapprochés l'un de l'autre. La situation des bras est du reste indiquée dans la figure suivante (fig. 1) ; elle a pour but de faciliter

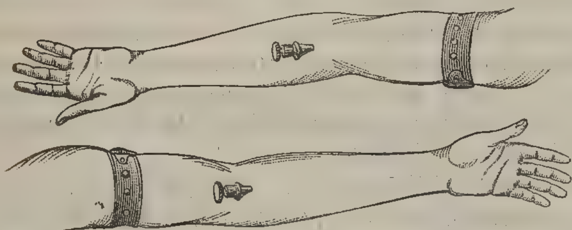


Fig. 1.

l'introduction des trocarts en sens différents, car le trocart du sujet qu'on va transfuser doit être introduit dans le sens du courant veineux ; le trocart du sujet à qui on va prendre le sang est introduit au contraire à la rencontre du courant veineux.

On place les ligatures au bras ; en vingt secondes la veine est gonflée et on introduit le premier trocart dans la veine de celui qu'on va transfuser et par conséquent dans le sens du courant veineux, ainsi qu'on le voit à la figure 1.

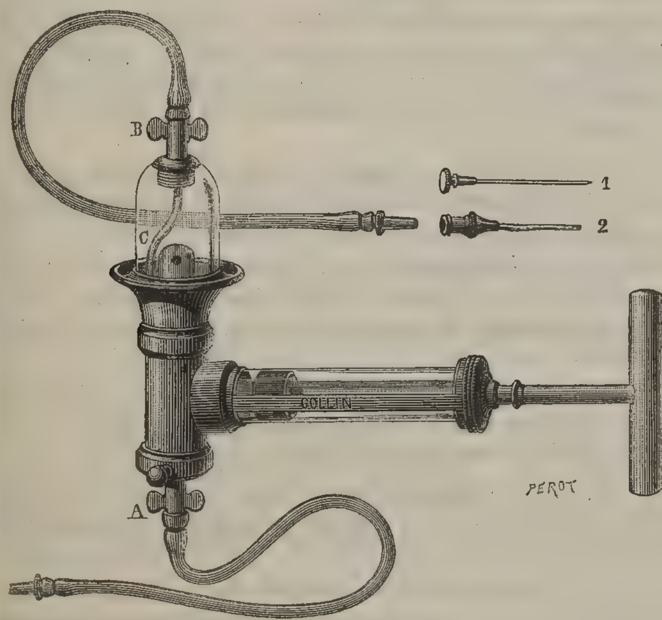


Fig. 2.

En retirant le dard, on reconnaît qu'on a pénétré dans la veine parce qu'il s'écoule un jet de sang compris dans le segment veineux qui s'étend de la ligature au trocart. On obture alors le trocart avec son petit bouchon, on le pousse un peu avant dans la veine et on le confie à un aide qui a également pour mission d'*enlever la ligature*.

On introduit alors le second trocart dans la veine du sujet à qui on va puiser le sang, mais chez celui-ci le trocart est introduit à la rencontre du courant veineux, un jet de sang qui jaillit au moment où on retire le dard indique bien qu'on est dans la veine et *la ligature est laissée en place* pendant tout le temps de l'opération. Aussitôt que le dard de ce trocart est retiré, on met le trocart en communication avec le transfuseur au moyen du tube A (fig. 2). On aspire alors du sang qu'on repousse ensuite et qui vient apparaître dans le récipient C. A ce moment, le récipient ne doit pas être encore muni du tube B ; ce tube va être placé un peu plus tard.

On repousse donc le sang qui monte dans le récipient C, et on le repousse *jusqu'à ce qu'il déborde*, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il ait chassé tout l'air contenu dans l'appareil. C'est alors qu'on met en place le tube B, on donne encore un petit coup de piston pour que le sang chasse également l'air contenu dans ce tube, puis le tube est amorcé avec le trocart placé dans la veine du sujet à transfuser, et la transfusion commence. Il faut manœuvrer *lentement ;* à chaque coup de piston on aspire 10 grammes de sang qui sont aussitôt repoussés et 120 grammes de sang sont transfusés, sans se presser, en moins de deux minutes.

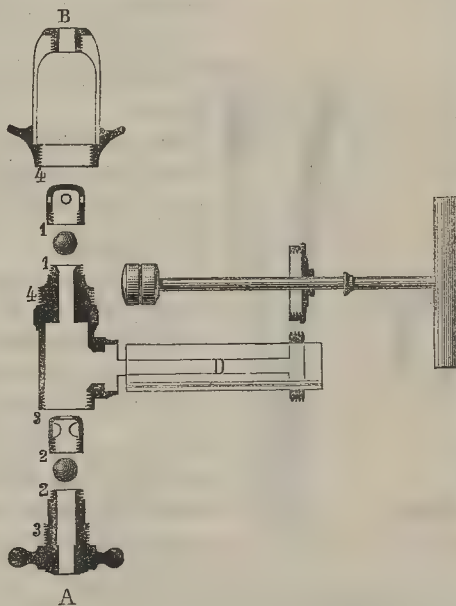


Fig. 3.

L'opération étant terminée, on retire les trocarts et on fait au moyen d'une éponge imbibée d'eau phéniquée, une compression qui dure deux ou trois minutes. Les trocarts n'ayant qu'un millimètre un tiers de diamètre, la piqûre faite par eux est si minime qu'il n'est nécessaire de faire aucun pansement.

Ainsi pratiquée, la transfusion me paraît avoir les avantages suivants :

1° L'opération, qui consistait à dénuder la veine du sujet à transfuser et la saignée faite chez le sujet qui donne le sang, ces opérations sont remplacées par deux piqûres insignifiantes et absolument inoffensives. Ces piqûres, en ménageant les veines et la peau de la région, permettent de recommencer l'opération à bref délai et aussi souvent qu'on le juge nécessaire. Il y a néanmoins des cas où il sera nécessaire de mettre à nu la veine du sujet à transfuser : c'est quand, à la suite d'hémorragies ou par suite d'infiltration œdémateuse, il ne serait pas possible d'obtenir une veine assez saillante, assez volumineuse ou assez superficielle pour y pénétrer d'emblée d'un coup de trocart.

2° La transfusion se fait à l'abri du contact de l'air puisque le vide est fait dans l'appareil et dans le récipient C, où le sang vient passer avant d'être transfusé.

3° Il est impossible d'injecter dans la veine la moindre bulle d'air, car, en supposant que quelques bulles d'air passent à travers une des pièces de l'appareil, cet air monte et s'accumule à la partie supérieure du récipient, tandis que le sang est puisé à sa partie inférieure.

Le jeu de l'appareil se fait sans soupapes ni clapets, il est assuré par deux flotteurs, petites boules en caoutchouc durci (fig. 3), si ingénieusement utilisées par M. Collin dans son transfuseur.

Quand l'opération est terminée, il faut démonter les différentes pièces de l'appareil, ce qui est facile, et les nettoyer avec un pinceau ou un bâton muni de charpie, afin d'éviter que la moindre coagulation sanguine reste adhérente à l'une des parties de l'appareil. Je remercie M. Collin du soin et de l'habileté qu'il a mise à remplir dans la construction de l'appareil chacune des indications.

II

Serre-nœud Collin.

Ce serre-nœud est destiné à l'ablation des polypes utérins.

Pour éviter les difficultés qu'éprouve le chirurgien en plaçant le fil de métal à la base du polype, et pour bien saisir le pédicule, M. Collin a réuni deux instruments en un seul.

Une pince (fig. 4), dont les mors creusés reçoivent le fil métallique, permet de disposer l'anse suivant le volume de la tumeur.

Les branches sont ouvertes pour porter le fil, on les rapproche lorsque ce dernier est bien en place, la tumeur est justement saisie à sa base.

En poussant le serre-nœud C C, qui avance par glissement, on fixe solidement les deux mors au moyen du verrou A B (fig. 4 et 5).

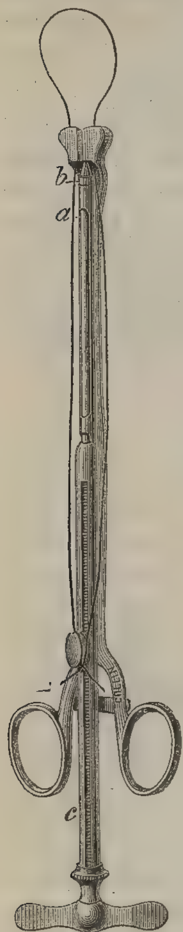


Fig. 4.



Fig. 5.

Le fil de métal est ensuite fixé autour du curseur ; puis on tourne la vis pour opérer la section.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

7. M. Helleu. De la pleurésie franche, primitive et inflammatoire chez les vieillards. — 8. M. Le Brigand. Essai sur la tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec l'alimentation. — 9. M. Martinet. Angine de poitrine rhumatismale. — 10. M. Crouigneau. Étude clinique et expérimentale sur la vision mentale. — 11. M. Vivant. Contribution à l'étude de la péritonite rhumatismale aiguë. — 12. M. Giraudeau. Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière. — 13. M. Toulze. De l'ascite essentielle. — 14. M. Patino Luna. Étude sur quelques formes cliniques et particulièrement sur les formes latentes du cancer rénal. — 15. M. Patenostre. De l'identité de l'arthrite puerpérale et d'une certaine forme d'arthrite blennorragique. — 16. M. Ménard. Contribution à l'étude des tumeurs blanches et des abcès froids dans leurs rapports cliniques avec l'infection tuberculeuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Vendredi dernier, un banquet a été offert à M. le professeur Damaschino. Aux élèves du très sympathique professeur s'étaient joints plusieurs de ses maîtres et ceux de ses amis qui avaient reçu la lettre de souscription.

— Par disposition testamentaire spéciale, en date du 19 décembre 1877, M. Depaul lègue à la Faculté de médecine de Paris : 1° son musée d'obstétrique installé par lui à l'hôpital de la Clinique d'accouchements ; 2° tous les instruments qu'il y a réunis, ainsi que la collection des observations recueillies pendant sa carrière professorale.

— Par décret, en date du 15 janvier 1884, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur : M. Bérenger-Féraud, médecin en chef.

Au grade de médecin en chef : M. Fabre, médecin-principal.

Au grade de médecin principal : Deuxième tour (choix), M. Le Grand, médecin de première classe.

— Par arrêté, en date du 14 janvier 1884, la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats à la chaire d'accouchements vacante par suite du transfert de M. le professeur Pajot à la chaire de clinique d'accouchements sont au nombre de cinq. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Budin, Charpentier, Guéniot, Pinard et Tarnier.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Vincent, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, en remplacement de M. Stéphan, dont le temps d'exercice est expiré. Il est chargé, à titre provisoire, du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Spilmann, décédé.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Bellier, licencié ès sciences physiques, est délégué, à titre provisoire, dans l'emploi de chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Robert, démissionnaire.

— *École de médecine de Marseille.* — M. le docteur Alezais est nommé prosecteur en remplacement de M. le docteur Cousin, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Louge est nommé aide d'anatomie et de physiologie en remplacement de M. Camoin, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Vizern, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Aubert, démissionnaire.

— *École de médecine de Reims.* — M. Moret, suppléant d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Décès, appelé à d'autres fonctions.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Meillère, licencié ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur des travaux pratiques de deuxième année, en remplacement de M. Sonnié-Moret, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Pagliano, Arnaud, Bossano, Gravière, Laugier, Icard, Tasso et Galibert.

— La Société française d'ophtalmologie tiendra sa prochaine séance le lundi 28 janvier prochain, à neuf heures du matin, dans le local de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye.

— M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles, à l'hôpital des Enfants, le vendredi 25 janvier, à neuf heures, à l'amphithéâtre, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. — Il s'occupera spécialement des fièvres éruptives. — Visite et examen des malades à huit heures et demie, à la salle Saint-Augustin, et le mardi à la consultation.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophtalmologie à l'École pratique, le mardi 5 février, à huit heures (amphithéâtre n° 3), et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Projection lumineuse. Reproductions graphiques.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par RILLET et BARTHEZ. Troisième édition, par BARTHEZ et SANNÉ. Tome Ier (*Considérations générales, maladies du système nerveux, maladies de l'appareil respiratoire*). 1 fort vol. gr. in-8° de 936 pages. — Prix : 16 francs. — Paris, Félix Alcan (ancienne librairie Germer Baillière et Cie).

Du Diagnostic et du traitement des maladies du cœur, par le docteur Constantin PAUL, membre de l'Académie de médecine. 1 beau volume in-8° de 850 pages avec 120 figures dans le texte et 1 planche en chromo lithographie. — Prix : 15 francs. Paris, Asselin et Cie.

L'Homme et l'intelligence, fragments de physiologie et de psychologie, par Charles RICHET, agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, Félix Alcan (ancienne librairie Germer Baillière et Cie).

Traité élémentaire de pathologie externe, par MM. E. FOLLIN et Simon DUPLAY. Tome VII, premier fascicule : *Maladies des organes urinaires* (suite). In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié, par le docteur E. LANCEREAUX. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration, par le docteur A. COCHEZ, ancien interne des hôpitaux. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15624.

N° 8. — SAMEDI 19 JANVIER 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 19 JANVIER 1884. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Rôle de l'hérédité nerveuse dans l'ataxie locomotrice. — Forme exceptionnelle de rougeole. — Hydro-hématocèle; application du procédé de l'incision (de Volkmann). — THÉRAPEUTIQUE. De la médication sulfureuse. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Rôle de l'hérédité nerveuse dans l'ataxie locomotrice.

On sait le rôle considérable, presque exclusif même, que quelques médecins ont assigné dans ces derniers temps à la syphilis dans la genèse du tabes ou ataxie locomotrice progressive de Duchenne. L'année dernière, nous avons rapporté encore plusieurs exemples de coïncidence des deux affections. Cependant des objections sérieuses ont été faites à cette théorie étiologique, notamment au congrès de Londres de 1880 et depuis dans diverses communications à des Sociétés savantes ou dans des leçons cliniques que nous avons reproduites ou résumées.

La question a paru à l'Académie de médecine assez importante pour la proposer comme sujet de prix. C'est en réponse à cet appel que MM. Landouzy et Ballet ont entrepris les recherches qu'elle vient de couronner dans sa dernière séance publique annuelle. Nous sommes en mesure de mettre sous les yeux de nos lecteurs un résumé de cet important travail.

Les recherches de MM. Landouzy et Ballet ont porté sur un très grand nombre de malades (138), tous observés, étudiés et analysés avec le plus grand soin. L'enquête étiologique, qui a été de leur part l'objet d'une attention toute spéciale, a été dirigée surtout au point de vue de l'influence comparée de l'hérédité et de la syphilis. Voici les résultats qu'ils ont constatés et qui sont résumés dans un tableau statistique :

Sur 138 cas, on trouve 61 cas dans lesquels il n'y a pas de cause certaine connue ou de causes autres que la syphilis et l'hérédité; 36 cas d'hérédité ; 35 de syphilis, plus 7 cas de syphilis et hérédité combinées, et 3 cas de syphilis et d'hérédité probable.

Cette statistique diffère notablement, comme on le voit, de celles qui ont été invoquées en faveur de la prédominance de la cause syphilitique (94 sur 103, Fournier ; 88 sur 100, Erb).

Les auteurs de ces nouvelles recherches ne se sont dissimulé ni les difficultés de retrouver à plusieurs années de distance les indices d'une syphilis antérieure, ni celles que l'on éprouve souvent à remonter aux antécédents héréditaires. Mais c'est justement parce que ces difficultés étaient parfaitement connues de MM. Landouzy et Ballet, que ce nous est un garant qu'ils ont apporté dans leur enquête toute l'attention voulue et tout l'esprit critique exigible en pareil cas, et que ce n'est qu'à bon escient qu'ils ont apposé sur ceux-ci l'étiquette syphilis, sur ceux-là l'étiquette hérédité, laissant à la lisière de leur statistique les cas mixtes ou douteux.

Ce départ fait, il ressort de cette statistique que le nombre des ataxiques par hérédité dépasse celui des ataxiques par syphilis. D'où l'on est induit à présumer, sinon à conclure, que la part d'influence prédominante dans la pathogénie du tabes revient à l'hérédité, la syphilis y ayant une part secondaire, la part sans doute de cause occasionnelle, de même que le froid, les excès de divers genres et d'autres causes accessoires.

MM. Landouzy et Ballet ne s'en sont pas tenus uniquement à la donnée statistique, ils invoquent des arguments d'un autre ordre en faveur de l'origine héréditaire ; tels sont, par exemple, entre nombre d'autres observations qu'on peut trouver dans les auteurs, le fait, rapporté par M. Carré, d'une famille dans laquelle, durant trois générations, il n'y eut pas moins de dix-huit ataxiques : grand'mère, mère, sept fils sur douze, plus huit proches parents, tous affectés de tabes. Tels sont encore certaines coïncidences pathologiques assez fréquentes chez les ataxiques, la combinaison chez le même malade de l'ataxie locomotrice progressive et d'une autre affection nerveuse, hystérie, vésanie ou maladie mentale quelconque ; la coïncidence fréquente des symptômes tabétiques et des troubles psychiques de la paralysie générale ; diverses manifestations névropathiques, l'épilepsie, l'hypocondrie, la lypémanie, le délire de persécution.

La conclusion que MM. Landouzy et Ballet tirent de leurs recherches, est que le système nerveux, chez les ataxiques, est frappé d'une tare qui le prédispose aux troubles les plus variés, fait que M. Charcot a déjà bien des fois fait ressortir dans ses leçons. Les faits et arguments réunis dans leur travail tendent, en effet, à cette démonstration de la prédisposition héréditaire, qui devient à leurs yeux la cause dominante, suffisante et peut-être nécessaire du tabes, les autres causes, telles que le froid, les excès, la syphilis, etc., intervenant comme autant de causes accessoires ou occasionnelles.

Nous n'oserions pas dire que ce soit là le dernier mot de la science sur cette question, et MM. Landouzy et Ballet

eux-mêmes, pas plus que l'Académie de médecine qui a couronné leur mémoire, n'ont probablement pas cette prétention. Mais on reconnaîtra qu'ils ont eu au moins le mérite d'avoir mis en relief un point important de la question très complexe de l'étiologie de l'affection dont il s'agit. Le champ d'étude reste encore ouvert.

Forme exceptionnelle de rougeole.

Le fait de rougeole anomale que nous avons rapporté dans notre Revue du 15 décembre 1883 et qui soulevait une question de complication et d'influence réciproque de deux affections concomitantes l'une sur l'autre, s'est terminé heureusement, malgré les circonstances qui semblaient de nature à assombrir le pronostic. Il nous a paru intéressant d'en rapprocher le fait suivant, que M. le docteur Dieulafoy vient de rapporter dans la *Gazette hebdomadaire*.

Dans le courant du mois de mai, M. Dieulafoy fut appelé à donner des soins à une jeune fille de seize ans, d'une santé habituelle excellente, mais qui, depuis quelques jours, s'était enrhumée, disait-on, à la suite d'un refroidissement. Elle se plaignait de malaise et de mal de tête; elle avait eu la veille quelques frissons, elle toussait un peu. L'auscultation ne révélait pas le moindre râle dans la poitrine. Les jours suivants, la toux augmenta; quelques râles sibilants se montrèrent, mais sans aucun autre symptôme nouveau.

Le quatrième jour, la jeune malade fut prise d'éternuements, de picotements dans les yeux, de larmoiements, et, bien qu'il n'y eût encore aucune trace d'éruption à la peau ni au pharynx, il était évident qu'on se trouvait en présence d'une rougeole en voie d'évolution. Le soir, la fièvre était forte, la peau sèche et brûlante, le thermomètre marquait 40 degrés. L'éruption apparut dans la nuit et le lendemain (cinquième jour) elle avait envahi la poitrine, le cou et les bras et se montrait au visage.

Le sixième jour, l'éruption était normale et bien sortie, la toux avait diminué, l'état général était aussi satisfaisant que possible, la température oscillait entre 39 degrés le matin et 39°,3 le soir. Les règles avaient paru dans la journée à leur époque régulière. La malade allait si bien et tout tendait si naturellement vers le rétablissement que personne ne veilla auprès d'elle pendant la nuit.

Le lendemain matin (septième jour) la scène avait complètement et brusquement changé. La mère fut frappée, en causant avec sa fille, de l'incohérence de ses idées; elle délirait; en la palpant, elle la trouva froide. Le thermomètre ne marquait que 36 degrés. Bientôt la malade ne parla plus et une violente attaque convulsive éclata. Lorsque M. Dieulafoy arriva auprès d'elle, il la trouva dans un état apoplectiforme, en résolution complète, la respiration stertoreuse, le pouls petit, les pupilles contractées et immobiles, la face congestionnée et une écume spumeuse et teintée de sang sortant de la bouche. L'éruption, très vive la veille, avait pâli et était remplacée par des taches inégales, d'une pâleur livide.

Une heure plus tard, M. Dieulafoy était témoin d'une nouvelle attaque épileptiforme : convulsions toniques presque généralisées et convulsions cloniques éclatant avec une violence excessive. Après l'attaque, la résolution n'est pas complète, la malade est prise par instants de contractures partielles et de secousses musculaires. La température est de 38 degrés. La respiration est bruyante et embarrassée, les mucosités s'accumulent dans la trachée.

Que s'était-il passé depuis la veille? Qu'est-ce qui avait pu déterminer un aussi brusque et aussi grave changement dans l'état de la malade? Une croisée avait été laissée ouverte par inadvertance et il s'était établi entre cette croisée et la porte de la chambre un grand courant d'air. Le père de la jeune fille, en entrant dans la chambre le soir, s'en était aperçu et l'avait trouvée très refroidie. Combien de temps la malade avait-elle été exposée à ce courant d'air? C'est ce qui n'est pas indiqué dans l'observation. Mais il ne faut pas longtemps pour produire un refroidissement et on en comprend aisément toute la gravité dans les conditions particulières où se trouvait cette jeune fille.

Aidé des conseils de son collègue des hôpitaux, M. J. Simon, qu'il avait aussitôt fait appeler, M. Dieulafoy fit mettre la malade dans un bain tiède sinapisé. Il n'y avait pas à songer à administrer des médicaments par la bouche; du chloral, du bromure de potassium, furent donnés en lavements et on pratiqua des injections sous-cutanées d'éther. Rien ne put modifier la gravité de cet état. La perte de connaissance resta absolue, les attaques épileptiformes se répétant toutes les heures et même deux fois par heure. La température s'éleva à 40°,5; le pouls devint irrégulier, presque insaisissable, la respiration se précipita; enfin la température élevée jusqu'à 41°,5, une dernière attaque convulsive éclata et la jeune malade succomba.

Ainsi, tandis que dans le cas précédent on a vu une rougeole à prodromes vagues, incertains, à période initiale presque impossible à déterminer, cette période se confondant avec un état morbide antécédent, se terminer, en somme, d'une manière favorable malgré les doutes que pouvait faire naître l'état de complication à l'égard du pronostic, voici un cas où la rougeole, débutant franchement avec toutes les allures d'une fièvre éruptive bénigne, et qui, sous l'influence d'un refroidissement accidentel en pleine éruption, se termine brusquement, en quelques heures, après des phénomènes convulsifs d'une violence extrême.

Faut-il, dans ce second cas, aller chercher ailleurs que dans l'action du froid subi en pleine éruption la cause de ces accidents terribles et de cette fin si brusque? Nous ne le pensons pas; et bien que ce fait ne nous apprenne rien d'absolument nouveau sur ce point, nous croyons qu'il importe de le signaler et d'insister, en le signalant, sur l'importance qu'il y a à ne se départir jamais, dans le cours de la rougeole, de la plus grande surveillance en ce qui concerne la température ambiante.

Hydro-hématocèle; application du procédé de l'incision (de Volkmann).

Un jeune homme de vingt-sept ans, peintre décorateur, entré à l'hôpital de la Charité le 8 décembre 1883 (salle Sainte-Vierge, n° 27), jeune homme de bonne apparence et d'une bonne santé habituelle, a vu, sans cause appréciable et sans douleur, son scrotum se déformer et la bourse droite devenir volumineuse. Il avait alors vingt ans. Au conseil de revision, le chirurgien militaire diagnostiqua une hydrocèle simple. Il fut réformé pour ce motif.

Ce jeune homme ne s'était plus occupé autrement de sa tumeur, lorsque, au mois d'avril 1882, faisant de la gymnastique, il tomba à califourchon sur une barre de bois. Il put continuer néanmoins à se livrer à ses exercices; mais quand il voulut poser le pied à terre, il ressentit une vive douleur et dut se faire transporter chez lui. A dater de ce moment, il s'apercut que sa tumeur avait changé de forme et d'aspect : tout le scrotum était devenu volumineux.

Le lendemain il entra à la Charité avec un développement énorme du scrotum, qui descendait presque jusqu'à mi-cuisse; la peau du scrotum était noire et ecchymosée. M. Gosselin, qui le vit alors, diagnostiqua une hydro-hématocèle.

Le malade est actuellement dans l'état suivant : il présente une tumeur du côté droit du scrotum bilobée, à petit lobe inférieur, irréductible. Le testicule gauche est sain; le scrotum et la vaginale de ce côté sont indemnes.

A droite, la peau du scrotum est mobile et glisse sur la tumeur qui est rénitente, élastique, fluctuante. La tumeur se compose de deux parties : une partie supérieure, arrondie, fluctuante, opaque; la partie inférieure arrondie, plus molle; en arrière la pression réveille la douleur testiculaire spéciale, au point de jonction des deux tumeurs. La fluctuation se fait sentir du sommet à la base. En avant et en dehors on trouve, en palpant, comme des brides fibreuses étendues sur la poche.

En présence de cet état, M. Terrillon s'est posé la question de l'indication opératoire. Que faire ? ou simplement une ponction exploratrice, ou un traitement curatif? Dans des cas comme celui-ci, une ponction exploratrice est souvent le point de départ d'une inflammation profonde dont les conséquences peuvent devenir très fâcheuses. Peu utile d'une part, dangereuse de l'autre, la ponction exploratrice dut être repoussée. L'injection, d'après les procédés ordinaires, n'était pas plus admissible, vu l'état tomenteux et l'épaississement de l'enveloppe du testicule, dont on provoquerait l'inflammation sans chance d'en obtenir l'adhésion. Il n'y avait de place ici que pour une opération radicale, l'incision large de la tunique vaginale, suivie d'une injection ou d'une application topique, irritante et de la mise à demeure d'un drain, d'après la méthode de Volkmann (de Halle).

Le procédé de l'incision est loin d'être nouveau sans doute, et personne n'ignore les motifs qui l'ont fait généralement abandonner pendant longtemps. Il ne fallait pas moins que la découverte de Lister pour redonner à ce procédé un regain de vogue et de légitime succès. C'est, en effet, de l'incision avec les précautions antiseptiques que le docteur Volkmann a fait une méthode en quelque sorte nouvelle.

Cette opération, pour être bien faite, nécessite non seulement le concours de tous les agents de la méthode antiseptique, mais encore des soins préliminaires qui se rattachent à cette méthode, comme par exemple le soin de raser le pubis et le scrotum du côté affecté, de laver au savon la partie inférieure de l'abdomen, les parties génitales externes, la région de l'anus et le tiers supérieur des cuisses, de désinfecter toutes ces parties avec une solution phéniquée au 20e.

L'opération en elle-même se divise en quatre temps :

Le premier temps consiste dans l'incision de la peau. On incise la peau dans une étendue de 3 à 4 centimètres. Tout vaisseau mis à découvert est immédiatement saisi, lié entre deux pinces à forcipressure et coupé.

Le deuxième temps est l'incision de la tunique vaginale. Avant de pratiquer cette incision, il faut faire une exploration avec le doigt; si l'on trouve la surface lisse, on se borne à l'inciser et à introduire un drain ; si, au contraire, la surface est rugueuse, recouverte de fausses membranes et de caillots, on la nettoiera, on la débarrassera de toutes ces productions morbides, avant de l'ouvrir.

Le troisième temps est une petite opération adjuvante, mais d'une grande importance. On sait que toutes les fois qu'on pratique une incision au scrotum, les lèvres de la plaie ont de la tendance à se rétracter, à se recroqueviller. Aussi l'opération dont il s'agit ne peut être bien faite qu'à la condition d'avoir préalablement suturé ensemble les bords de la peau avec les bords de la tunique vaginale, de manière à prévenir cette rétraction. Cette suture peut être faite soit avec le catgut, soit avec une soie très fine. Les chirurgiens préfèrent en général le catgut.

Le quatrième temps est celui de la vraie médication modificatrice et curative, la production d'une irritation de la surface interne de la tunique vaginale. Si la membrane est lisse, on peut se borner à toucher avec une solution phéniquée à 3 ou 4 p. 100. Si, au contraire, elle est tomenteuse, épaissie, la solution phéniquée, si concentrée qu'elle soit, ne suffirait pas; il faut recourir alors au grattage, puis à un badigeon avec une solution de chlorure de zinc, au 10e ou même au 5e.

Enfin le cinquième temps est le placement du tube à drainage. Puis vient le pansement.

Il est à peine nécessaire d'insister sur la nécessité de procéder au pansement antiseptique avec la plus stricte et la plus rigoureuse exactitude, en raison des conditions particulières de la région, de l'extrême difficulté de mettre exactement la plaie à l'abri du contact de l'air et des gaz qui s'échappent de l'anus. Aussi, outre la gaze phéniquée, recommande-t-on, dans ce cas, d'envelopper le scrotum de ouate salicylée. Un spica double et un caleçon de bain sur le tout complète l'appareil du pansement.

C'est là le procédé que M. Terrillon a mis en usage, sous nos yeux, chez ce malade. L'opération a été faite le 14 décembre. Aujourd'hui il y a un peu plus d'un mois, la guérison est presque complète et le malade est à la veille de quitter l'hôpital.

THÉRAPEUTIQUE

De la médication sulfureuse.

Par le docteur L. Dermonprey.

Le soufre est un de ces médicaments traditionnels tour à tour délaissés ou placés en première ligne, et qui malgré tout restent dans la thérapeutique. La raison de cette vitalité, c'est que l'expérience à laquelle appartient le dernier mot dans les sciences d'observation a prouvé qu'ils sont réellement utiles. Du temps de Pline, on employait déjà le soufre dans les affections du poumon. La liste des préparations de la pharmacopée arabe dont il formait la base serait fastidieuse par son étendue même. Quand au xviie siècle s'éleva la discussion relative aux plaies d'armes à feu, l'argument fondamental des adversaires de ceux qui les croyaient empoisonnées était celui-ci : « Comment voulez-vous que la poudre soit toxique puisque ses éléments ne le sont pas? Le charbon est inerte, le salpêtre est utile, le soufre est un de nos meilleurs médicaments. » Il a eu ses partisans et ses détracteurs; on lui a demandé des services qu'il était incapable de rendre ; on a nié son utilité.

Aujourd'hui, comme il y a trois cents ans, on l'administre, lui ou ses composés, dans des affections nombreuses et rebelles de l'appareil respiratoire, et tous les praticiens savent qu'ils peuvent en attendre de sérieux services. Comment agit-il? Il est assez difficile de le dire. On déclarait autrefois qu'il exerçait sur la muqueuse bronchique une action substitutive, c'est-à-dire qu'il y produisait

une inflammation salutaire capable de guérir celle du parenchyme pulmonaire ou de l'organe primitivement intéressé. C'était une doctrine commode, sans doute ; mais elle avait le tort d'être singulièrement naïve. Tous les médecins qui ont étudié avec un certain soin les affections des vieillards savent que le soufre rend d'incontestables services dans les catarrhes invétérés des bronches, qu'il modifie la sécrétion, rend facile l'expuition de ces exsudats muco-purulents qui obturent une assez grande quantité de bronchioles pour soustraire à l'hématose une partie de la surface respiratoire. On ne s'explique guère par quel mécanisme le soufre aboutirait à ce résultat en produisant une nouvelle bronchite; il faudrait, dans tous les cas, qu'elle présentât un singulier caractère de spécificité, car une poussée aiguë *a frigore* chez un sujet avancé en âge et atteint de catarrhe pulmonaire n'a jamais fait autre chose que d'aggraver son état. Peu importe d'ailleurs le mécanisme ; la doctrine de la substitution est une doctrine caduque ; l'action du soufre n'en est pas moins efficace. Les théories vieillissent, les faits restent. On traitait la gale par le soufre quand on attribuait la gale à l'âcreté des humeurs ; il y a cinquante ans que l'on connaît la nature parasitaire de la maladie et on la traite encore par le soufre.

Il a en outre des actions locales multiples une action générale excitante et tonique ; c'est un modificateur de la nutrition qui rend de sérieux services dans ces cachexies que tout le monde connaît, que personne ne peut définir, et qu'on appelle la scrofule ou le lymphatisme, l'arthritis ou l'herpétisme.

Le soufre est un des meilleurs agents de la médication balnéaire ; c'est un peu à lui, un peu à leur situation, beaucoup à la mode, qu'Enghien, Barèges, Cauterets ou Luchon doivent leurs succès.

Cette réserve n'a plus sa raison d'être lorsqu'il s'agit de l'administration courante d'une préparation officinale. Quand on veut apprécier à sa juste valeur un traitement hydriatrique, il y a plusieurs facteurs dont il faut nécessairement tenir compte, l'appât d'un voyage, les beautés d'un site, l'attrait d'un séjour dans une station. Rien de tout cela n'existe quand il s'agit d'un sirop ou de pastilles.

En fait, les préparations sulfureuses n'ont joui pendant longtemps près du public que d'un médiocre crédit ; pour les faire accepter, il fallait toute l'autorité d'un médecin convaincu de leur efficacité. Il faut avouer que beaucoup d'entre elles flattent peu l'odorat et le palais. C'est pour cela que les tentatives capables de remédier à de tels inconvénients sont dignes de l'attention et des encouragements du corps médical. Rien n'est plus agréable, quand l'emploi du soufre est indiqué, que d'avoir sous la main un sirop limpide facile à prendre, dosé de telle manière qu'en administrant une cuillerée à bouche on sache au juste quelle quantité de substance active absorbera le malade; peu de préparations réunissent ces qualités et c'est à cause de cela que le sirop minéral sulfureux de Crosnier est si justement apprécié. Ce produit, qui se conserve indéfiniment, renferme aussi du goudron en même temps que le monosulfure de sodium. L'Académie de médecine s'est du reste prononcée. Dans la séance du 7 août 1877 elle a émis sur le sirop en question un jugement extrêmement favorable.

C'est un bon médicament et c'est un médicament d'une administration facile. Nous ne voulons pas dire qu'un flacon puisse servir de succédané à Uriage, Pyrmont ou Enghien ; les eaux sulfureuses ont leur raison d'être, mais malheureusement les statistiques des stations, quand il en existe, renferment plus d'améliorations que des guérisons définitives. Or, toute amélioration implique la possibilité d'une poussée, d'un retour offensif qu'il faudra combattre par les moyen qui ont une première fois réussi. Enverrez-vous le malade aux bains si sa pharyngite granuleuse s'exacerbe en plein mois de décembre, si son catarrhe bronchique ou sa dermatose entre en recrudescence à la fin de janvier? Presque toujours c'est par la négative qu'il faut répondre, et répondre par la négative c'est reconnaître la nécessité de l'administration du soufre par les voies digestives et par conséquent celle des préparations qui la rendent facile.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Pied plat, valgus douloureux. — M. Le Fort, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Terrillon (voy. p. 38), fait connaître les opinions particulières qu'il professe sur ce sujet et qu'il n'a pas encore publiées. Il déclare tout d'abord ne pas accepter la théorie musculaire de Duchenne (de Boulogne) pas plus que celle de M. Gosselin qui, s'attachant plus particulièrement au symptôme douleur, a donné à la maladie le nom de tarsalgie.

On connaît la fréquence du pied plat chez les gens de la campagne et, chez beaucoup d'entre eux, l'absence ordinaire de chaussures. Mais chez eux le pied plat se produit peu à peu, insensiblement; aussi n'y a-t-il pas de douleur, pas de valgus. Le pied de ces campagnards vient-il à être enfermé dans des chaussures, il est gêné ; c'est pourquoi beaucoup de militaires doivent être réformés dans ces conditions et ce n'est pas seulement pour économiser leurs chaussures qne les paysans se rendant à la fête les tiennent à la main. Si l'on prend des adolescents, de jeunes garçons se livrant à des professions exigeant des stations debout prolongées ou des marches sur place, comme celles, par exemple, de garçons de café, de garçons d'hôtel, garçons marchands de vin, etc., on remarque l'apparition très fréquente chez eux du pied plat valgus douloureux. Pourquoi cette prédominance de l'adolescence, d'une part, et de la profession, d'autre part, dans l'étiologie de cette affection ? L'adolescence est l'âge de l'apprentissage. Un ouvrier quelconque qui se rend à son travail porte de grosses chaussures et les garde toute la journée, tandis que le garçon de café, le garçon d'hôtel sont chaussés d'escarpins ou de pantoufles, de chaussures sans talons et avec de très minces semelles. Or dans la station debout, tout est disposé pour qu'il y ait le minimum de contraction musculaire. Le garçon de café, à force d'être debout, finit par ressentir une douleur assez vive au cou-de-pied. Son pied n'étant plus dès lors maintenu par les ligaments plantaires, il contracte le long péronier latéral ; toute contraction amène une douleur et à la contraction succède la contracture, puis vient la déformation consécutive. Chez le paysan, au contraire, la déformation du pied débute dès l'enfance ; les muscles s'y habituent peu à peu et l'on ne se trouve plus en présence de ces changements brusques de condition.

En somme, on peut dire que le pied plat valgus douloureux reconnaît pour cause anatomique l'allongement des ligaments latéro-inférieurs du pied par suite des exigences de certaines professions.

La thérapeutique suivie, dans ces cas, par M. Le Fort semble confirmer cette manière de voir. Autrefois, croyant plutôt à la contracture qu'à la paralysie, il employait les courants continus, la faradisation, le repos dans un appareil silicaté. Plus tard il a cherché à rétablir artificiellement la voûte plantaire à l'aide de l'application, sous la face plantaire, d'une plaque de liège en dos d'âne, fixée par un appareil silicaté. M. Le Fort n'a pas tardé à s'apercevoir que le rétablissement seul de la voûte plantaire suffisait pour permettre aux malades de marcher immédiatement comme tout le monde.

En résumé, tout en admettant l'existence de cas exceptionnels dans lesquels la théorie de Duchenne (de Boulogne) et celle de Gosselin peuvent être vraies, M. Le Fort maintient que, dans la grande majorité l'origine de la maladie est celle dont il vient de parler et que le traitement qu'il fait suivre, c'est-à-dire le rétablissement artificiel mécanique de la voûte plantaire, est incontestablement le plus rationnel et le plus efficace.

M. Verneuil pense qu'il est impossible de ranger tous les pieds plats valgus dans la même catégorie. Il y en a, selon lui, trois variétés distinctes. Dans une première variété, le pied plat valgus est dû à une contracture primitive du long péronier.

M. Verneuil en a observé un exemple chez une jeune fille adolescente; dans ces cas, la pulvérisation éthérée des muscles contracturés donne de très bons résultats. C'est là une variété à part.

Dans une seconde variété, l'affection est due à une paralysie des muscles jambiers et non des péroniers, comme le dit Duchenne. Dans cette variété, lorsque le malade est couché, le pied ne présente rien de particulier et semble normal; lorsqu'il est debout, il se produit aussitôt un affaissement du pied par suite du défaut de contraction des muscles adducteurs. Cette variété peut exister sans douleur.

Enfin il est une troisième variété, c'est le pied plat valgus par arthrite primitive. M. Gosselin a eu peut-être le tort de généraliser cette variété; mais elle existe bien manifestement. Ce sont généralement des rhumatisants qui en sont atteints et c'est généralement le froid qui la produit.

M. TRÉLAT dit que le sujet en discussion est très obscur. M. Le Fort prétend que les pieds nus deviennent plats. Rien n'est cependant plus rare, ajoute M. Trélat, que le pied plat chez les Savoyards, les Auvergnats, les Basques, qui marchent et courent pieds nus; ces populations présentent au contraire, généralement, un pied svelte et bien cambré. Les Picards, les Normands, les Flamands, se chaussent au contraire de sabots, et de galoches et le pied plat est extrêmement fréquent chez eux. M. Le Fort a insisté sur l'âge de l'adolescence, sur l'apprentissage, sur la profession, sur la chaussure comme éléments importants de l'étiologie du pied plat. Les petits imprimeurs portent des savates et jamais ils ne présentent de pieds plats. L'influence du froid invoquée par M. Verneuil est d'une grande importance. M. Trélat a dans son service un gamin de Paris de dix-sept ans qui était employé dans un atelier de construction de bateaux; tant qu'il travailla dans cet atelier, il n'y eut rien. Il fut préposé au lavage des bateaux; aussitôt il fut pris d'un pied plat valgus douloureux.

En résumé, il n'y a pas que la profession et la chaussure qui entrent pour quelque chose dans l'étiologie du pied plat valgus.

M. TILLAUX dit qu'il n'y a nul doute qu'il existe plusieurs variétés de pieds plats. Aussi, tout en admettant l'existence de la variété sans arthrite, croit-il que la cause anatomique la plus fréquente du pied plat est le défaut de résistance des ligaments de la face plantaire du pied. Souvent il survient ensuite un peu d'arthrite, puis de la contracture musculaire temporaire ou même définitive. Mais M. Tillaux ne croit pas à l'arthrite primitive. Il n'accepte pas non plus la paralysie primitive des péroniers.

M. MARC SÉE confirme cette opinion émise par M. Le Fort, à savoir que le pied plat s'observe plus fréquemment chez les races du Nord que chez celles du Midi. C'est en général chez les sujets grands, peu musclés et ayant le pied très long qu'on le rencontre. La trop grande longueur du pied est une condition très défavorable et qui nuit à sa solidité.

M. DE SAINT-GERMAIN corrige facilement le pied plat en faisant porter aux malades des bottines à semelles en dos d'âne. Ils se trouvent ainsi soulagés immédiatement, même sans repos préalable. L'influence des chaussures est en effet incontestable. Cela est facile à vérifier chez les jeunes blanchisseuses, par exemple, dont l'existence présente deux phases distinctes, la phase de sagesse, pendant laquelle elles se tiennent debout et sont chaussées de pantoufles, phase pendant laquelle le pied plat est très fréquent chez elles, et la seconde phase, dans laquelle elles ont écorné leur capital et laissé les pantoufles pour les bottines à talons; alors plus de pieds plats. Toutefois, M. Le Fort s'est montré un peu dur pour la pantoufle: les bouchers et les charcutiers sont toujours chaussés de pantoufles et jamais on ne rencontre chez eux de pieds plats.

M. DESPRÉS croit que M. Le Fort n'a vu que des pieds plats confirmés, c'est-à-dire arrivés à une période où l'action musculaire n'est plus appréciable. Ce n'est pas sur des malades comme ceux-là qu'il faut rechercher les preuves de la théorie de Duchenne (de Boulogne); si les ligaments étaient altérés, la déviation serait permanente. Avec la théorie musculaire de Duchenne on s'explique très bien les variations que présente le pied plat selon que le malade est couché ou debout.

M. LE FORT fait observer que la théorie musculaire de Duchenne (de Boulogne) n'explique pas la douleur.

LECTURES

M. GUERMONPREZ (de Lille) lit un travail sur le pronostic des mutilations de la main.

ÉLECTIONS

MM. Corradi (de Milan), Soupart (de Gand), sont élus membres associés étrangers; MM. Julliard (de Genève), Clément Lucas (de Londres), correspondants étrangers; MM. Dieux (de Blidah), Follet (de Lille) et Queireil (de Marseille), membres correspondants nationaux.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1884.

17. M. Olivier. Contribution à l'étude des tumeurs du creux poplité et en particulier du nerf sciatique et des veines jumelles. — 18. M. Bouluron. Compression des nerfs du membre supérieur à la suite des fractures. — 19. M. Olive. Des formes cliniques de la colique hépatique. — 20. M. Gautier. Contribution à l'étude des spasmes du cou.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre éminent confrère M. le professeur Vulpian vient d'être frappé dans une de ses affections les plus intimes et les plus chères. Mme Vulpian a succombé presque subitement avant-hier. Aujourd'hui, vendredi, ses obsèques ont eu lieu, au milieu d'un nombreux concours de confrères et d'amis, à l'église Saint-Étienne-du-Mont. Les pauvres de cette paroisse font une très grande perte. Tous nos lecteurs se joindront à nous pour assurer à notre confrère l'expression de leur sympathique condoléance.

— Nous croyons savoir que, dans la séance d'hier, jeudi, les professeurs de la Faculté de médecine de Paris ont décidé de présenter pour la chaire d'accouchements actuellement vacante: en première ligne, M. le docteur Tarnier; en seconde ligne, M. le docteur Guéniot.

— Par décret, en date du 15 janvier 1884, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après les médecins et pharmaciens dont les noms suivent, savoir:

Au grade de médecin principal de première classe. — (Choix.) M. Balley, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital du Gros-Caillou, en remplacement de M. Castex, décédé. Est affecté à l'hôpital de Bourges.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe: (Choix.) M. Duchemin, de l'hospice de Grenoble, en remplacement de M. Balley, promu. Est maintenu comme médecin audit établissement. — (Choix.) M. Teinturier, du 26e d'infanterie, par organisation. Est placé à l'hôpital du Mans. — (Choix.) M. Chambé, attaché au cabinet du directeur de la septième direction au ministère de la guerre, par organisation. Est maintenu dans son emploi actuel.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe: (Ancienneté.) M. Vidal, du 126e d'infanterie, en remplacement de M. Gayda, mis en non activité pour infirmités temporaires. Est affecté au 59e d'infanterie. — (Choix.) M. Annesley, de l'École supérieure de guerre, en remplacement de M. Duchemin, promu. Est placé à l'hôpital du Gros-Caillou. — (Ancienneté.) M. Mossier, du 7e chasseurs à cheval, en

remplacement de M. Teinturier, promu. Est désigné sur le 139e d'infanterie. — (Choix.) M. Péborde, du 1er chasseurs d'Afrique, en remplacement de M. Chambé, promu. Est affecté au 57e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe (1). — MM. les médecins-majors de première classe : Février, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, en remplacement de M. Vidal, promu. Est affecté provisoirement au service de la place de Paris (bataillon du 114e d'infanterie).— Lecomte, du 13e d'infanterie ; en remplacement de M. Annesley, promu. Est maintenu provisoirement audit régiment. — Schneider, du 101e d'infanterie, en remplacement de M. Mossier, promu. Est maintenu provisoirement audit régiment.

MM. Cliquet, du 87e d'infanterie, en remplacement de M. Péborde, promu. Est maintenu provisoirement audit régiment. — Woirhaye, des escadrons du 7e chasseurs à cheval détachés en Algérie, par organisation (2). Est placé provisoirement au 46e d'infanterie. — Arnold, du 60e d'infanterie, attaché à la direction du service de santé du 7e corps d'armée. Est maintenu provisoirement audit régiment ainsi qu'à ladite direction.

MM. Paquy, de la légion de la garde républicaine. Est désigné provisoirement pour le 54e d'infanterie. — Merz, du service de la place d'Alger. Est affecté provisoirement aux hôpitaux de la division d'Alger. — Baur, du 32e d'infanterie, attaché à la direction du service de santé du 9e corps d'armée. Est affecté provisoirement aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie.

MM. Hornus, du bataillon du 51e d'infanterie, détaché à Toul. Est maintenu provisoirement audit régiment. — Butel, du 102e d'infanterie. Est maintenu provisoirement audit régiment. — Roux, du bataillon du 119e d'infanterie, détaché en Tunisie. Est affecté provisoirement à la portion centrale du 119e d'infanterie.

MM. de Balthazar de Gachéo, du bataillon du 67e d'infanterie, détaché à Toul. Est maintenu provisoirement audit régiment. — Petit, du 11e dragons. Est placé provisoirement au 11e d'infanterie. — Comte, du service de la place de Paris (bataillon du 118e d'infanterie). Est maintenu provisoirement dans son emploi actuel.

MM. Gaillard, du 1er d'artillerie. Est désigné pour le 6e d'infanterie. — Delamare, du 11e chasseurs à cheval. Est affecté provisoirement au 32e d'infanterie et attaché à la direction du service de santé du 9e corps d'armée. — Sourris, du 9e chasseurs à cheval. Est affecté au 12e d'infanterie.

MM. Oriou, du 96e d'infanterie. Est placé provisoirement au 71e d'infanterie. — Couderc, de l'hôpital de Marseille, attaché à la direction du service de santé du 15e corps d'armée. Est désigné pour le 2e zouaves. — Salle, du service de la place de Paris (bataillon du 65e d'infanterie). Est maintenu provisoirement dans son emploi actuel.

MM. Phisalix, de l'hôpital d'Amélie-les-Bains. Est maintenu provisoirement audit établissement. — Lubrez, du bataillon du 122e d'infanterie, détaché en Tunisie. Est maintenu provisoirement audit bataillon. — Joly, de l'hôpital de Toulouse, attaché à la direction du service de santé du 17e corps d'armée. Est maintenu provisoirement audit hôpital, ainsi qu'à ladite direction.

MM. Boucher, de l'École spéciale militaire. Est maintenu provisoirement à ladite école. — Lallemant, du 79e d'infanterie. Est affecté provisoirement aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie. — Manquat, du 2e hussards. Est affecté provisoirement aux hôpitaux de la division d'Alger.

MM. Vacher, du 30e d'artillerie. Est placé provisoirement au 76e d'infanterie. — Mons, des hôpitaux de la division de Constantine. Est maintenu provisoirement auxdits hôpitaux. — Langue, du bataillon de la légion étrangère, détaché au Tonkin. Est maintenu provisoirement audit bataillon.

(1) Les noms des nouveaux promus sont groupés trois par trois. Chaque groupe forme un alinéa. Le premier nom représente le 1er tour d'ancienneté ; le deuxième nom, le 2e tour d'ancienneté, et le troisième nom représente la promotion au choix.

(2) A partir de M. Woirhaye, tous les nouveaux promus le sont *par organisation*.

MM. Bouvier, des hôpitaux de la division d'Oran. Est désigné provisoirement pour le bataillon du 81e d'infanterie, détaché en Algérie. — Bischoff, du bataillon du 6e d'infanterie, détaché en Tunisie. Est placé provisoirement au bataillon du 134e d'infanterie, détaché à Langres. — Durget, du 3e chasseurs d'Afrique. Est désigné pour le bataillon du 39e d'infanterie, détaché à Givet.

MM. Bonnet, du 107e d'infanterie. Est maintenu provisoirement audit régiment. — Bertholon, du 4e cuirassiers. Est affecté provisoirement au 96e d'infanterie. — Warnecke, du bataillon du 130e d'infanterie, détaché en Algérie. Est affecté provisoirement aux hôpitaux de la division d'Alger.

MM. Legagneur, du 40e d'infanterie. Est maintenu provisoirement audit régiment. — Moinel, du 5e d'infanterie, est maintenu provisoirement audit régiment. — Hussenet, du bataillon du 115e d'infanterie, détaché en Tunisie. Est maintenu provisoirement audit bataillon.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe.— MM. les pharmaciens aides-majors de première classe : 1er tour (Ancienneté), M. Puig, de l'hôpital d'Amélie-les-Bains. Est maintenu audit hôpital. — 2e tour (Ancienneté), M. Georges, surveillant à l'École du Val-de-Grâce. Est désigné pour l'hôpital de Bourges.

— MM. les médecins-majors de deuxième classe Pozzo di Borgo, Demandre, Vuillemin, Tournade, Monard, Sommeiller et de Balthasar de Gachéo ont été autorisés à accepter et à porter la croix d'officier de l'or-dre du Nicham-Iftikhar.

— Par décret en date du 15 janvier 1884, M. Roudet, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, a été nommé au grade de médecin principal de première classe dans le cadre des officiers de l'armée territoriale (emploi vacant par organisation).

— *École de médecine de Marseille.* — M. Chaplain, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur de l'École, en remplacement de M. Seux, décédé.

— M. le docteur Legroux reprendra ses leçons cliniques à l'hôpital Laënnec, le mercredi 23 janvier, à dix heures du matin, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Il traitera des maladies d'évolution. — La visite des malades à huit heures et demie.

— MM. Bar, accoucheur des hôpitaux, et Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité, commenceront le 5 février un cours complet d'accouchements en cinquante leçons. Ce cours aura lieu tous les jours à quatre heures et demie, 20, rue Dauphine.

Pour se faire inscrire et pour les renseignements, s'adresser tous les jours à quatre heures et demie, 20, rue Dauphine.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4o d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La dixième livraison est sous presse. — Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité des opérations usuelles, par Louis Thomas, chirurgien en chef de l'hôpital de Tours, etc., suivi d'un précis des opérations dentaires usuelles, par le docteur Cruet. 1 vol. in-18° avec 84 gravures intercalées dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Nouveaux fragments de clinique médicale, l'hystérie viscérale, les dilatations du cœur droit, par le professeur A. Fabre ; leçons recueillies par le docteur Audibert. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Leçons sur l'épilepsie, faites à l'asile Sainte-Anne, en 1881-1882, par M. Magnan, recueillies par Marcel Briand. 1 vol. in-8° de 84 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15624.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.**	». — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôtel-Dieu. I. Asphyxie et syncope locale des quatre extrémités; accidents cérébraux bulbaires et cardiaques; amélioration. — II. Atrophie musculaire progressive; accès épileptiformes. — Hôpital militaire de Tébessa. Pleurésie droite tuberculeuse; hoquet rebelle. — Société de Biologie. — Service médical de nuit dans la ville de Paris. — Nécrologie. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. Vulpian.

I. Asphyxie et syncope locales des quatre extrémités; accidents cérébraux bulbaires et cardiaques; électrisation; amélioration. — II. Atrophie musculaire progressive; accès épileptiformes.

(Leçon recueillie par M. Brunon, interne des hôpitaux.)

I. La malade que je fais venir devant vous aujourd'hui est dans mon service depuis le 17 octobre; c'est une jeune fille de vingt-trois ans, qui présente des accidents d'*asphyxie locale des quatre extrémités* et des phénomènes assez anomaux de *circulation* et de *respiration*.

Ces quelques mots nous permettent de voir d'un coup d'œil où gît tout l'intérêt de son observation, dont voici, du reste, les points principaux :

Il n'y a chez elle ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels bien intéressants, sauf des convulsions à l'âge de huit mois et des engelures dans son enfance.

Ce dernier accident, en général si bénin, prendra ici une importance réelle quand vous saurez que le début de sa maladie actuelle a été marqué par des *ulcérations* survenues aux orteils et au talon. Depuis 1870, ces mêmes accidents sont survenus tous les hivers. La jeune fille était alors obligée d'arrêter tout travail et de garder le repos, la marche étant très difficile. Après quelques jours de douleurs vives dans les orteils, il se formait des phlyctènes qui bientôt se transformaient en véritables ulcérations représentant nettement ce qu'on appelle des engelures. Aujourd'hui encore, vous voyez la trace très nette et indélébile de cette succession de phénomènes : la face dorsale des orteils des deux pieds est pigmentée, vous voyez tous ces taches brunâtres très foncées, semblables à celles que laissent quelquefois les vésicatoires.

Aux mains il n'y a rien de semblable.

Pendant l'été, les extrémités reprenaient leur état absolument normal.

En 1880, il survient des accidents nerveux; ils sont caractérisés par de fortes douleurs à l'épigastre, une sensation de constriction intrathoracique, des palpitations, des vertiges. Je dois dire qu'à cette époque la malade rendit des anneaux de tænia et que tout s'améliora, dit-elle.

Cependant, en 1883, les « engelures » apparaissent de nouveau et aussi les accidents nerveux comme en 1880. J'attire votre attention sur ces derniers accidents, vous en verrez tout à l'heure l'importance.

Voici maintenant l'état actuel de notre malade : aux mains vous voyez que la circulation est languissante, il y a une cyanose légère. Aux pieds, on est surtout frappé par les troubles trophiques de la peau de la face dorsale des orteils : non seulement il y a la *pigmentation* déjà citée, mais encore des *gouttelettes de sueurs* restent en permanence à l'orifice des glandes, ces orifices sont eux-mêmes visibles à l'œil nu. Sous l'influence de l'électrisation, la sécrétion sudorale augmente.

Examinez maintenant les artères radiales et pédieuses, et vous constaterez leur petit volume.

Enfin, sur tout le tégument de la malade, la sensibilité est diminuée : le pincement est à peine perçu, les courants électriques intenses ne sont pas douloureux. Sous l'influence de ces courants, on ne voit pas apparaître la rougeur habituelle : il y a là manifestement une paresse des actions réflexes vaso-motrices. Il faut remarquer aussi que, malgré l'anesthésie que je viens de vous citer, la malade a accusé pendant longtemps une sensibilité excessive à la chaleur. Une boule d'eau chaude lui était insupportable.

Tel était l'état de la malade depuis son entrée à l'hôpital quand sont survenus des accidents marquant un pas de plus dans l'évolution de la maladie : je veux parler des phénomènes de l'onglée, de la *syncope locale*, grâce auxquels les extrémités supérieures sont devenues blanches, légèrement jaunâtres, et cette teinte s'est étendue jusqu'au poignet.

Enfin, il ne me reste plus qu'à vous signaler des accidents nerveux qu'il faut rapprocher de ceux déjà cités et qui sont survenus à intervalles éloignés. Tantôt c'était un affaissement général sans syncope vraie. Tantôt c'était une sensation de strangulation avec constriction du thorax, palpitations violentes, vertiges, maux de tête occipitaux; la malade était cyanosée, mais il n'y avait pas encore de syncope vraie. Un quart d'heure ou une demi-heure après elle retrouvait le calme; il ne lui restait plus qu'une légère teinte cyanosée de la face, surtout du nez.

Au cœur, nous n'avons jamais trouvé qu'un léger, très léger souffle à a pointe.

Vous êtes donc ici en présence d'une asphyxie locale des extrémités se transformant quelquefois en syncope locale se

compliquant d'accidents nerveux, sur lesquels je vais revenir.

Vous reconnaissez cette affection si curieuse décrite par Maurice Raynaud, en 1862, dans sa thèse inaugurale. C'est lui qui a attiré l'attention sur la marche de ces accidents en trois étapes très nettes : 1° l'*asphyxie locale :* c'est la cyanose des extrémités; 2° la *syncope locale :* c'est la pâleur du doigt, le doigt mort, l'onglée; 3° enfin, la *gangrène*, phénomène plus rare et qui n'est pas à craindre dans notre cas, au moins pour le moment.

Dans ces conférences, je ne veux pas empiéter sur la pathologie, et cependant je veux vous dire sur quels phénomènes morbides reposent cette division.

Les *artérioles* se contractent et se vident; la *vis à tergo* est supprimée ; la pression est abolie dans les capillaires et dans les veines. Il y a même un reflux rétrograde dans les veines. Les capillaires sont surchargés; il y a donc stase sanguine: de là la teinte bleuâtre, de là l'*asphyxie*.

Dans la *syncope*, le mécanisme est différent.

La constriction vaso-motrice atteignait les artères; maintenant elle va atteindre les capillaires et les vésicules. Le sang abandonnait les artères, maintenant il abandonne les capillaires et les vésicules. La syncope est la deuxième étape.

Ici vous pourriez me faire une objection, et même me dire que je suis en désaccord avec les données physiologiques qui enseignent que les capillaires ne sont pas contractiles. Vous seriez dans l'erreur. M. Rouget a démontré que les capillaires étaient contractiles. Ils ne le sont pas à la manière des artères, bien entendu; mais leur paroi cellulaire est contractile et a manifestement une action sur le sang.

Quant à la troisième étape de l'affection, la *gangrène*, son mécanisme est facile à comprendre, sans qu'il soit besoin d'insister.

En résumé, nous avons eu ici, au début, des *engelures* ou peut-être des phénomènes de sphacèle local; puis *asphyxie*, *syncope* et *accès nerveux*. Dans ces accès, il ne s'agit pas d'hystérie, mais plutôt de phénomènes de constriction vasculaire du côté du cœur, du cerveau et du bulbe. L'affaissement général, l'obnubilation de la vue, les vertiges, l'impossibilité de parler, etc., s'expliquent par un trouble cérébral; les palpitations, les secousses cardiaques, les accidents d'*angor pectoris* désignent bien une modification passagère dans la circulation du cœur.

Enfin, sous la dépendance du bulbe, on peut mettre les phénomènes respiratoires et aussi la sécrétion anomale de sueur. Cette sécrétion n'est pas rare dans les états où le système cérébro-rachidien est touché.

Il faut savoir aussi qu'il y a exagération des phénomènes sécrétoires dans tous les cas de cyanose.

La cause de tout ce processus nous est assez mal connue; on la rattache ordinairement, vous le savez, à un état spécial du système vasculaire : *les artères seraient trop étroites*. Dans notre cas, il y aurait une *étroitesse* congénitale des artères, comme il n'est pas très rare de le voir chez les femmes chlorotiques. Pour ma part, j'ai vu chez une femme une aorte dont le calibre égalait à peine celui d'une artère crurale d'adulte.

Le traitement peut se résumer en quelques mots. Dans des cas accidentels d'asphyxie ou de syncope locale, donnez le sulfate de quinine. Maurice Raynaud l'a conseillé. Mais surtout faites des électrisations quotidiennes.

Sous l'influence de l'électrisation, notre malade a vu ses douleurs diminuer et les troubles de sensibilité disparaître. Il y a donc une amélioration notable et tout porte à croire que cette amélioration peut continuer.

II. Voici maintenant un jeune homme de vingt ans atteint d'atrophie musculaire progressive. Il y a quatre ans, il eut pendant un certain laps de temps des douleurs dans les jointures; mais ce qui le frappa surtout, c'est que son membre inférieur droit devint paresseux et « difficile à remuer », dit-il. Bientôt ce fut le tour du membre gauche. Enfin survint un amaigrissement notable des deux membres. Remarquez ce début par les membres inférieurs : il est tout à fait exceptionnel.

L'année suivante, c'est-à-dire il y a trois ans, les membres inférieurs prennent une attitude toute spéciale : le pied est dans l'extension forcée ; pendant la marche, il repose à terre sur la racine des orteils, le talon reste élevé au-dessus du sol. Puis les péroniers s'atrophient, le pied est porté en varus.

A ce moment, les membres supérieurs étaient tout à fait indemnes; mais c'est dans le courant de la même année 1880 qu'ils commencèrent à s'affaiblir et à peu près en même temps il survint des palpitations et des crachements de sang.

Nous n'avons cependant rien trouvé ni du côté des poumons ni du côté du cœur.

En octobre 1882, le malade était assis tranquillement dans sa chambre, quand tout à coup il tombe comme une masse. La face est animée de mouvements convulsifs et ses membres s'agitent, paraît-il, comme dans les crises nerveuses à grand spectacle.

Ces attaques se sont reproduites sept fois à intervalles inégaux et avec des caractères un peu variables ; dans quelques-unes le malade est averti de ce qui va se passer, dans d'autres il ne l'est pas; les unes sont donc franchement éclamptiques, les autres seraient plutôt hystériformes.

En juillet 1883 entrée à l'hôpital, et depuis, l'état du malade n'a guère varié : les membres supérieurs et inférieurs sont également atteints, mais inégalement dans leurs différents segments. La face est absolument normale ; les muscles du cou sont peut-être un peu affaiblis.

Aux bras l'atrophie revêt la forme scapulo-humérale symétrique. Les avant-bras et les mains ont conservé leur musculature normale; mais les bras, surtout le droit, sont très atrophiés, et vous voyez le contraste que leur volume fait avec celui des avant-bras. Les creux sus-claviculaires, sont très profonds, surtout le droit. Est-ce à l'atrophie des scalènes? est-ce à la diminution de la graisse qu'il faut rattacher cette modification ?

Quoi qu'il en soit, l'omoplate droite est manifestement *ailée*, son bord spinal s'écarte considérablement du thorax.

Le rhomboïde, la partie inférieure du trapèze, le grand dentelé, sont atrophiés à des degrés divers.

Les biceps sont considérablement atrophiés et ce qui en reste est sclérosé et forme sous la peau une corde dure ; la résistance qu'ils opposent est faible, c'est celle d'un muscle d'enfant; le biceps a son volume normal, mais il est affaibli, il en est de même pour les longs supinateurs, surtout le droit.

On peut s'assurer de l'affaiblissement des deltoïdes, en faisant lever verticalement le membre supérieur étendu et en disant au malade de résister, tandis qu'on cherche à

l'abaisser. De même, pour les pectoraux, on fait tendre les bras en avant, parallèlement, et on cherche à les écarter en disant au malade de résister.

La contractilité idio-musculaire est accrue dans les deltoïdes. Il n'y a pas de contractions fibrillaires.

La contractilité faradique et galvanique est *diminuée* dans les grands pectoraux et les biceps, surtout à droite.

Il en est de même pour la portion la plus inférieure du trapèze et pour le rhomboïde.

Dans le grand dorsal, la contractilité paraît conservée à un degré normal.

Remarquez maintenant son mode de respiration et vous allez voir qu'il *hume* les viscères abdominaux au lieu de les repousser. Chaque inspiration se dédouble : dans le premier temps, les viscères sont attirés vers la base thoracique; dans le deuxième, ils sont refoulés. De tout cela, vous pouvez conclure que le diaphragme est atteint : le mode de respiration que je viens de vous analyser, indiquerait un retard dans la marche de l'influx nerveux.

Du côté des *membres inférieurs* il y a une atrophie légère des muscles de la cuisse. Quand le triceps se contracte, il se contracte irrégulièrement et on voit les muscles former une véritable tumeur globuleuse du volume du poing d'un enfant à la partie moyenne de la cuisse.

A la jambe, c'est le groupe externe des trois muscles qui est le plus atteint; le pied est dévié en varus équin et cette attitude est symétrique. La marche se fait sur la pointe du pied, le talon est relevé, le malade est un véritable digitigrade. Une chaussure avec de hauts talons facilite beaucoup la marche et supprime en partie le balancement du corps que vous voyez ici.

Nous avons donc bien affaire à une atrophie musculaire progressive ayant évolué en deux ans.

Le substratum anatomique, vous le connaissez. Destruction progressive des cellules nerveuses, des cornes antérieures de la moelle. C'est M. Luys qui le premier l'a signalée. Il n'existe qu'une exception, et encore est-elle mal connue, pour l'atrophie musculaire progressive héréditaire. Elle commence par la face, comme l'indique Duchenne (de Boulogne); il n'en existe qu'une seule autopsie, et elle est due à MM. Dejérine et Landouzy. Le 7 janvier dernier j'en ai présenté les points principaux à l'Académie des sciences.

Dans ces cas, il n'y a pas de lésions de la moelle et on serait en présence d'une lésion myogénique auctochtone.

Dans notre cas, il est deux points exceptionnels sur lesquels j'insiste :

1° Le début par les membres *inférieurs* est tout à fait anomal : toujours, presque toujours, les membres supérieurs sont atteints les premiers. Notre observation serait à rapprocher de ce que Duchenne (de Boulogne) a décrit sous le nom de *paralysie générale spinale antérieure subaiguë*, qui est une polyomyélite antérieure subaiguë. De plus, la maladie de Duchenne est curable ; il en est tout autrement dans les autres cas;

2° Chez notre malade les accidents ont évolué en deux ans ; c'est là une marche rapide; le plus souvent, pour arriver à l'étape où nous en sommes, il faut trois, six et quinze ans.

C'est encore là un fait intéressant.

Enfin notre malade est un épileptique; il a eu une quarantaine d'accès en quinze mois; il en a eu deux depuis quatre jours.

Au cabinet d'aisances, il s'affaisse, mais ne perd pas connaissance. On le rapporte à son lit. L'attaque dure peu.

Vers la fin de décembre, au milieu du jour, il s'affaisse en montant l'escalier et perd connaissance. Rapporté dans son lit, il est pâle; on ne sait pas s'il a eu des mouvements convulsifs.

Je ne crois pas que ce soit un épileptique héréditaire ; il n'a pas d'antécédents bien nets, et puis l'épilepsie est-elle héréditaire aussi souvent qu'on le dit? Je ne le crois pas. Ce que je crois, c'est qu'ici l'épilepsie est liée à l'affection spinale.

Ce sont là des cas encore mal connus. Mais pourquoi ne pas les assimiler aux attaques d'épilepsie que M. Brown-Séquard, dans des expériences célèbres, arrive à produire chez des animaux qui ont une lésion expérimentale de la moelle?

Quoi qu'il en soit, le malade que je vous ai présenté est le seul que je connaisse montrant aussi nettement un lien de parenté entre les accès épileptiformes et une lésion de la moelle.

Ici je dois vous dire que la mère du malade a présenté quelques troubles de cérébration. Lui-même nous a paru quelquefois bizarre ; il lui arrive d'être très turbulent dans la salle et, devant nous, de passer tout à coup d'une gravité convenable à une hilarité inexplicable, même par lui.

Le pronostic, ai-je besoin de vous le dire? est très grave. Les lésions de l'atrophie sont incurables : nous avons essayé d'enrayer leur marche et nous avons réussi dans une certaine mesure, grâce au traitement par l'iodure de potassium, la strychnine, les bains sulfureux, les pointes de feu.

Les accès d'épilepsie n'ont pas varié, mais l'atrophie semble s'être arrêtée : la marche est devenue plus facile, le malade peut écrire, ce qui lui était impossible au début.

Mais n'oubliez pas que l'atrophie musculaire est progressive, que souvent sa marche subit un temps d'arrêt d'une durée variable et que, par conséquent, ce qu'on pourrait attribuer au traitement, on peut aussi le rattacher à la marche naturelle de la maladie.

HOPITAL MILITAIRE DE TÉBESSA. — M. Moty.

Pleurésie droite tuberculeuse; hoquet rebelle.

(Observation recueillie par L. Dumontier, médecin aide-major.)

V..., civil européen, quarante-neuf ans. Constitution moyenne. Antécédents alcooliques. Pas de syphilis. Femme morte, il y a deux ans, de tuberculose pulmonaire. Pas d'autres tuberculeux dans sa famille. Fièvre intermittente ayant duré un an à la suite d'un accès pernicieux survenu en 1875. L'hiver dernier, dans un logement peu confortable, V... a commencé à tousser; puis, au mois de juillet, à la suite de fatigues, de copieuses libations et de refroidissement nocturne, il a été atteint de diarrhée, suivie de fièvre et enfin de toux, d'oppression et d'affaiblissement général.

Il entre à l'hôpital militaire de Tébessa, le 10 octobre 1883, et voici le résultat de l'examen à son entrée : Un peu de voussure de la cage thoracique à droite. Matité absolue et générale de tout ce côté, aussi bien en avant qu'en arrière. Vibrations thoraciques abolies. Absence totale du murmure vésiculaire. Ni souffle ni égophonie, mais seulement un bruit lointain de respiration vers le hile du poumon. Pas de bruit skodique, mais matité moins compacte et timbre un peu plus élevé sous la clavicule droite.

Respiration bruyante, compensatrice à gauche.

Cœur normal, non dévié à gauche.

Le foie semble refoulé en bas et déborde les fausses côtes de 3 à 4 centimètres. La rate est normale.

La fièvre monte à près de 40 degrés le soir, avec assez fortes rémissions matinales. Délire nocturne fugace et quelquefois apparitions d'animaux. Langue ferme. Inappétence complète. Selles normales.

Le diagnostic de « pleurésie droite chronique avec fausses membranes épaisses et liquide peu abondant » est porté, et l'étiologie tuberculeuse de l'affection est soupçonnée.

Le rôle de l'alcoolisme et celui de l'impaludisme devant cependant être pris en considération dans le traitement, on donne au début le sulfate de quinine et la digitale, puis la noix vomique. L'épanchement diminue faiblement et l'on perçoit un peu d'égophonie vers l'angle de l'omoplate.

Cependant la fièvre tombe le 5 novembre et, en même temps, apparaît un hoquet grave par sa persistance et par sa résistance au traitement.

Le 6, on essaie de l'arrêter par la compression digitale simultanée des deux humérales à leur origine dans l'aisselle. Il cède immédiatement et le malade accuse un grand bien-être; mais, au bout d'une heure, le hoquet reparaît. Le soir, nouvelle compression qui réussit encore.

Le 7, la compression des humérales est devenue inefficace. Le malade souffre beaucoup, ne prend aucun aliment, et n'ose se mouvoir de peur d'accentuer encore la fréquence de son hoquet. Le soir, application de pelotes compressives aux bras pendant deux heures. Potion avec chloral 6 grammes. Amélioration pendant la nuit et jusqu'au matin, bien que le hoquet n'ait pas cédé complètement.

Le 8 au matin, nouvelle compression digitale des humérales suivie d'application réitérée au niveau de l'épigastre de compresses d'eau froide. Calme pendant une heure. A 3 heures du soir, application inefficace de courants induits. On emploie les courants intermittents en plaçant l'un des réophores sur le trajet du phrénique droit au cou, et promenant l'autre sur le pourtour du diaphragme. Le hoquet cède rapidement. Le soir il reparaît et dure toute la nuit.

Le 9, deux séances d'électricité d'une demi-heure, matin et soir. Le hoquet disparaît chaque fois, mais revient au bout d'une heure. On remarque que l'électrisation du phrénique gauche est beaucoup moins efficace que celle du droit et que pour obtenir l'effet maximum il faut promener le réophore diaphragmatique sur toute l'arcade des cartilages costaux.

Le 10, deux séances comme la veille. Le hoquet ne cesse qu'après l'électrisation.

Le 11, le malade, se sentant soulagé par la moindre violence du hoquet et par les quelques heures de répit qu'il lui donne, consent à se nourrir. On répète les deux séances d'électricité. L'amélioration devient plus sensible.

Le 12, une séance d'électricité le matin. Le hoquet cède pour ne se montrer dans la journée qu'à deux reprises durant une heure chaque fois. Le 12, au soir, le hoquet revient encore. Sous l'influence d'une vive frayeur provoquée à dessein, le hoquet cesse, mais reprend après deux minutes pour se continuer jusqu'à minuit.

Le 13, au matin, repos depuis minuit.

Le hoquet ne s'est plus montré depuis; amélioration sensible de l'état général. L'appétit revient et le malade, se sentant mieux, demande et obtient sa sortie le 26 novembre.

Il présente encore, à cette époque, une matité complète dans la moitié inférieure, une submatité prononcée dans la moitié supérieure du poumon droit. On perçoit aux confins du changement de timbre et vers la colonne vertébrale un peu d'égophonie. Toute voussure a disparu à droite. Le bruit skodique profond en avant sous la clavicule s'est accentué.

Sous l'influence de la température extérieure, V..., qui a repris son travail, est pris d'une bronchite intense avec état syncopal et dyspnéique inquiétant tous les matins. Il rentre donc à l'hôpital le 7 décembre et nous constatons de nombreux râles ronflants et sibilants à gauche. La mensuration de la poitrine donne une plus grande largeur à gauche qu'à droite : ce qui peut s'expliquer par la suppléance du poumon gauche et par la diminution partielle de l'épanchement à droite. La respiration s'entend faiblement à droite. Les accès de suffocation du matin continuent. On administre donc des injections sous-cutanées de strychnine. Le malade meurt le 12 décembre, à dix heures du matin.

Sans décrire en détail les résultats de l'autopsie, signalons seulement une assez grande quantité de liquide séreux dans la plèvre droite; les fausses membranes épaisses, lardacées, tapissant les plèvres viscérale et pariétale et ayant manifestement comprimé le phrénique du même côté.

La plèvre viscérale du côté malade est farcie de tubercules miliaires faisant saillie à la surface des fausses membranes.

Le poumon droit est affaissé sur lui-même. Le poumon gauche est emphysémateux dans sa totalité; les bronches sont enflammées et contiennent un liquide spumeux. Le foie est augmenté de poids et surtout de consistance. Dégénérescence granulo-graisseuse manifeste.

Nous voulons surtout, en publiant cette observation, attirer l'attention sur le hoquet survenu au moment de la fièvre.

Le hoquet, on le sait, est, d'après la définition de Chomel, le résultat d'une contraction subite et involontaire du diaphragme, accompagnée d'un resserrement de la glotte qui empêche instantanément l'entrée de l'air dans la trachée.

D'après Em. Gerboin (Th. de Montpellier, 1871), le hoquet grave se rencontre dans les affections du tube digestif et de ses annexes : aphtes généralisés, rétrécissement de l'œsophage, cancer du cardia, gastrique alcoolique, vers intestinaux, péritonite, étranglement intestinal, cachexie palustre, altérations du foie organiques ou fonctionnelles; dans les maladies des voies respiratoires : pleurésie diaphragmatique, pleurésie avec épanchement, pneumonie, névralgie du nerf phrénique; dans les maladies des voies génito-urinaires.

L'examen des différentes maladies dans lesquelles se rencontre le hoquet grave nous porte à en admettre deux classes : l'une, due à l'irritation du phrénique le plus souvent par compression; l'autre, à celle du pneumogastrique, comme dans le hoquet physiologique. Peut-être l'irritation du pneumogastrique se transmet-elle dans ce cas au phrénique par l'intermédiaire du plexus cervical qui s'anastomose, en effet, au pneumogastrique par un filet venu de la partie moyenne de l'arcade formée par les deux premières branches cervicales antérieures. Quoi qu'il en soit, c'est à la première classe qu'appartient notre hoquet, manifestement survenu aux cours d'une pleurésie étendue avec fausses membranes très épaisses. La maladie du foie a pu nous laisser un instant quelques hésitations, mais elle ne nous a pas paru assez prononcée pour être invoquée.

Quant aux divers traitements employés, la compression des humérales, soit digitale, soit à l'aide des compresseurs, d'abord seule, puis jointe à l'application réitérée de compresses fraîches sur la région épigastrique, a réussi au début, mais a dû être bientôt rejetée pour son inefficacité.

Ce mode de traitement peu connu méritait d'être signalé. Son action peut s'expliquer de bien des manières; mais rien ne permettant d'en établir avec certitude une analyse physiologique, nous n'insistons pas sur ce point délicat. Il nous suffit d'avoir indiqué un traitement.

Le chloral, pas plus que les courants induits, n'ont donné de résultats.

Le succès beaucoup plus marqué des courants intermittents nous donne à penser qu'il s'agit, dans notre cas, d'une souffrance réelle du phrénique droit, plutôt que d'un hoquet nerveux, idiopathique, semblable à celui que M. Dumontpallier a publié dans l'*Union médicale* (1867), et l'autopsie, bien qu'imparfaite, justifie cette manière de voir.

Nous nous proposions, si l'électricité n'avait pas donné de résultat, d'employer le traitement préconisé le premier par un médecin espagnol, le docteur Janariz, et rapporté dans la thèse de Em. Gerboin. Ce traitement consiste à faire prendre à l'intérieur une cuillerée à café de farine de moutarde infusée dans 125 grammes d'eau bouillante.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire une dernière remarque relative à l'étiologie de la maladie. Le sujet était robuste, mais il avait perdu deux ans auparavant sa femme par tuberculose pulmonaire chronique. L'altitude élevée de Tébessa n'étant pas favorable à l'évolution du tubercule, le mal était resté latent jusqu'à ce qu'une cause de débilitation eût déterminé sa manifestation. Enfin, bien que les tubercules n'aient été trouvés que dans les fausses membranes et n'aient pu être par conséquent la cause directe de la mort, il n'en est pas moins évident que la diathèse tuberculeuse a imprimé une gravité toute spéciale aux phénomènes ultimes, à la bronchite notamment, et cette action particulière de la tuberculose se rencontre assez fréquemment sous le climat de Tébessa dont l'altitude au-dessus du niveau de la mer est de 880 mètres.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 janvier 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Action de l'atropine sur le cœur.— M. FRANCK fait sur ce sujet une communication d'où il résulte que l'action antimodératrice de l'atropine sur le cœur ne peut pas conserver les explications courantes et que cette action de l'atropine sur le cœur doit être assimilée à celle du curare sur les nerfs moteurs.

M. LABORDE a fait un grand nombre d'expériences sur l'atropine qui l'ont conduit à des conclusions confirmant entièrement la manière de voir de M. Franck sur l'analogie de l'action de l'atropine sur le cœur avec celle du curare sur les nerfs moteurs.

M. FRANCK croit qu'on pourrait, en thérapeutique, tirer quelque parti de ces recherches; par exemple, lorsqu'on a affaire à un pouls lent permanent, il est toujours très difficile de savoir au juste si le pouls lent permanent est d'origine centrale ou d'origine cardiaque. L'administration de l'atropine permettrait de juger aussitôt la question.

M. DASTRES dit que l'atropine n'a pas une action élective sur les modérateurs cardiaques et qu'elle a aussi une action sur les accélérateurs du cœur, comme l'a démontré M. Morat.

La préservation cuprique dans les maladies infectieuses. — M. BURQ fait connaître les résultats de l'enquête qui vient d'être faite à Villedieu. Il résulterait de cette enquête que toutes les assertions émises par M. Bochefontaine seraient les unes erronées, les autres incomplètes; et ces dernières ne sauraient prouver autre chose si ce n'est que la loi de la préservation cuprique a ses exigences comme toutes les lois et ses limites de résistance.

De quelques faits observés chez les animaux chloroformés. — M. DUBOIS, en pratiquant l'examen ophtalmoscopique sur des animaux chloroformés, a constaté une certaine difficulté à voir le fond de l'œil, cela par le fait d'altérations de la cornée. L'astigmatoscope a révélé un astigmatisme considérable. En outre, on reconnaît que la tension du globe de l'œil est diminuée. Chez une chienne en état de lactation et dont les mamelles étaient abondamment pourvues, après l'anesthésie ces mamelles sont devenues flasques. Il peut être intéressant de rapprocher ces deux phénomènes, diminution de la tension oculaire, diminution de la glande mammaire, entre lesquels il existe sans doute une certaine corrélation.

Sensation de contraction musculaire. — M. BLOCH fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1883.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	20	22	8	50
2e	21	13	5	39
3e	21	27	7	55
4e	37	42	7	86
5e	28	38	10	76
6e	16	23	5	44
7e	12	17	4	33
8e	7	15	1	23
9e	19	22	3	44
10e	32	34	10	76
11e	49	96	19	164
12e	25	43	10	78
13e	49	70	22	141
14e	37	64	34	135
15e	32	66	17	115
16e	14	13	8	35
17e	41	62	14	117
18e	40	87	23	150
19e	43	50	23	116
20e	67	102	27	196
	610	906	257	1,773

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	130
Croup	51
Coqueluche	3
Ophtalmies	2
B. — Asthme	30
Affections du cœur	57
Bronchites aiguës et chroniques	81
Pleuro-pneumonie	57
Congestion pulmonaire	19
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	120
Cholérine	15
Athrepsie	13
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	64
Hernie étranglée	21
Rétention d'urine	16
Orchite. Balanite	2
D. — Métrite, métro-péritonite	38
Métrorragie	50
Fausse couche	66
Accouchement, délivrance	226
E. — Affections cérébrales, paralysies	92
Convulsions, éclampsie	66
Névralgie	50
Névroses	66
Épilepsie	27
Aliénation mentale	10
Alcoolisme, delirium tremens	22
F. — Rhumatisme	11
Affections éruptives	18
Fièvre intermittente	5
Fièvre typhoïde	56
Hémorragies de causes in-	

ternes et externes	87	Asphyxie par le charbon	9
		Suicide	5
G. — Plaies, contusions	86		
Fractures, luxations, entorses	35	H. — Mort à l'arrivée du médecin	50
Brûlures	8		
Empoisonnements	6	Total	1,773

Les hommes entrent dans la proportion de 34 p. 100;
Les femmes — — 51 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 15 —

La moyenne des visites par nuit est de 19 27/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 19 10/100.

Visites du quatrième trimestre de 1882	1,830
Visites du quatrième trimestre de 1883	1,773
Différence en moins	58

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1883.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	TOTAL
1er trimestre	605	1001	259	1865
2e trimestre	540	840	218	1598
3e trimestre	581	878	200	1659
4e trimestre	610	906	257	1773
	2336	3625	934	6895

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année	3616 visites de nuit.
1877, deuxième année	3312 —
1878, troisième année	3571 —
1879, quatrième année	5282 —
1880, cinquième année	6341 —
1881, sixième année	6521 —
1882, septième année	6891 —
1883, huitième année	6895 —

NÉCROLOGIE

M. le professeur Augustin Fabre.

Nous recevons la douloureuse nouvelle de la mort subite de M. le docteur A. Fabre, professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Marseille.

Nos lecteurs ont pu apprécier ses lecons qui étaient un véritable modèle d'observation et de sens pratique.

Mais ce qu'ils ignoraient, c'était la valeur morale de cet homme de bien dont la mort a pris, à Marseille, les caractères d'un deuil public.

Le professeur A. Fabre appartenait à la famille d'un armateur marseillais; son frère est le président de la chambre de commerce de cette ville.

Né le 11 décembre 1836, M. Fabre occupait une place au premier rang parmi les praticiens les plus distingués de Marseille. Bon, modeste, infatigable, il comptait comme amis tous ceux qui avaient eu recours à ses lumières et à sa science. Au lit des malades comme dans sa chaire, le praticien et le professeur savaient gagner la sympathie de son auditoire et inspirer une respectueuse admiration à ses élèves.

Rentré chez lui, vers sept heures du soir, notre regretté confrère ressentit un certain malaise, et, à cinq heures du matin, il expirait. Il n'avait pas eu le moindre doute sur l'issue de son mal, et, profondément religieux, il avait immédiatement demandé et reçu les secours de la religion. Par une triste coïncidence, M. Augustin Fabre est mort subitement, comme son père.

Pour nous, qui aimions à reproduire son remarquable enseignement et qui, sans le connaître personnellement, étions depuis plusieurs années en rapports scientifiques avec lui, c'est avec un sentiment de profonde douleur que nous lui adressons un dernier adieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 14 janvier 1884, ont été décernés :

1° Une médaille d'honneur (argent, 2e classe), à M. le docteur Denis, chirurgien sous aide-major au bataillon de sapeurs-pompiers de Roubaix. — Belle conduite dans un violent incendie qui avait éclaté le 5 novembre 1883 ;

2° Une mention honorable à M. le docteur Loiset, médecin à Sotteville-lès-Rouen. — A rappelé à la vie un jeune enfant qui avait été enseveli sous les décombres d'une maison.

— M. le professeur Brouardel est nommé membre de la commission des souscriptions scientifiques et littéraires pour l'année 1884.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charpentier, agrégé, est rappelé à l'exercice du 1er janvier au 29 février 1884.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Blanckaert (Joseph-Théophile-Charles), bachelier ès lettres, est nommé aide-préparateur de pharmacie, en remplacement de M. Huart, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Marseille.* — M. le docteur d'Astros (Léon) est nommé médecin adjoint des hôpitaux.

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — Le concours pour la place de médecin suppléant près ledit hôpital s'est terminé par la nomination de M. le docteur Hoël.

— M. Suchard, répétiteur près le laboratoire d'histologie de l'École pratique des hautes études, est délégué dans les fonctions de préparateur de la chaire d'anatomie générale au Collège de France, pendant l'absence de M. Weber, titulaire de l'emploi, en congé par raison de santé.

— M. Humblot, naturaliste, est chargé d'une mission scientifique aux Comores et sur la côte de Mozambique, à l'effet d'y réunir des collections destinées à l'État.

— Par décision ministérielle, en date du 16 janvier 1884, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe : Sorel, des hôpitaux de la division de Constantine, pour l'hôpital Saint-Martin ; — Poignon, de l'hôpital de Saint-Omer, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; — Salomon, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, pour l'hôpital de Saint-Omer ; — Battarel, provisoirement aux hôpitaux de la division d'Alger, pour le 26e d'infanterie ; — Cuq, du 15e d'infanterie, pour le 9e d'artillerie ; — Bros, du 59e d'infanterie, pour le 15e de même arme ; — Bouchez, des hôpitaux de la division de Constantine, pour l'hôpital de Maubeuge ; Delmas, des hôpitaux de la division d'Oran, pour l'hospice de Grenoble.

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Langlois, du 12e d'infanterie, pour le 7e chasseurs à cheval ; — Boucher, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, pour l'École supérieure de guerre ; — Rigal, de l'hospice de Grenoble, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie ; — Renaud, du 6e d'infanterie, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; — Cluzan, du 143e d'infanterie, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie ; — Castaing, du 92e d'infanterie, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; — Alban, du 116e d'infanterie, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie ; — Moine, de l'hôpital de Maubeuge, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; —

Antony, du 123e d'infanterie, pour les hôpitaux de la division de Constantine ; — Bouillon, provisoirement au 2e escadron du train des équipages militaires, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie; — Bergouníoux, du 23e bataillon de chasseurs à pied, pour les hôpitaux de la division d'Oran ; — Delatour, du 54e d'infanterie, pour le 92e de même arme ; — Cazalas, du 4e chasseurs d'Afrique, pour le 40e d'infanterie ; — Thouvenin, du 2e zouaves, pour la place d'Alger (compagnies du train des équipages militaires) ; — Demeunynck, du 40e d'infanterie, pour le 4e chasseurs d'Afrique ; — Bienvenüe, du 137e d'infanterie, pour le 19e bataillon de chasseurs à pied; — Brégi, provisoirement au bataillon du 81e d'infanterie, détaché dans la division d'Oran, pour le bataillon du 85e de même arme détaché à Verdun ; — Guillaume, des hôpitauxde la division de Constantine, pour le 79e d'infanterie ; —Pierron, des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, pour le bataillon du 119e d'infanterie détaché en Tunisie (provisoirement); — Pouchet, du 12e cuirassiers, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied ; — Autellet, du 125e d'infanterie, pour le 12e cuirassiers ; — Boutié, du 19e bataillon de chasseurs à pied, pour le dépôt du 88e d'infanterie; — De Santi, du dépôt du 88e d'infanterie, pour le 126e de même arme ; — Hoingne, provisoirement au 2e tirailleurs algériens, pour le 1er chasseurs d'Afrique ; — Maljean, du 93e d'infanterie, pour le 2e escadron du train des équipages militaires (provisoirement); — Didier, du bataillon du 100e d'infanterie, détaché en Algérie, pour le 123e de même arme ; — Schmit, provisoirement aux hôpitaux de la division d'Alger, pour être maintenu auxdits hôpitaux et être attaché à la direction du service de santé du 19e corps d'armée.

MM. les médecins aides-majors de première classe : Reboud, des hôpitaux de la division de Constantine, pour les escadrons du 7e chasseurs à cheval détachés dans la division de Constantine ; — Roux, du 17e dragons, pour le 9e d'artillerie ; — Beylier, des hôpitaux de la division d'Oran, pour le 2e zouaves ; — Plantié, du bataillon du 117e d'infanterie, détaché dans la division d'Alger, pour le 24e d'artillerie ; — Vilmain, du 1er spahis, pour le 1er d'artillerie ; — Renard, du 15e d'artillerie, pour le 1er spahis ; — Lullien, des hôpitaux de la division d'Alger, pour la légion de la garde républicaine ; — Duvau, des hospices de la division d'occupation de Tunisie, pour le bataillon du 6e d'infanterie détaché en Tunisie ; — Rouget, des hôpitaux de la division de Constantine, pour le bataillon du 100e d'infanterie détaché en Algérie ; — Janicot, du 22e d'infanterie, pour le 4e cuirassiers ; — Collin, des hôpitaux de la division d'Alger, attaché à la direction du service de santé du 19e corps d'armée, pour le 2e hussards ; — Sanglé-Ferrière, des hôpitaux de la division d'Alger, pour le 11e chasseurs à cheval ; — Rivaud, des hôpitaux de la division d'Alger, pour le 1er spahis ; — Gaillard, des hôpitaux de la division d'Alger, pour le 3e chasseurs d'Afrique.

M. le médecin aide-major de 2e classe Batut, du bataillon du 99e d'infanterie détaché à Briançon, pour le 11e hussards.

MM. les pharmaciens-majors de première classe : Pons, de l'hôpital du camp de Châlons, pour l'hôpital de Toulouse, — Catenac, de l'hôpital de Perpignan, pour l'hôpital de la Charité, à Lyon.

M. le pharmacien aide-major de première classe Domergue, des hôpitaux de la division d'Alger, pour l'école du Val-de-Grâce (surveillance).

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le professeur Morel (de Nancy).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15642.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Faculté de médecine de Paris. Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne. — Hôtel-Dieu de Marseille. De l'action multiple des néphrites sur le cœur et par le système vaso-moteur sur la circulation capillaire. — Académie de Médecine. — Nécrologie. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour démontrer l'inoculabilité de la tuberculose chez l'homme, M. Verneuil s'est appuyé sur une observation qui présente malheureusement une lacune assez importante. En effet, c'est exclusivement *a posteriori* d'après la nature des accidents qui ont succédé à une piqûre anatomique, qu'on a supposé l'introduction de matières tuberculeuses. On ne sait pas d'ailleurs autrement de quoi était mort le sujet dont la victime de cette inoculation accidentelle a, ce jour-là, pratiqué l'autopsie.

M. le Ministre du commerce vient de consulter officiellement l'Académie de médecine sur la question de la trichinose, en lui laissant voir dans quel sens il désirait qu'elle se prononçât.

Une autre question sur laquelle elle se trouve appelée à donner son avis est celle des modifications à apporter aux lois existantes sur le régime des aliénés. Nous rappelons que M. Foville a fait récemment ressortir, dans une remarquable étude de législation comparée, celles de ces innovations qui lui paraissaient les plus essentielles. M. Blanche vient de lire son rapport sur tout l'ensemble du projet, et la discussion en doit commencer dans la séance prochaine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Laboulbène.

Histoire des Médecins arabes et de l'École de Salerne (1).

VIII

Après Constantin, vers 1100, nous trouvons Archimathæus, laissant sous son nom deux ouvrages, l'un *De l'instruction du médecin ou sur la manière dont le médecin doit se comporter auprès des malades*, l'autre sous le titre *Pratique*. Le premier rappelle les Livres hippocratiques *La Loi, Du Médecin, Préceptes*. Je vous engage à le lire pour savoir combien les Salernitains avaient souci de la bienséance médicale, des soins pour la guérison de leurs malades, des dangers moraux de la profession. La *Practica* est une sorte de clinique rappelant les Épidémies d'Hippocrate.

Bartholomæus et Cophon le jeune écrivent entre 1100 et 1120, puis vient Musandinus, postérieur de quelques années, puis encore Bernard le Provincial, de 1150 à 1160. Nous arrivons au milieu du XIIe siècle, c'est alors que paraît le fameux poème didactique appelé *Schola salernitana, Flos medicinæ*, ou *Regimen sanitatis*, ou *Regimen virile*, poème qui a tant contribué à la réputation de l'École de Salerne.

Les origines de ce poème, du *Regimen*, sont aussi obscures que celles de la célèbre institution médicale salernitaine; on ne peut dire avec certitude comment il s'est formé ou quel en fut l'auteur. Il n'est pas de Jean de Milan, ni de Novoforo, ni d'Arnauld de Villeneuve, ce dernier n'a jamais prétendu à autre chose qu'au rôle d'éditeur.

Je suis d'avis que le *Regimen*, tel que nous l'a transmis Arnauld de Villeneuve, est l'œuvre de médecins poètes ou rapsodes, une sorte de cycle poétique apparaissant vers le milieu du XIe siècle et s'achevant au commencement du XVe. A tout moment, des interpolations y ont été faites; mais quel a été le premier fonds commun? Il est impossible de le dire. Tous les vers des auteurs salernitains antérieurs à l'édition d'Arnauld n'ont aucune date, aucun nom propre, aucun titre d'ouvrage, en d'autres termes, ils ont absolument la forme impersonnelle. Chacun a pu mettre la main à cette œuvre, elle est de tout le monde sans appartenir réellement et en propre à personne. C'est un écho populaire et de bon sens en hygiène, avec quelque chose de précis, de naïf, agrémenté de tours heureux. Arnauld de Villeneuve est le plus ancien témoin de la rédaction primitive, qui depuis s'est accrue de toutes sortes d'additions, de mains et d'époques différentes.

Le *Regimen* ou la *Flos medicinæ* a-t-il été rédigé comme une consultation médicale adressée à un grand personnage du temps? Cela est fort douteux. N'est-il qu'une suite de phrases aphoristiques primitivement isolées? Dans tous les cas, le caractère essentiel qu'on y trouve est d'être diététique, sans descriptions de maladies, sans thérapeutique spéciale. Ces dernières sont apocryphes ou surajoutées. Le texte d'Arnauld nous ramène à Hippocrate et à Galien, à Dioscoride et à Pline. Il n'y a rien qui trahisse l'influence arabe, ce qui prouve une fois de plus que Constantin est loin d'être le vrai fondateur de l'École de Salerne.

De Renzi, à travers une foule de noms propres et d'ouvrages, a poursuivi l'histoire de l'École de Salerne jusqu'au milieu du XIIIe siècle. Alors paraît le chirurgien Roger dont

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 janvier 1884.

les écrits représentent bien la doctrine gréco-latine. C'est au milieu du XIIIe siècle que maître Gérard popularise, par des traductions, les livres arabes et ces livres se substituent définitivement alors aux ouvrages gréco-latins.

Je tiens à vous parler des établissements de bienfaisance publique de Salerne où les hôpitaux s'étaient multipliés. Le premier dont il soit fait mention remonte à l'an 820; ils deviennent très florissants et reçoivent des dotations considérables sous les premiers Angevins (1266-1380). Les hôpitaux et hospices étaient destinés par leurs fondateurs aux malades diversement atteints, aux pauvres et aux étrangers, d'autres aux enfants trouvés, aux femmes qui se retiraient du monde. Les chevaliers de Jérusalem, les frères Célestins, les frères de la Croix, d'autres congrégations diverses dirigeaient les hôpitaux. On a dit que les croisades avaient beaucoup fait pour Salerne, et même avaient contribué à sa fondation; la vérité est que les croisés ont pu retirer bénéfice de sa situation exceptionnelle. Robert, fils de Guillaume le Conquérant, revenant de la Palestine, a débarqué à Salerne pour s'y faire guérir d'une plaie au bras que les chirurgiens avaient mal soignée.

Frédéric II a favorisé Salerne en donnant une vive impulsion aux sciences et aux lettres, en réunissant les différentes écoles en une seule université. Ses règlements, d'une grande importance, fixaient le temps des études préliminaires littéraires et philosophiques. La scolarité purement médicale était de cinq années, plus un an de stage chez un praticien expérimenté. La chirurgie faisait partie de la médecine, mais tout médecin devant exercer la chirurgie étudiait spécialement pendant une nouvelle année l'anatomie humaine. Nul ne pouvait exercer s'il n'avait été reçu dans la forme consacrée par les membres du Collège de Salerne. Les honoraires étaient tarifés, les pauvres toujours soignés gratuitement. Les droguistes (*stationarii*) et les apothicaires (*confectionarii*) étaient placés sous la surveillance des médecins qui ne doivent jamais faire de marché avec eux, ni mettre des fonds dans leur entreprise, ni tenir d'officine pour leur propre compte.

Vous comprenez, messieurs, que, grâce à une organisation si bien entendue, grâce à une antique renommée, les étrangers aient afflué à la célèbre École. Gilles de Corbeil a séjourné à Salerne au XIIIe siècle; de plus, Vincent de Beauvais dans les vastes encyclopédies connues sous le nom de *Miroirs*, met à profit les écrits des maîtres salernitains.

Salerne est à son apogée avec les règlements de Frédéric, mais la décadence est proche. Frédéric lui-même porte le plus terrible coup à l'École salernitaine en créant à Naples, un institut entièrement semblable et pourvu de grands privilèges. Sous la domination angevine, première et deuxième branches (1266-1435), Salerne compte encore, suivant de Renzi, plus de cent vingt médecins, les praticiens environnants sont nombreux. Mais si l'École exerce encore une influence par son enseignement, Naples attire les faveurs des souverains, la foule s'y presse et Salerne est peu à peu délaissée. Les disputes commencent, on s'occupe plus de préséance que de science; sous les princes d'Aragon de 1436 jusqu'au commencement du XVIe siècle, la décadence est manifeste.

Les rivalités sans cesse renaissantes achèvent d'affaiblir Salerne, elle n'existait que de nom en 1748 lorsque la Faculté de Paris consultait le collège des médecins de Salerne, au sujet du différend élevé en France entre les médecins et les chirurgiens. Enfin un décret du 29 novembre 1811 détruit la vieille École, modèle de toutes les Universités du moyen âge.

Je n'ai pas eu le bonheur de visiter Salerne, mais je me représente, avec le poète,

> Cette plage sonore où la mer de Sorrente
> Déroule ses flots bleus au pied de l'oranger...

Je crois voir ces rues autrefois animées par tout le mouvement de la science et de la pratique médicale, aujourd'hui presque désertes. C'est là que furent Petronius, Cophon, Bartholomæus, Musandinus et tant d'autres. C'est là qu'ont passé la savante Trotula et Constantin l'Africain. J'ai évoqué des noms sur le rivage, a dit Daremberg avec tristesse, et l'écho seul m'a répondu.

Mais, si on ne trouve plus aujourd'hui à Salerne l'école antique, le souvenir des Maîtres est encore vivant et leurs œuvres nous restent.

IX

Les écrits des médecins arabes ont eu l'heureuse fortune d'être imprimés avant ceux des auteurs les plus anciens. Je tiens à vous faire apprécier le résultat auquel on arrive à cet égard. Depuis longtemps j'ai été frappé de la date rapprochée de la découverte de l'imprimerie par rapport aux premières éditions arabes. A moins de plus amples renseignements, surtout pour les incunables, voici comment les livres des Arabes me paraissent avoir été publiés, le plus ordinairement en partie : Abulcasis (1471), Avicenne (1476), Razès (1481), Averroès (1482 ou 1484), Ali Abbas (1492).

Si maintenant vous prenez la date de la découverte de l'imprimerie, 1445, si vous vous rappelez que Celse a été imprimé pour la première fois en 1478 et devançait Galien, paru en 1481, vous voyez que l'antériorité est pour Abulcasis et Avicenne suivis par Celse. Quant à Galien, il a été imprimé la même année que Razès.

De nouvelles recherches confirmeront ou infirmeront cet aperçu.

J'ai fait disposer sur cette table, pour que vous en preniez connaissance, les belles éditions des médecins arabes que vous trouverez dans la Bibliothèque de la Faculté.

Voici une série des Maîtres salernitains, à commencer par Gariopontus. Baudry de Balzac, qui a compté les éditions de la *Flos medicinæ* de 1474 à 1846 seulement, en mentionne deux cent quarante. Il en existe en français, en allemand, en anglais, en italien, en espagnol, en polonais, en langue provençale, en hébreu, en persan, etc. Les plus célèbres sont d'Arnauld de Villeneuve, de Bruzen de la Martinière, de Levacher de la Feutrie, etc., etc.

Je vous recommande, en terminant cette brève énumération, de recourir sur les sujets qui nous ont occupés à deux publications récentes : l'*Histoire de la médecine arabe*, par le docteur Lucien Leclerc, en 2 volumes in-8, et l'*École de Salerne*, traduite en vers français par Ch. Meaux Saint-Marc, précédée d'une introduction par mon prédécesseur Ch. Daremberg, un volume in-12 avec figures.

X

Messieurs, vous apprécierez présentement la période arabe ainsi que la première École médicale du moyen âge. Vous serez convaincus qu'il n'y a pas de médecine arabe proprement dite. La médecine grecque, arrivée en Perse et en Syrie avant de pénétrer chez les conquérants mahométans, est restée avec ces derniers, sinon stérile, du moins

sans beaucoup progresser; elle s'est compliquée ou elle est devenue plus subtile. Galien et Aristote arabisés, ou divinisés pour ainsi dire, ont dominé pendant une série de siècles.

Le génie créateur et fécond des Grecs manquait aux Arabes; ils avaient l'emphase orientale et le style mystique. L'immobilisme et le fatalisme devaient entraîner pour eux le trop grand essor. La médecine étrangère n'arrivant plus, arrêtée dans sa source, la science arabe ne pouvait dépasser un niveau déterminé.

Toutefois, il serait injuste de ne pas reconnaître que les Arabes ont des droits à la reconnaissance de la postérité. Ils furent supérieurs à la plupart des nations contemporaines. Aucun peuple n'a produit plus de travaux dans un temps relativement court. Sans les Arabes la renaissance eût été retardée de plusieurs siècles. Enfin les Arabes nous ont conservé les ouvrages des médecins grecs; ils ont perfectionné la chimie, augmenté la matière médicale. Si leur chirurgie est encore peu avancée, nous leur devons les premières descriptions incontestables de la variole.

L'École de Salerne a eu un vif éclat et une réelle importance; elle rappelle ces grands foyers bien pourvus, resplendissants, auxquels on est heureux d'avoir recours et qui ne sont pas moins utiles quand ils réchauffent que lorsqu'ils répandent la clarté.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Fabre.

De l'action multiple des néphrites sur le cœur et, par le système vaso-moteur, sur la circulation capillaire.

Lorsque l'homme qui vient de succomber au n° 8 de la salle Ducros, est entré dans le service, il présentait un ensemble de symptômes parmi lesquels il était, en réalité, bien difficile, et il nous a été en fait impossible, de distinguer les phénomènes primordiaux des phénomènes consécutifs.

Ce malade avait, en effet, une dilatation hypertrophique du cœur et un double souffle très doux à la base duquel s'ajoutait, par moments, un souffle systolique très léger à la pointe. Il avait de plus un œdème des avant-bras et un commencement de gangrène symétrique occupant surtout les doigts des deux mains, manifeste encore aux deux oreilles et à peine ébauchée aux pieds. Il avait enfin de l'hématurie et de l'albuminurie.

Quelle était l'affection primitive?

Tout d'abord nous avons pensé au cœur, mais l'asystolie n'était pas assez prononcée pour aboutir à la cyanose, encore moins à la gangrène des extrémités, et pour déterminer l'hématurie en même temps que l'albuminurie. Le cœur pouvait tout au plus être soupçonné de contribuer à l'œdème, et encore, en pareil cas, l'œdème aurait-il dû être plus prononcé aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs et non pas limité aux avant-bras et aux mains. Le cœur aurait pu encore intervenir par embolie, il aurait alors produit de la gangrène sèche et non pas de la gangrène développée sur des mains préalablement œdématiées; d'ailleurs la gangrène occupait simultanément un trop grand nombre de points et affectait, dans sa distribution, une trop grande symétrie pour qu'on pût l'attribuer à des embolies multiples.

Nous avons ensuite incriminé le rein, et s'il n'y avait eu que l'albuminurie, cette opinion se serait d'autant plus enracinée dans notre esprit que l'œdème avait le caractère des œdèmes albuminuriques, qu'il n'obéissait pas aux lois de la pesanteur et ne commençait pas par les parties déclives. Notre malade avait de plus aux membres supérieurs, au-dessus des parties œdématiées, certains points remarquables par le refroidissement manifeste de la température locale, et j'avais eu occasion de vous signaler plusieurs fois, tout récemment encore, l'influence des affections rénales sur la circulation capillaire, sur la production de l'algidité en particulier. Enfin je connaissais sommairement l'observation récente de Roques sur une gangrène symétrique des extrémités dans un cas de néphrite. Mais c'était au moment où notre attention était fixée sur les effets variés et les conséquences graves des affections rénales, et la peur d'être systématique m'a rendu trop réservé. D'ailleurs l'hématurie qu'à deux ou trois reprises nous a présentée notre malade, me paraissait difficilement compatible avec une affection rénale primitive et déjà forcément ancienne, tandis qu'on pouvait en trouver une explication assez plausible dans un trouble général du liquide sanguin ou du système vaso-moteur produisant à la fois l'hématurie, la gangrène symétrique des extrémités et même les épistaxis répétées que le malade avait eues avant son entrée à l'hôpital.

C'était plutôt vers cette troisième hypothèse que j'inclinais en hésitant jusqu'à la fin.

Y avait-il trouble primitif du liquide sanguin ou bien les phénomènes primordiaux avaient-ils pour théâtre le système vaso-moteur? Telle était, dans cette hypothèse, la question qui se posait en dernier lieu devant nous. En l'absence de toute altération des organes de l'hématopoïèse, étant bien connue l'influence des troubles du système vaso-moteur sur les congestions et les hémorragies en général, sur la gangrène symétrique des extrémités en particulier, je portais mes soupçons sur le système vaso-moteur. La diarrhée dont le malade se plaignit ensuite et qui rappelait celle que Pincus et Samuel ont provoquée par la section du grand sympathique abdominal; la dyspnée qui se produisit enfin et qui s'accompagnait des râles de l'asthme humide pour être remplacée en dernier lieu par la respiration entrecoupée de Cheyne-Stokes, voilà encore d'autres raisons qu'on pouvait invoquer en faveur d'un trouble du système nerveux remontant jusqu'au bulbe.

Ce n'était là pourtant que de la diarrhée urémique, que de la dyspnée albuminurique, qu'une série de troubles vaso-moteurs d'origine rénale.

L'autopsie nous a montré que le système nerveux central était sain, autant du moins qu'on peut en juger par un examen superficiel et forcément incomplet; que le cœur avait une symphyse récente des deux feuillets du péricarde et présentait de plus une dilatation hypertrophique, l'organe pesant 700 grammes; que de petites végétations en couronne, jeunes et friables, s'étaient développées sur les valvules sygmoïdes et mitrales, dont elles ne pouvaient cependant empêcher le fonctionnement; que l'aorte avait des athéromes; que les artères des membres étaient friables, mais nulle part obstruées; que toutes ces lésions enfin étaient non pas primitives, mais consécutives à une altération des reins.

Du côté des reins, il y avait d'abord une augmentation de volume; chacun d'eux pesait 300 grammes. Le rein gauche était le siège d'une congestion intense; il présentait des stries noirâtres, et à la coupe s'écoula une assez grande quantité de sang. Le rein droit présentait à sa surface une

coloration jaune très marquée; la capsule se détachait facilement; à la coupe on apercevait des stries jaunâtres dans la substance corticale qui était augmentée de volume et diminuée de consistance. En attendant que M. le docteur d'Astros, notre chef de clinique, nous donne les résultats d'une étude plus complète et d'un examen histologique plus détaillé, nous pouvons dès maintenant affirmer d'après un premier aperçu que nous nous sommes trouvés en présence d'une inflammation rénale; il s'agissait d'une néphrite mixte, mais surtout épithéliale, avec desquamation et déformation des cellules.

Notre malade avait des lésions multiples, mais en réalité la maladie primitive et prédominante était chez lui la maladie des reins.

C'est la néphrite qui a produit ici les troubles circulatoires, c'est-à-dire d'une part les phénomènes cardiaques et péricardiques, d'autre part l'œdème et l'asphyxie locale poussée jusqu'à la gangrène.

Or ce sont là, sachez-le bien, non pas des effets exceptionnels et anomaux de la néphrite, mais des effets normaux exceptionnellement intenses de cette maladie.

La néphrite peut agir à la fois sur l'organe central de la circulation pour y produire des inflammations du péricarde et de l'endocarde en même temps que des hypertrophies, et sur la circulation capillaire pour y déterminer des œdèmes, des congestions, des inflammations, des hémorragies, des troubles sécrétoires, des troubles dans les températures locales et des troubles dans la nutrition.

I

Depuis que Traube a signalé la loi de coïncidence de l'hypertrophie du cœur gauche avec les néphrites, le fait a été maintes fois observé surtout dans les néphrites interstitielles; nous l'avons rencontré assez souvent nous-mêmes et nous pouvons le considérer comme étant hors de contestation. Seulement les explications ont varié. Depuis la doctrine de Buhl, propagée en France par Debove, les lésions rénale et cardiaque seraient non pas successives, mais simultanées; un même processus d'hyperplasie conjonctive dont le point de départ serait dans les vaisseaux capillaires frappant à la fois le cœur et le rein. Qu'il en soit ainsi dans certains cas, c'est possible, mais vous pouvez considérer comme certain qu'il y a une hypertrophie cardiaque directement liée à la lésion rénale.

Cette hypertrophie, nous l'avons constatée dans un cas où le point de départ du mal était évidemment le rein. C'était chez une femme atteinte de cancer utérin. Le cancer avait produit une obstruction de l'urétère qui provoqua une néphrite ascendante, et l'hypertrophie cardiaque fut la conséquence de cette néphrite. Cette observation clinique est d'ailleurs conforme aux expériences de Straus, qui, chez les cobayes, a produit l'hypertrophie du cœur par la ligature de l'uretère, et à celles de Grawitz et Israël qui ont déterminé la même lésion cardiaque par la ligature de l'artère rénale et par diverses lésions traumatiques du rein.

Seulement, ce qu'il faut savoir encore, c'est que *cette hypertrophie concentrique du cœur gauche n'est pas la seule altération du muscle cardiaque que puisse produire la néphrite.* Il y a quelquefois aussi, comme chez notre malade, *une hypertrophie générale avec dilatation; quelquefois même c'est la dilatation qui prédomine et elle peut être plus prononcée au cœur droit,* comme nous en avons observé deux exemples, l'année dernière, chez un vieillard et chez un enfant.

C'est qu'en effet, sans tenir compte des affections concomitantes, telles que les lésions artérielles qui peuvent intervenir dans la production du phénomène, cette pathogénie des troubles du muscle cardiaque par lésion rénale est complexe. La lésion rénale, en créant un obstacle à la circulation artérielle, sollicite une hypertrophie portant plus spécialement sur le cœur gauche; mais à cette action primitive et probablement prédominante viennent se joindre deux actions consécutives, l'une dynamique, l'autre mécanique. L'action dynamique est une action réflexe du système nerveux du rein sur le système nerveux du cœur; aussi voyons-nous des palpitations se produire au début même de certaines néphrites; il est probable que ces actions réflexes favorisent la dilatation paralytique de l'organe. L'action mécanique est la conséquence des troubles vaso-moteurs que provoquent les néphrites; tantôt, en effet, ces troubles se produisent du côté de la grande circulation, vers la peau par exemple où l'on observe des arrêts de la circulation capillaire, des algidités locales, des œdèmes, ce qui crée autant d'obstacles au mouvement du sang lancé par le cœur gauche; tantôt au contraire ils ont lieu du côté de la petite circulation, de la circulation pulmonaire, il y a des œdèmes et des entraves circulatoires du poumon qui retentissent spécialement sur le cœur droit.

Ce n'est pas tout. Par un mécanisme que je ne chercherai pas à expliquer, *les néphrites produisent des lésions non seulement du muscle cardiaque, mais encore de la membrane interne du cœur, de l'endocarde.* Ces lésions ne sont par elles-mêmes ni intenses ni graves; ce sont des épaississements valvulaires et des végétations, comme vous l'avez vu chez notre malade et chez la femme qui vient aussi de mourir d'une néphrite au n° 3 de la salle Sainte-Élisabeth.

Ces épaississements sont minimes, ces végétations sont molles, de sorte que par elles-mêmes les altérations de l'endocarde ne produisent dans la néphrite aucun bruit anomal. Il arrive toutefois que, avec le concours des troubles du muscle cardiaque qui modifient les dimensions relatives des orifices et la force d'impulsion du cœur, elles produisent des souffles temporaires et c'est vraisemblablement ce qui a eu lieu chez notre malade, dont les souffles cardiaques sont devenus à la fin affaiblis et inconstants. C'est peut-être encore par le concours des lésions valvulaires et des troubles dynamiques du cœur que se développent parfois dans les néphrites des souffles tout à fait intermittents et même, comme je l'ai observé dans un cas, des piaulements intermittents.

Enfin, plus fréquemment et plus sérieusement que l'endocarde, le péricarde peut être affecté dans les néphrites, comme il l'a été chez notre malade. Il est à remarquer que *ces péricardites ne sont pas des hydropéricardes, des épanchements plus ou moins analogues aux œdèmes et aux hydropisies; ce sont de véritables inflammations, souvent même des péricardites sèches.* Elles dépendent d'une tendance générale aux inflammations des séreuses, comme, d'ailleurs, Niemeyer l'a signalé; je dis des séreuses non seulement du péricarde, mais du péritoine lui-même, comme Woillez en a cité plusieurs cas à la Société médicale des hôpitaux en 1865, et de la plèvre, comme nous l'avons observé chez notre n° 3 de la salle Sainte-Élisabeth.

A propos de cette dernière malade, je dois vous faire remarquer *l'importance sémiotiqne que peut avoir la péricardite dans les cas de néphrite.* Chez cette malade, en effet, c'est l'existence de la péricardite qui nous a fait reconnaître

l'albuminurie, alors qu'il n'y avait pas le moindre œdème. Quand cette femme est entrée dans le service avec une péricardite, nous avons cherché sans succès le rhumatisme et la tuberculose; me rappelant alors l'action pathogénique des néphrites sur les péricardites sèches, j'ai demandé l'analyse des urines qui nous a révélé l'origine du mal. C'est donc bien dans ce cas la péricardite qui nous a mis sur la voie de l'albuminurie et nous a conduits à reconnaître la néphrite. La péricardite plastique nous était, dans ce cas, révélée par les bruits de frottements; le péricarde présentait des plaques rugueuses et sans adhérence siégeant à la partie antérieure du cœur; nous pouvions ainsi reconnaître sans peine la lésion. Chez notre n° 8, par contre, la péricardite plastique avait abouti à une adhérence des deux feuillets du péricarde, partant point de bruit de frottement et impossibilité de reconnaître la lésion, car la symphyse cardiaque ne se reconnaît guère que lorsqu'elle est compliquée d'une adhérence du péricarde à la plèvre pariétale. Dans d'autres cas, la péricardite passe inaperçue parce qu'elle siège à la partie postérieure du cœur; mais qu'elle ait été ou non cliniquement constatée, la péricardite l'a presque toujours été anatomiquement dans nos autopsies de néphrites.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier 1884. — Présidence de M. Alphonse GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

M. LE MINISTRE DU COMMERCE adresse à M. le Président de l'Académie de Médecine la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

« Dans une récente séance de la Chambre des Députés, la question de l'importation des viandes de porc salées provenant des États-Unis d'Amérique ayant été remise en discussion, cette assemblée a émis le vœu que la prohibition desdites viandes fût provisoirement maintenue. Le Gouvernement n'a pu que donner satisfaction à ce vœu, mais il a réservé, lors des délibérations sur le projet de loi dont la Chambre est saisie, de renouveler ses déclarations précédentes en s'appuyant sur les données de la science et plus particulièrement sur les avis de la savante compagnie que vous présidez. Il me serait donc très précieux que l'Académie veuille bien faire connaître à nouveau la doctrine qu'elle professe sur ce point, en lui donnant une consécration nouvelle.

« Je vous serai surtout obligé, Monsieur le Président, de l'appeler à délibérer sur les analogies symptomatiques qui peuvent exister, comme cela a été avancé à la Chambre, entre la trichinose et la fièvre typhoïde.

« Recevez, etc. »

La correspondance manuscrite comprend, en outre : 1° un rapport, adressé par M. Layet à M. le Maire de Bordeaux et transmis par lui, sur la découverte d'un cas de cow-pox naturel dans la commune de Céron; 2° une lettre de M. Burq qui fait connaître les résultats d'une enquête faite à Villedieu-les-Poëles, par MM. Tetrelle, maire, et Boscher, pharmacien, sur les faits relatifs à la préservation cuprique, et 3° une lettre de M. Nocard, relative à la mort de Thuillier.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE

M. VERNEUIL rappelle que la tuberculose est facilement inoculable chez certains animaux et ne se produit pas d'ordinaire spontanément chez eux, tandis que, dans l'espèce humaine, elle est considérée comme étant le plus souvent le résultat de la misère des excès, des mauvaises conditions hygiéniques, etc. Cette différence paraît fondamentale. Mais est-elle aussi absolue qu'on le croirait au premier abord ? N'est-il pas des cas où l'éclosion de la tuberculose chez un homme résulte d'une inoculation accidentelle ? M. Verneuil est persuadé que de tels cas ne sont pas très rares. Il en a rencontré plusieurs ; mais il n'en est qu'un au sujet duquel il ait recueilli une observation proprement dite, et c'est de ce fait qu'il vient entretenir l'Académie.

En 1877, un jeune homme, qui était alors externe dans le service de M. Cadet de Gassicourt, à Sainte-Eugénie, faisant l'autopsie d'un enfant, se piqua sur la face dorsale de l'index de la main gauche, tout près de l'ongle. Fort peu de jours après, au point piqué parut une sorte de petite papule qui jaunit vers son extrémité, puis s'ouvrit en laissant écouler une gouttelette de pus. Cet écoulement purulent persista les jours suivants ; puis une papule semblable se développa à un demi-millimètre de la première et évolua de même ; puis d'autres se joignirent successivement aux premières et le mal s'étendit ainsi de proche en proche jusque vers le milieu de la seconde phalange, présentant une surface rouge mamelonnée extraordinairement douloureuse à certains moments. Ayant subi en vain les médications les plus diverses, souffrant de plus en plus, ce jeune homme vint, dans le courant de 1880, prier M. Verneuil de lui amputer le doigt. L'opération fut faite dans la continuité de la deuxième phalange et en même temps M. Verneuil ouvrit une tumeur qui s'était développée sur la face dorsale de la main et qui fut reconnue pour être un abcès tuberculeux fort bien caractérisé, limité par une poche kystique à parois épaisses, grisâtres, infiltrées de granulations tuberculeuses en très grandes quantités.

Cet abcès ne se referma que lentement; le jeune homme cessa de souffrir, se remit au travail, passa ses examens de doctorat et alla s'établir en province. Il y eut tout de suite une clientèle fort étendue et qui l'obligeait à faire souvent des courses en voiture de dix à douze heures consécutives. Bientôt il ressentit de violents maux de reins, qu'il attribuait à la fatigue, mais à la suite desquels apparurent un abcès de chaque côté de la région lombaire. C'étaient encore là des abcès tuberculeux, qui ne se fermaient point.

L'année dernière, M. Verneuil fut appelé auprès de ce jeune docteur qui souffrait alors horriblement; il ne pouvait plus quitter son lit et l'hyperesthésie générale était telle que le moindre attouchement sur la peau du dos le faisait crier. Les membres inférieurs, quand il s'endormait, étaient le siège de mouvements cloniques involontaires. M. Verneuil attribua ces symptômes à une méningomyélite par propagation de l'irritation ayant pour siège les abcès périvertébraux. Aujourd'hui l'état est meilleur; mais les abcès ne sont pas fermés. M. Verneuil regrette qu'on n'ait pas su si l'enfant dont ce jeune homme avait fait l'autopsie, lorsqu'il se piqua, était ou non un tuberculeux. Il reconnaît que le tableau n'est pas absolument classique, puisqu'il n'y eut aucun engorgement ganglionnaire, mais il croit que cela tient à ce que les tubercules ont eu d'abord chez lui pour siège les glandes de la peau, les glandes sudoripares de la première phalange de l'index. D'ailleurs on ne peut pas songer à autre chose, ni à un cancer, ni à de la syphilis, ni à un tubercule anatomique vulgaire. Jusqu'à présent, tous les viscères sont restés indemnes : il n'y avait dans les antécédents, soit héréditaires, soit personnels, aucun indice d'une disposition à la scrofule ou au tubercule.

M. Verneuil rapproche de ce fait celui de Laënnec qui, à la suite de l'autopsie d'un tuberculeux, avait eu au doigt une tumeur de même nature (qu'il détruisit à l'aide du chlorure d'antimoine), et qui mourut tuberculeux vingt-cinq ans plus tard.

RAPPORT

M. BLANCHE, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Baillarger, Brouardel, Lunier, Luys, Mesnet, donne lecture d'un rapport sur le projet de loi sur les aliénés, qui doit être prochainement soumis aux délibérations du Sénat.

Voici les conclusions de ce rapport :

1° La loi du 30 juin 1838, inspirée par les sentiments les plus élevés d'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés. Elle a assuré la protection de leur personne et de leurs biens, en même temps qu'elle leur a procuré les soins médicaux, dont ils étaient presque complètement privés jusque-là.

Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet. Mais on doit reconnaître que, depuis l'époque où elle a été promulguée, certains besoins se sont produits et se sont développés, auxquels elle ne donne pas complètement satisfaction.

2° Parmi les dispositions du projet de loi destiné à remplir ces nouvelles obligations, les unes constituent des améliorations positives à l'état de choses actuel ; d'autres peuvent prêter à la critique ; certaines enfin nous paraissent devoir être, dans la pratique, d'une application difficile. Nous devons, en outre, faire remarquer que plusieurs d'entre elles auraient pour effet d'augmenter notablement les dépenses de l'État et des départements ;

3° Le principe fondamental du nouveau projet de loi est l'intervention de la justice dans toutes les mesures concernant les aliénés. Le principe est juste. La folie entraîne presque toujours pour celui qui en est atteint la privation plus ou moins complète de sa liberté, en même temps que l'impossibilité de gérer ses affaires et de veiller à ses intérêts. Or, d'après les règles générales de notre droit, c'est à l'autorité judiciaire seule qu'il appartient de suspendre ou de supprimer la liberté individuelle. C'est elle qui, seule aussi, a qualité pour protéger les incapables. Il y a donc un double motif pour que toutes les mesures relatives aux aliénés soient prises par la justice ou soumises à son contrôle ;

4° C'est par application de ce principe que le projet de loi assimile à un asile, sous le rapport de la surveillance, toute maison dans laquelle un aliéné sera traité, même lorsque ce sera dans l'intérieur de sa famille. Si la proposition de la commission du Sénat est adoptée, cette prescription légale, toute nouvelle en France, quoiqu'elle existe déjà dans d'autres pays, est de nature à froisser des sentiments très respectables. Mais, en raison des abus qu'elle a pour but de rendre impossibles, nous ne pouvons qu'y souscrire avec l'espérance qu'elle sera appliquée d'une manière discrète et modérée ;

5° Une autre innovation consiste dans l'obligation de présenter à l'avenir deux certificats distincts ou un certificat signé de deux médecins pour l'admission d'un aliéné dans un asile.

Malgré les difficultés que nous avons signalées à ce propos, nous l'adoptons cependant parce qu'elle offre une garantie de plus à la liberté individuelle.

6° En vertu d'une disposition nouvelle, tout placement d'un aliéné dans un asile, que ce placement soit volontaire ou d'office, ne sera d'abord que provisoire et ne deviendra définitif qu'après la sanction de la justice : c'est là un corollaire de la pensée principale qui a présidé à la préparation du projet de loi ; mais nous avons montré que les moyens proposés pour l'application de ce principe se heurteront à des inconvénients ou à de sérieux obstacles. Aussi espérons-nous qu'il y sera apporté de notables modifications.

7° Quant aux placements d'office et aux placements d'urgence, nous nous félicitons pour la sécurité publique que le projet de loi les rende plus prompts et plus faciles et nous n'avons eu qu'à formuler certains désirs dont nous ne doutons pas qu'il ne soit tenu compte.

8° Pour ce qui concerne les condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine et les aliénés dits criminels ou considérés comme dangereux, nous sommes absolument partisans de la création d'un ou de plusieurs asiles d'État et nous n'avons qu'à approuver toutes les garanties d'examen ou de contrôle que l'on exigera dorénavant pour la mise en liberté de ces aliénés, que la justice pourra seule ordonner.

9° Nous donnons aussi notre approbation à de nouvelles mesures proposées soit pour permettre aux interdits de présenter directement à la justice leur requête à fin de mise en liberté, soit pour garantir d'une façon plus efficace la gestion des biens et les intérêts des aliénés.

10° Enfin nous demandons que toutes les affaires concernant le service des aliénés soient centralisées au ministère de l'Intérieur et qu'il y soit créé soit une division, soit une direction, assistée d'un conseil supérieur dont nous avons indiqué la composition et les attributions et démontré la grande utilité.

La séance est levée à cinq heures.

NÉCROLOGIE

M. le professeur Morel (de Nancy).

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Charles Morel, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Nancy, officier de l'instruction publique et chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Nancy le 18 janvier 1884, à l'âge de soixante et un ans.

Prosecteur d'anatomie à la Faculté de Strasbourg, en 1847, C. Morel y était devenu successivement directeur des autopsies en 1856, agrégé en 1856 (concours à Paris), suppléant, puis titulaire de la chaire d'anatomie en 1867.

Obligé de quitter Strasbourg en 1870, il vint, en octobre 1872, occuper à la nouvelle Faculté de Nancy la chaire d'anatomie qu'il conserva jusqu'en 1879, époque à laquelle il fut transféré dans la chaire, nouvellement créée, d'histologie normale. A la rentrée de novembre dernier, il avait encore repris son cours d'histologie ; mais, bientôt après, il dut se résigner à l'interrompre.

Observateur très consciencieux, Morel a toujours laissé de côté les discussions et les théories, pour ne s'attacher qu'aux faits. En anatomie, comme en histologie, il s'est appliqué à décrire ce qui est visible et indiscutable.

Dès 1864, il publiait un *Traité élémentaire d'histologie*, qui fait de lui le promoteur des études histologiques en France.

Excellent anatomiste, il a formé plusieurs élèves distingués, parmi lesquels nous citerons M. Mathias Duval, avec qui, l'an dernier, Morel publiait un *Manuel de l'anatomiste*, fort apprécié de tous ceux qui pratiquent la dissection.

Ceux-là seuls qui l'ont approché de près et qui ont partagé ses travaux pourraient dire l'élévation de son caractère, sa franche cordialité, la dignité de sa vie. En n'insistant pas davantage sur ses qualités privées, nous rendons encore hommage à la mémoire de ce modeste savant qui a refusé, par une disposition formelle de son testament, tous les honneurs auxquels il avait droit.

La mort de Morel est une grande perte pour la Faculté de Nancy.

La dépouille mortelle a été transférée dans son pays natal, à Betoncourt-sur-Amance (Haute-Saône).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les médecins du V[e] arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 10 février 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin, attaché au service du traitement à domicile. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Sont nommés, pour trois ans, membres du conseil départemental de l'instruction publique des départements ci-dessous désignés :

MM. les docteurs Carcassonne (Gard) ; Pamard (Vaucluse) ; Leuduger-Fortmorel (Côtes-du-Nord) ; Meleux (Maine-et-Loire).

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 10 mars 1884, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la

Pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, 47, quai de la Tournelle.

Le registre d'inscriptions pour les candidats sera ouvert tous les jours, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 2 février jusqu'au samedi 16 février inclusivement.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Roustan, agrégé, est chargé, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1883-1884, d'un cours complémentaire de pathologie externe, en remplacement de M. Tédenat, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Ehrmann, aide d'anatomie pathologique, est institué chef des travaux d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Baraban, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Puiseux (André), ancien élève de l'École polytechnique, est nommé préparateur adjoint au laboratoire d'enseignement de la physique (emploi nouveau).

M. Conche, contre-maître au laboratoire d'enseignement de la physique, est chargé, en outre, des fonctions d'aide des travaux pratiques dudit laboratoire.

— *Faculté des sciences de Lille.* — La bourse de licence ès sciences naturelles accordée par l'arrêté du 29 septembre 1883 à M. Delporte est tranformée en bourse de licence ès sciences mathématiques.

— M. le docteur Doléris, chef de clinique, recommencera son cours d'accouchements le lundi 4 février prochain, à quatre heures et demie du soir. Le cours, composé de leçons théoriques et pratiques, sera complet en deux mois.

On s'inscrit, tous les jours, 89, rue d'Assas.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15651.

39

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

96

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par MARIO LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux.**

contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

27

Elixir chlorhydro-pepsique **Grez**

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

PARIS, phie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

76

Méd. aux Exposit. Vienne 1873, Philadelphie 1876

Cachets de sulfate de quinine

LIMOUSIN, ph., Paris, 2 *bis*, r. Blanche. Suppression de l'amertume. Solubilité complète. Contrôle de pureté. 20 cachets de 0,10 cent., l'étui 3f; 10 cachets de 0,20 cent., l'étui 3f. Envoi poste. *Touj. prép. avec le sulf. de quinine des 3 cachets.*

91

Goudron-Verne SOLUBLE permettant de préparer : 1° une **LIQUEUR** qui *seule* contient *tous les principes* du goudron et qui n'est pas une simple teinture ayant l'odeur et la saveur, mais nullement l'action curative de ce médicament. — 2° Des **Pilules dragéifiées** facilement assimilables et parfaitement tolérées, même par les enfants. Elles remplacent avantageusement le *goudron en capsules* qui ne peut pas être ordonné à tous les malades et jamais à hautes doses comme le *goudron soluble*. — Formules publiées par le Jal *de phie et de Chie*, par le *Répertoire de phie*, par l'*Union pharmaceutique*, par le Jal *de phie* d'Anvers, etc. — Paris, Phie, 25 rue Coquillière. Medaille, exposition universelle d'Amsterdam.

81

Pastilles Géraudel

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des voies respiratoires.**

Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury International de l'Exposition Universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. — Pendant la succion de ces pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces pastilles doivent leur efficacité. — L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les pharies.

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

134

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

97

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

42

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

50

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE

Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Marcellin Pouillet Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50
Fl. pour un bain. 1 fr.
Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique.**

Approuvé par l'Académie de médecine.

CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

60

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

77

Pancréatine Defresne

Admise officiellement dans les Hôp. de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	Peptonisent 30 grammes d'albumine.
Ou cinq pilules Defresne...........	Dédoublent 11 grammes de corps gras.
Ou une cuillerée sirop digestif.......	Saccharifient 10 grammes d'amidon.

Dégout des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc. etc.

PANCRÉATINE DEFRESNE en poudre, 2 à 4 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs.

SIROP DIGESTIF DEFRESNE à la pancréatine, 2 à 3 cuillerées à café, **4** francs.

Pharmacie DEFRESNE, 2, rue des Lombards, et toutes les Pharmacies.

20

Sirop PHOSPHATE DE CHAUX GELATINEUX DE **T. Gras**

Phtisie, bronchites, épuisements, maladies des enfants.

La plus assimilable des préparations phosphatées.

3 gr. de phosphate gélatineux par cuillerée.

Phie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris. Envoi échons.

74

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

28

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies*, *ménorragies*, *etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées*, *les diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.

Phie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

177

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME.

Vin de Barabeau

PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

10 gr. viande, 1 gr. bi-phosphate de chaux arsénié par cuillerée à bouche.

Reconstituant énergique, entièrement assimilable, Paris, CARMOUCHE, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême, BARABEAU, phen-chimiste, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

171

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.
Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

41

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte Pierre Lamouroux

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

42

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE **Gille**

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Cas d'angine de poitrine. — Contracture pseudo-paralytique. — Contusion et néoplasme. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — INSTRUMENTS ET APPAREILS. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cas d'angine de poitrine.

On peut voir en ce moment dans le service de la clinique médicale de la Charité un cas type d'angine de poitrine, qui peut faire pendant au cas type d'emphysème chronique que nous avons rapporté récemment.

Un homme de cinquante et un ans, camionneur, a des antécédents assez multiples ; il a été fréquemment malade dans son enfance, il a payé son tribut à presque toutes les maladies de cet âge ; à vingt ans, il a eu une maladie de poitrine ; quelques années plus tard, étant militaire, il a eu les fièvres d'accès en Afrique, puis la dysenterie en Chine. Malgré toutes ces épreuves, il avait encore assez bien conservé ses forces musculaires et son état général de santé, lorsque, il y a trois ans, il reçut un coup de pied de cheval qui lui fractura plusieurs côtes ; à la suite de cet accident, il eut des crachements de sang. Après un séjour à l'hôpital pendant la durée de temps nécessaire pour la consolidation de ses fractures, il fut envoyé à l'asile de Vincennes. Le quatrième jour de son séjour à l'asile, il fut pris brusquement d'une douleur angoissante de la poitrine, avec des palpitations de cœur et engorgement œdémateux des jambes et des cuisses. A partir de ce moment, cet homme n'a pas cessé de courir d'hôpital en hôpital. Il est depuis ce temps sujet à des accès de douleurs très vives, irradiant particulièrement dans le bras gauche. Il ne peut être soulagé de ces douleurs que par des injections hypodermiques de morphine ; il s'en est fait faire jusqu'à six, sept, huit fois par jour, il lui est arrivé même un jour de s'en faire pratiquer seize fois dans la même journée.

Voici son état actuel à son entrée à la Charité : il a un aspect cachectique, il est défait, maigre, paraissant beaucoup plus vieux que son âge. Il porte sur le corps d'innombrables traces des piqûres qui lui ont été faites et il a actuellement sur la paroi antérieure de la poitrine un vaste phlegmon très rouge et très douloureux, qui est le résultat d'une des dernières piqûres qui lui ont été faites. Il lui en est déjà survenu plusieurs dans les mêmes conditions. Il éprouve habituellement des douleurs à la région du cœur et en ceinture. La pression sur ce trajet du nerf phrénique provoque une vive douleur. Les douleurs s'étendent tout le long du bras gauche jusqu'aux extrémités des doigts. Parfois aussi il éprouve des douleurs semblables au-dessous de la clavicule.

Pendant la durée de ses crises, il éprouve une anxiété telle qu'il lui semble qu'il va mourir. Chaque accès est précédé d'une sorte d'aura, consistant en un brouillard qui lui trouble la vue. Ce brouillard l'avertissant que l'accès va venir, c'est ce moment qu'il choisit pour se faire pratiquer une piqûre.

On a déjà, à cette description rapide, porté le diagnostic de l'affection dont ce malade est atteint. C'est un cas type d'angine de poitrine. On trouve, en effet, dans les accès, le syndrome classique de cette affection. Ce diagnostic sera confirmé encore, si l'on poursuit l'examen de ce malade dans l'état de son système vasculaire. L'artère radiale est dure, flexueuse, battant avec une certaine force ; ces caractères sont plus tranchés encore dans l'artère humérale. Lorsqu'on fait respirer à ce malade du nitrite d'amyle, les battements artériels sont accrus ; on a alors ce qu'on a appelé la danse des artères.

A ces signes de la dureté et de la flexuosité des artères s'en joint un autre, c'est la lenteur : les artères ne battent pas plus de 60 pulsations à la minute. Lorsqu'on presse un peu fort sur elles, elles s'affaissent, les pulsations s'effacent même complètement.

Le cœur ne paraît pas très dilaté, les battements ne se font pas entendre au delà du cinquième espace intercostal ; ils ne sont pas très énergiques. Il a, à peu près, son volume et sa force normale. Il y existe, toutefois, un commencement de dégénérescence graisseuse, à en juger, du moins, par la diminution d'intensité du premier bruit.

En auscultant à la base du cœur et un peu au-dessus et à droite du sternum, on entend un bruit de souffle très marqué et une pulsation appréciable sur le trajet de l'aorte. On entend, enfin, quelques râles sibilants et quelques râles crépitants dans la poitrine.

Le diagnostic est celui de névrose symptomatique d'une double lésion cardiaque et artérielle, état graisseux du cœur et athérome artériel. Le sphygmographe indique un rétrécissement de l'orifice aortique, la ligne ascendante est convexe au lieu d'être droite. Y a-t-il en même temps insuffisance des valvules de l'aorte ? Le tracé ne l'indique pas. Quoi qu'il en soit à cet égard, s'il y en a, c'est le rétrécissement qui domine, avec une dilatation aortique.

En rapprochant les symptômes et les lésions qui viennent

d'être énumérés, le diagnostic s'impose. On est en présence d'une angine de poitrine, symptomatique d'une double lésion cardiaque et aortique. Il est probable qu'il existe aussi des adhérences du péricarde, suite du traumatisme dont la paroi thoracique antérieure a été le siège et qui a été assez violent pour produire une rupture du parenchyme pulmonaire, accusée par les crachements de sang constatés à cette époque.

Le traitement, le seul qui puisse amener un soulagement à l'état pénible de ce malade, consiste dans les piqûres morphinées, malgré les inconvénients qui y sont attachés et les abus qu'il en a déjà faits. Le nitrite d'amyle, préconisé dans ces circonstances, a été essayé; il n'a rien produit chez lui qu'une très forte injection de la face. L'iodure de potassium serait indiqué par l'état athéromateux des artères, mais cet état est déjà trop avancé chez ce malade pour pouvoir en espérer quelque effet utile. L'usage de la morphine en injections hypodermiques, étant le seul moyen qui le soulage, sera continué à titre de moyen palliatif.

Ce fait nous donne l'occasion toute naturelle de résumer ici les principaux résultats du très intéressant travail qu'a publié récemment sur ce sujet M. le docteur Huchard. C'est ce que nous ferons dans la prochaine revue.

Contracture pseudo-paralytique.

Sous ce titre : « Contracture pseudo-paralytique », M. le docteur Onimus décrit un ensemble de symptômes qui ne rentrent dans aucun cadre nosologique et qu'il a vainement cherché dans toutes les descriptions d'affections nerveuses consignées dans les livres. Il n'a trouvé nulle part l'indication d'une maladie présentant les caractères principaux qu'il lui a été donné d'observer et que nous allons faire connaître.

Le premier cas qui s'est présenté à M. Onimus l'a surtout frappé par ce fait qu'il ne concordait nullement avec les diagnostics qui avaient été émis et que c'était, à ses yeux, manifestement autre chose que la paralysie infantile, que l'hydrocéphalie, que la sclérose en plaques, que l'atrophie cérébrale, tout en tenant un peu de toutes ces affections.

Deux cas identiques s'étant montrés, depuis, à son observation, il a cherché, en rapprochant ces trois faits, à en mieux préciser les symptômes et surtout à en chercher la cause et la nature. En voici la marche et les caractères communs.

Ce qui frappait à première vue chez ces trois malades, c'est le grand développement physique des sujets relativement à leur âge. Loin d'être affaiblis ou rachitiques, ils étaient grands et forts; mais leur aspect général avait quelque chose de raide, ces malades étaient ramassés sur eux-mêmes. Leur parole est lente et saccadée; lorsqu'ils veulent se servir de leurs mains, il se produit des mouvements ataxiques. Il y a de l'anesthésie d'un côté, elle était croisée dans un cas. Tous les réflexes sont exagérés. La marche est plus ou moins difficile, impossible même dans les cas les plus graves, par suite de la contraction qui rapproche les deux jambes l'une de l'autre. Il existe une tendance au pied bot équin ; il est même assez prononcé dans quelques cas. La contractilité électro-musculaire, et c'est là un des signes les plus importants, est partout normale.

En un mot, les symptômes constants et les plus apparents sont : la contracture musculaire, déterminant des déformations et empêchant les mouvements d'ensemble, alors même que tous les mouvements pris isolément sont possibles. Il n'y a donc pas paralysie à proprement parler, mais une apparence de paralysie, ce qui a fait appeler cet état, par M. Onimus, contracture pseudo-paralytique infantile.

La maladie avec laquelle cet état pourrait être et a été plusieurs fois confondu est la paralysie atrophique infantile. Quelques médecins y ont vu une forme anomale de cette affection. Un examen superficiel entraîne cette confusion ; mais il suffit, pour l'éviter, de s'assurer qu'il n'y a aucun muscle atrophié. L'aspect du malade, la manière de se tenir, la forme du pied bot, tout est différent. Tandis que, fait remarquer M. Onimus, pour la paralysie infantile il y a flaccidité du membre, relâchement des articulations, dans la contracture pseudo-paralytique il y a de la raideur, même dans l'aspect général, et tous les muscles donnent une sensation, au toucher, de fibres saines et vigoureuses. Il suffit d'ailleurs de chercher à étendre un des doigts ou l'avant-bras sur le bras, de chercher à écarter les deux cuisses l'une de l'autre, pour éprouver une résistance qui exclut toute idée de paralysie.

D'un autre côté, il y a presque toujours, surtout lorsque le malade veut mouvoir un de ses membres, des mouvements choréiques, ce qui n'a jamais lieu dans la paralysie atrophique.

Enfin, l'une, la paralysie atrophique, est typique des lésions médullaires : diminution ou abolition de la contractilité farado-musculaire, diminution de nutrition des régions affectées, altérations trophiques; tandis que l'autre, la contracture pseudo-paralytique, est typique des désordres qu'amène une lésion des centres nerveux situés au-dessus de l'axe médullaire : conservation de la contractilité farado-musculaire, nutrition normale souvent même exagérée.

L'atrophie cérébrale et l'hydrocéphalie, qui pourraient présenter quelques-uns des traits de la contracture pseudo-paralytique, tels que les spasmes des membres et des contractures de la plupart des muscles, s'en distinguent par leurs symptômes propres du côté des troubles intellectuels, qui nous manquent ici.

En résumé, dans la pensée de M. Onimus, les caractères principaux de la contracture pseudo-paralytique infantile sont en partie ceux d'une affection cérébrale et en partie ceux d'une affection de la partie supérieure de la moelle, et cependant on ne peut conclure à l'une ni à l'autre de ces deux affections. Notre confrère hasarde une hypothèse qui lui ferait placer le siège de la lésion probable dans la partie qui sépare le cerveau de la moelle, entre la protubérance et la moelle allongée. Appelant à son aide les expériences physiologiques, il n'y peut trouver d'autre analogie que dans les phénomènes que présentent les animaux auxquels, après avoir séparé le cerveau, on vient à piquer ou à exciter une portion du segment inférieur de l'isthme encéphalique. Dans ces expériences, comme dans les faits dont il s'agit, il y a une sorte de tassement des membres, une paralysie qui n'est qu'apparente, une incoordination des mouvements.

En un mot, tout l'ensemble des phénomènes indique une excitation des centres locomoteurs, excitation permanente et qui augmente et par les impressions des nerfs sensitifs périphériques et par celles que détermine l'activité fonctionnelle des mouvements volontaires.

Nous croyons utile d'appeler sur cette affection l'attention des médecins qui pourraient rencontrer des cas semblables dans leur pratique et de provoquer leurs réflexions et leurs communications, le cas échéant.

Contusion et néoplasmes.

Quelle est la corrélation étiologique et pathogénique qui existe entre la contusion et les tumeurs en général ? Cette question a déjà été posée bien des fois, elle n'a eu jusqu'ici que des solutions partielles ; encore ces solutions ne sont-elles pas définitives et adoptées par tous les chirurgiens.

Nous avons rapporté ici quelques faits qui tendaient à rattacher l'origine des kystes hydatiques à la contusion (voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1026).

Un élève de M. le professeur Verneuil, M. le docteur René Le Clerc, vient, sous les inspirations de son maître, de se livrer à une étude de cette question. Il a cherché, à l'aide de faits précis, à apprécier la part qui pouvait revenir à la contusion dans diverses sortes de tumeurs néoplasiques, notamment dans les tumeurs dérivées du tissu conjonctif (fibromes et névromes, lipomes, sarcomes) ; dans celles qui sont dérivées du tissu cartilagineux (enchondromes, ostéomes) ; du tissu épithélial (adénomes, cancer, encéphaloïde, squirres, etc.).

Ce qu'il a fallu établir d'abord, c'est la succession des deux faits : contusion ou froissement et développement du néoplasme. Une seule observation de fibrome (ce n'est pas beaucoup) est rapportée par M. Nicaise comme ayant eu pour cause évidente une contusion. Dans deux observations de névrome la même relation est établie ; mais les témoignages des auteurs sont ici plus nombreux.

Pour les lipomes, indépendamment d'un fait de M. Duchaussoy communiqué dans le temps à la Société de chirurgie, M. Le Clerc en rapporte une observation personnelle recueillie à l'hôpital de la Pitié en 1880, et deux faits empruntés l'un à un recueil anglais, l'autre à un journal français.

Les sarcomes et ostéosarcomes ont fourni vingt observations, dont six recueillies par l'auteur dans divers services des hôpitaux de Paris : toutes démontrent l'intervention comme point de départ d'un coup, d'un froissement violent, d'une contusion.

Pour les enchondromes, nous trouvons six observations ; une seulement pour les ostéomes ; deux pour les adénomes ; une quinzaine environ pour les cancers (encéphaloïdes, squirres, épithéliomas, etc.).

Il est évident que de l'énumération seule de ces faits on ne peut tirer aucune conclusion formelle par rapport à la question posée. Tout au plus, en admettant comme valables l'absence de renseignements relativement à toute autre condition étiologique et le fait constaté d'une contusion antécédente, pourrait-on arriver à formuler cette proposition : Étant donné les cas spécifiés de tumeurs de diverse nature, la contusion a une part probable quelconque dans leur détermination. Mais cette part, quelle est-elle ? Est-elle suffisante seule et par elle-même pour déterminer la germination, le développement d'un néoplasme et lui imprimer sa nature, ses caractères et son évolution ? ou n'a-t-elle au contraire qu'une part éventuelle, contingente, sans laquelle peuvent se produire et se produisent en réalité, et en beaucoup plus grand nombre, des tumeurs de même apparence et de même nature que celles dont la contusion paraît être manifestement le point de départ ? Poser la question est presque la résoudre. Il n'y en avait pas moins de l'intérêt à en chercher la solution. C'est ce qu'a tenté M. le docteur Le Clerc dans le travail que nous avons sous les yeux.

La contusion agit-elle ? Comment agit-elle ? Agit-elle seule ? Telles sont les questions que M. Le Clerc a successivement examinées.

La contagion agit-elle ? ou en d'autres termes a-t-elle dans la production des néoplasmes un rôle étiologique évident, sérieux ? Comment agit-elle, c'est-à-dire comment peut-elle provoquer le développement des néoplasmes ? Ces deux questions sont tellement connexes, si intimement liées l'une à l'autre, qu'il est impossible de les disjoindre. Que la contusion agisse, au moins dans certains cas, cela n'est pas douteux, à moins de se retrancher derrière la fin de non-recevoir de la coïncidence qu'on ne saurait invoquer ici sans un véritable abus de langage, les néoplasmes, dans tous les cas où le fait de la contusion a été constaté, s'étant développés sur le lieu de la contusion et non ailleurs. L'important à étudier était le comment elle agit.

M. Le Clerc part de ce point que toute contusion d'une certaine intensité, avec attrition des tissus et des vaisseaux, s'accompagne d'un épanchement de sang qui fait l'office de corps étranger, que ce corps étranger détermine à son tour une irritation ou zone inflammatoire ; que cette irritation ou inflammation traumatique présente des modalités diverses en rapport avec les tissus aux dépens desquels un nouveau néoplasme tirera son origine. Les troubles nutritifs, qui se traduisent par la prolifération des éléments, auront des caractères spéciaux suivant qu'on les envisage dans le grand groupe des tumeurs qui se rattachent au tissu conjonctif et à ses proches voisins (tissu cartilagineux et osseux), à différents degrés de leur évolution, ou bien suivant qu'on examine les tumeurs naissant des épithéliums, dans lesquels se rangent le plus grand nombre des cancers proprement dits.

On voit par là que, quel que soit le tissu dont la nutrition a subi une déviation morbide, le résultat est le même : c'est la constitution d'un néoplasme.

Mais comment le traumatisme, suivant les circonstances dans lesquelles il agit, amène-t-il la production de telle ou telle tumeur, conjonctive ou épithéliale, par exemple ? Si l'agent vulnérant porte son action sur une région dans laquelle un tissu soit plus susceptible ou dominant, la prolifération s'effectuera plutôt aux dépens des éléments de ce tissu.

Ce n'est pas tout encore. La contusion a un rôle incontestable dans l'étiologie du néoplasme ; elle donne lieu à des phénomènes d'irritation, point de départ des productions morbides. Admettons cette proposition comme démontrée. Voilà bien la cause du développement d'un néoplasme et de sa localisation. Mais qu'est-ce qui en déterminera la nature, indépendamment du tissu dominant de la région atteinte ? C'est ici qu'il faut faire intervenir cet élément médical, auquel les chirurgiens de nos jours reconnaissent avec raison une si grande influence sur tout ce qui est réputé chirurgical, et en particulier sur la nature des tumeurs, la nature même du terrain sur lequel le néoplasme évolue, c'est-à-dire l'état constitutionnel ou diathésique du sujet et les prédispositions qu'ils créent. Voilà le fait culminant en matière d'étiologie des tumeurs ; voilà dans quelle direction doit être faite l'enquête sur les malades porteurs de néoplasmes. La part de la contusion, tout en restant indéniable, se trouve par ce fait bien amoindrie ; son rôle n'est plus que celui de la cause déterminante du siège du néoplasme ; c'est ailleurs qu'il faut chercher sa cause efficiente réelle, celle qui le fait ce qu'il est, qui en détermine le caractère et la nature.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier 1884. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

De la résection costale. — M. PÉRIER communique les observations de deux malades atteints de pleurésies purulentes avec fistules consécutives à l'empyème, chez lesquels il a pratiqué l'opération d'Estlander ou résection costale. Chez le premier de ces malades, dont l'état général était des plus graves, il a réséqué seulement deux côtes ; ce malade a succombé peu de temps après l'opération. Chez le second il a réséqué six côtes ; il a été considérablement amélioré par l'opération et son état, jusqu'ici, est aussi satisfaisant que possible.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE donne des nouvelles du malade chez lequel il a pratiqué la même opération et dont il a parlé dans une précédente séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 36). Ce malade ne tousse plus ; la cavité purulente a été considérablement réduite ; la paroi de la poitrine s'est très fortement rétractée ; l'état général s'est très notablement amélioré, enfin ce malade paraît être actuellement en voie de guérison.

M. MONOD rappelle avoir revendiqué pour M. Letiévant l'honneur d'avoir, le premier, pratiqué l'opération dite d'Estlander. Il donne lecture d'une lettre de M. Letiévant dans laquelle celui-ci fait connaître les deux premières opérations de ce genre qu'il a pratiquées et auxquelles ont été donné successivement les noms de fénestration, de résection costale, d'opération de Letiévant. Ces faits précèdent de beaucoup ceux d'Estlander. La résection costale est donc manifestement d'origine française.

M. MARC SÉE a pratiqué, il y a quelques jours, cette opération chez un malade atteint depuis fort longtemps de pleurésie purulente et des suites de l'empyème. Depuis plus de huit mois ce malade rend tous les jours un verre de pus par sa fistule. Cet état ne se modifiant pas, le malade s'affaiblissant, M. Sée a consenti à lui pratiquer la résection costale ; il a fait simplement une seule incision longitudinale et a réséqué quatre côtes, les neuvième, huitième, septième et sixième côtes, chacune à peu près sur une étendue de 5 centimètres. Il n'a lésé aucune artère, n'a eu aucune complication. Il a fait un pansement à plat avec de la gaze iodoformée. Les suites immédiates de l'opération ont été aussi satisfaisantes que possible ; il n'y eut pas de fièvre et le malade aujourd'hui va très bien. La suppuration a d'abord diminué, puis elle a augmenté de nouveau et a repris à peu près ses anciennes proportions ; mais la cavité purulente a notablement diminué et l'état général s'est de beaucoup amélioré. Tout permet de croire que le résultat définitif de cette opération sera des plus satisfaisants.

M. TRÉLAT n'a pas pratiqué lui-même l'opération d'Estlander, mais il a pu suivre trois des malades récemment opérés. Le premier, celui de M. Bouilly, peut être, dès aujourd'hui, considéré comme guéri. Le second, celui de M. Monod, est en bonne voie, mais porte encore une fistule assez importante. Le troisième a été opéré depuis peu de temps. Ces trois malades ont été opérés, à peu de chose près, par le même procédé ; c'est-à-dire qu'il a été fait sur la peau un lambeau triangulaire à base supérieure. Si l'incision proposée par M. Sée paraît insuffisante, la dissection du lambeau quadrilatère pratiquée dans les autres observations semble inutile et pourrait être avantageusement remplacée par une incision verticale unique de l'extrémité supérieure ou inférieure de laquelle partiraient deux autres petites incisions horizontales ou obliques qui seraient faites loin du foyer purulent, de telle sorte qu'il ne resterait qu'une fistule et qu'on ne risquerait pas de s'en voir établir plusieurs autres sur le trajet des sutures, comme cela a lieu presque fatalement avec le procédé actuel.

M. MONOD déclare que, chez son opéré, il s'est en effet produit une seconde petite fistule au niveau de l'une des sutures latérales. Il ajoute que le transport de ce malade à Ivry lui a été très favorable. Il ne rend plus aujourd'hui à peine qu'une cuillerée à café de pus.

M. VERNEUIL regrette que, dans les observations dont il s'agit et dans lesquelles on constate une notable amélioration presque immédiatement après l'opération, il ne soit pas fait mention des causes auxquelles doit être attribuée cette amélioration. Il serait, par exemple, très intéressant de savoir si les côtes réséquées se rapprochent les unes des autres, de combien elles se rapprochent si elles arrivent promptement à se toucher. Ce sont là des détails bien importants. En supposant en effet que l'on constate une guérison, les côtes restant écartées, ce ne serait certainement pas à la résection costale que devrait être attribuée cette guérison.

M. MARC SÉE répond à M. Verneuil que, chez son opéré, les extrémités des côtes réséquées se sont très rapidement rapprochées et que la cavité purulente s'est trouvée très vite diminuée. En outre, le mouvement de retrait de la paroi de la poitrine a été encore facilité par l'application d'une bande de caoutchouc. M. Sée n'a pas ouvert la plèvre ; il n'a pas touché à la fistule ; donc, s'il y a une amélioration, elle est due à une autre cause qu'à la large ouverture d'une cavité purulente.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, en réponse à l'objection de M. Verneuil, rappelle que dans son observation il a eu bien soin d'insister sur l'aplatissement rapide et considérable de la poitrine qu'il a constaté, puisqu'en très peu de temps la cavité purulente qui contenait 800 grammes de liquide n'en contenait plus que 60 à 80.

M. BERGER communique une nouvelle observation ; il s'agit d'un jeune homme de trente ans dont la mère et plusieurs frères sont morts tuberculeux, qui avait eu lui-même plusieurs bronchites, une pneumonie, des hémoptysies, une orchite douteuse et qui enfin, deux ans auparavant, avait eu une pleurésie à début subaigu. Ce malade subit, à la Charité, dans le service de M. Desnos une première ponction qui donna un liquide séreux, puis une seconde ponction qui donna un liquide purulent. De la Charité, il passa à Bicêtre, dans le service de M. Debove qui reconnut l'existence d'un épanchement occupant toute la plèvre droite. L'hiver de 1882-1883 fut très pénible pour ce malade ; il eut des attaques fréquentes de bronchite. Au mois d'août, M. Debove chercha à pratiquer l'empyème. Il y avait deux ans que ce malade portait un épanchement purulent du côté droit. Après avoir fait deux ponctions, M. Debove pratiqua l'empyème ; il retira trois litres de pus et fit des pansements antiseptiques. Les suites immédiates de cette opération furent heureuses ; la suppuration cessa. Puis elle réapparut vers la fin de l'année, l'état général s'aggrava, l'alimentation devint de plus en plus difficile et fut très mal supportée, la fièvre hectique se déclara avec tout son cortège ; puis survinrent l'amaigrissement, l'émaciation, de la dyspnée. M. Joffroy qui examina, à ce moment le malade avec un grand soin ne trouva rien à gauche et crut ne devoir pas admettre une tuberculose manifeste. Cependant l'examen des crachats y montra l'existence d'un grand nombre de bacilles. Ce malade était donc voué à une mort certaine et prochaine si l'on n'intervenait pas. C'est pourquoi M. Berger, assisté de M. Bouilly, se décida à intervenir, non sans prendre les plus grandes précautions à l'égard du chloroforme, à cause de l'extrême faiblesse et de la dyspnée du malade. Il tailla un lambeau triangulaire à base postérieure. M. Berger ne croit pas que, dans ces opérations, on puisse établir en règle générale qu'il vaut mieux recourir à telle ou telle incision ; celle-ci doit être réglée sur chaque cas particulier. Après avoir découvert les espaces intercostaux, il commence la résection en employant la méthode sous-périostée ; il réséqua successivement 12 centimètres de la neuvième côte, 10 de la huitième, 10 de la septième, 9 de la sixième, 8 1/2 de la cinquième, 6 de la quatrième, 5 de la troisième ; comme il se trouvait encore loin de la limite de l'épanchement, il réséqua encore 10 centimètres des onzième et douzième côtes. La cavité pleurale ne fut pas ouverte ; il n'y eut pas d'hémorragie, pas la moindre complication ; on fit des lavages antiseptiques, puis une contre-ouverture dans le onzième espace intercostal. L'opération avait duré environ une heure et quart.

Le malade se trouvait après dans un état très grave. Une injection sous-cutanée d'éther le releva pour quelque temps ; le pouls

remonta, mais deux heures après la dyspnée augmenta, et il mourut à quatre heures et demie de l'après-midi.

L'autopsie montra que les côtes paraissaient déjà s'être rapprochées, qu'aucune atteinte n'avait été faite à la plèvre; la cavité thoracique était réduite de moitié. Le poumon droit, recouvert de fausses membranes extrêmement épaisses, était rétracté, réduit à une lamelle de 10 centimètres de hauteur sur 2 ou 3 d'épaisseur, formant un tissu solide, fibreux, dense, dans lequel l'air ne pénétrait plus; il était, en outre, parsemé de granulations tuberculeuses. Le poumon gauche, libre d'adhérences, portait les traces d'une pneumonie chronique avec des tubercules crus et d'autres en voie de ramollissement. Les autres organes étaient sains.

Il est bien évident que, dans ce cas, l'opération a hâté le dénouement fatal. Mais quelle peut être la cause immédiate de la mort? Peut-être le chloroforme y est-il pour quelque chose. Quant au traumatisme, du moment qu'on était décidé à agir, il n'était pas possible d'agir moins largement. N'eût-il pas mieux valu s'abstenir? Certainement, si l'on avait pu se rendre exactement compte du degré de rétraction du poumon et des dimensions de la cavité purulente. La tuberculose n'est une contre-indication formelle à l'intervention chirurgicale que lorsqu'elle est arrivée à une période très avancée, ce qui n'était précisément pas le cas ici.

Revenant sur des généralités relatives à l'opération d'Estlander, M. Berger cherche à fixer nettement les indications de cette opération. La première question à se poser est celle-ci : Les fistules pleurales guérissent-elles spontanément? Cela est très rare. La guérison de l'empyème se fait dans un espace de temps qui n'excède pas cinq mois. Au delà de ce temps, on a de grandes chances de voir des fistules pleurales s'établir définitivement. Ces fistules pleurales sont-elles incompatibles avec la vie? Non pas d'une façon absolue, puisqu'on a vu une malade vivre ainsi huit ans, puis finir par guérir; mais ce sont là des cas tout à fait exceptionnels. Pendant tout le temps que dure une fistule pleurale, les malades sont exposés à de graves accidents et en particulier à la rétention du liquide dans la cavité pleurale. Il y a d'ailleurs de grandes distinctions à faire parmi ces fistules, selon qu'elles aboutissent à des cavités plus ou moins vastes, qu'il y a un ou plusieurs trajets, etc.

Relativement à l'opération, M. Berger insiste sur son rôle mécanique.

Il passe ensuite en revue les diverses observations qui lui ont été présentées. Il admet avec M. Trélat que les incisions les plus simples sont les meilleures. La proposition faite par M. Lucas-Championnière de faire une opération distincte du foyer purulent, c'est-à-dire de faire porter les incisions sur un point éloigné de la fistule, est bonne en soi; mais, dans un grand nombre de cas, elle serait d'une application bien difficile. M. Monod propose de réséquer le périoste afin de s'opposer à la reproduction des côtes réséquées. C'est là une complication opératoire dont les avantages ne semblent pas balancer les inconvénients.

Une fois l'indication nettement posée, il est nécessaire d'agir de très bonne heure.

M. MARC SÉE fait observer qu'il ressort de la communication de M. Berger qu'il y a trois contre-indications formelles à l'opération d'Estlander : 1° l'existence d'une petite fistule sans cavité; 2° l'état constitutionnel du malade, son affaiblissement ou son épuisement trop considérables; 3° l'étendue de la cavité purulente, la rétraction, la disparition presque absolue du poumon, la trop grande quantité de liquide.

M. BERGER est, en principe, de l'avis de M. Sée sur la troisième contre-indication qu'il vient de formuler; mais, malheureusement, en pratique, il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de se rendre compte, avant l'opération, des dispositions exactes du poumon, de l'étendue de la cavité purulente, etc. Quant à la seconde contre-indication formulée par M. Sée, elle n'est pas absolue. L'état d'épuisement du malade ne saurait être considéré, en effet, dans bon nombre de cas, comme une contre-indication à une opération qui est la seule chance de salut.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Basiotribe de M. Tarnier.

Cet instrument, destiné à broyer la tête du fœtus, et que M. Tarnier a fait fabriquer par M. Collin, se compose de trois

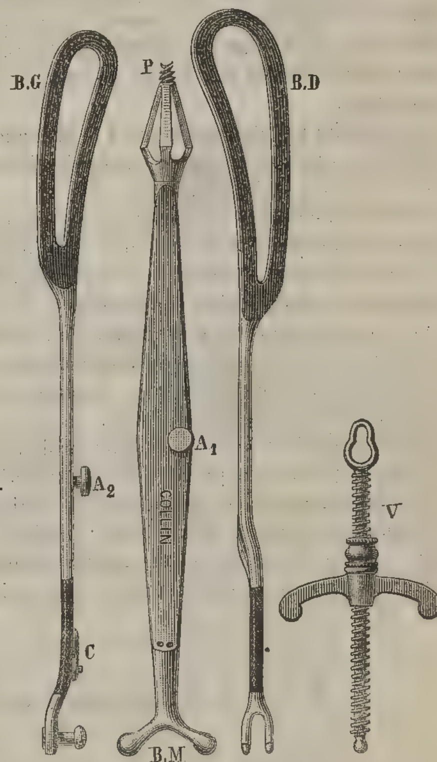
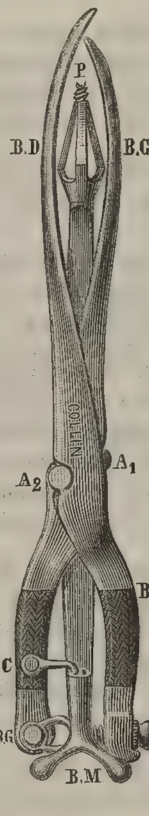


Fig. 6.

BASIOTRIBE DE M. TARNIER.

B M. Branche médiane.
B G. Branche gauche.
B D. Branche droite.
A. Articulation.
C. Crochet.
P. Perforateur alésoir.
V. Vis de pression.

branches d'inégale longueur, étagées, et d'une vis d'écrasement. Sa longueur totale est de 41 centimètres. Quand il est arti-



BASIOTRIBE DE M. TARNIER.

B M. Branche médiane.
B G. Branche gauche.
B D. Branche droite.
A. Articulation.
C. Crochet.
P. Perforateur alésoir.
V. Vis de pression.



Fig. 7. *Fig. 8.*

culé et serré, sa largeur, d'un côté à l'autre, est de 4 centimètres. Si on le mesure d'avant en arrière, on trouve 4 centimètres te

demi dans sa partie la plus large près de l'extrémité des cuillers. Son poids total est de 1,200 grammes.

La branche médiane la plus courte porte un perforateur quadrangulaire, que l'on fait pénétrer dans le crâne par un mouvement de rotation. Ce perforateur agit comme un alésoir et fait au crâne une ouverture arrondie. Dès que l'extrémité olivaire de ce perforateur a pénétré dans la cavité crânienne, on arrête le mouvement de rotation et l'on pousse doucement cette branche jusqu'à ce que sa pointe soit arrêtée par la résistance de la base du crâne, avec laquelle elle devra rester en contact jusqu'à la fin de l'opération.

La branche gauche, analogue à la branche gauche d'un forceps, est ensuite appliquée comme s'il s'agissait de forceps, et articulée avec la branche médiane.

Branche médiane et branche gauche sont alors rapprochées par la vis d'écrasement et broient une moitié de la tête.

Un petit crochet maintient ces deux branches rapprochées pendant qu'on enlève la vis d'écrasement.

La branche droite la plus longue de toutes est ensuite appliquée et articulée comme la branche droite d'un forceps, et la vis d'écrasement, mise de nouveau en place et en action, rapproche cette branche des deux premières.

La tête est ainsi écrasée en deux broiements successifs, moitié par moitié ; puis l'on procède à son extraction.

Le maniement de cet instrument est d'ailleurs analogue à celui du céphalotribe et du cranioclaste ; mais il leur est supérieur et offre comparativement de très grands avantages, si je m'en rapporte aux expériences cadavériques que j'ai faites.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Hygiène des saisons (1),

Par M. le docteur P. Foissac.

Nous ne manquons certainement pas de traités d'hygiène, compilations plus ou moins savantes, séries de mémoires plus ou moins personnels où se sent la griffe de l'auteur, mais il en est peu que l'on lira avec autant d'intérêt que les pages consacrées par M. Foissac à *l'hygiène des saisons*.

M. Foissac appartient à une école qui sait penser et qui sait écrire. Ses livres sont toujours d'une lecture agréable ; on les ouvre avec plaisir, on les ferme avec regret.

Il est peu d'époques où les pensées se soient plus portées sur l'hygiène et ses diverses applications. La vie humaine en a tiré et en reçoit chaque jour des conditions plus avantageuses de bien-être et de santé ; l'on ne saurait trop applaudir aux efforts de nos hygiénistes actuels. Mais le fait dans sa rigidité les préoccupe tellement, qu'ils oublient ce que la forme ajoute à toutes les manifestations de l'esprit. M. Foissac se garderait bien de la sécheresse dogmatique : il enveloppe ses plus savantes dissertations d'un style agréable ; il ne méprise pas l'anecdote. Nous n'aurions que l'embarras du choix si nous ne préférions laisser au lecteur le plaisir de la surprise.

Médecin de la maison d'éducation de Saint-Denis, M. Foissac soulève les questions les plus intéressantes sur l'hygiène et les maladies de ce grand établissement. Des statistiques fort instructives éclairent l'état sanitaire de cette réunion si considérable de jeunes filles. Chemin faisant, il lui faut traiter la question de l'isolement dans les maladies contagieuses. A ceux qui lui demandent si cet isolement est nécessaire, il répond par le fait suivant :

« Dans l'année 184..., M. le docteur D... revint de l'île Maurice à Paris avec une grosse fortune. Il était père d'une fille de cinq ans qui n'avait pas eu la rougeole. Apprenant que la maladie régnait dans la famille de l'un de ses compatriotes, M. le docteur D..., qui était un homme d'esprit, mais paradoxal, imagina de faire prendre la rougeole à sa fille, tandis qu'elle était dans l'état de santé le plus florissant. Il conduisit donc son enfant chez le compatriote, et la força, malgré sa répugnance, à toucher une autre enfant qui était en pleine rougeole. A quelques jours de là nous fûmes appelés, Andral et moi, à traiter cette jeune enfant qui avait pris son père en horreur et qui mourut le huitième jour d'une affreuse rougeole, au grand désespoir d'un père aussi imprudent. »

Voilà, sous une forme qu'on ne saurait oublier, un enseignement à la portée de tous les pères de famille.

Chaque saison a ses maladies et partant son hygiène particulière. C'est à l'étude de ces conditions saisonnières que M. Foissac consacre son livre.

Nous ne saurions le suivre dans les détails, tant les faits se pressent et s'accumulent, mais nous ne pouvons résister à citer le passage qu'il consacre au bienfaiteur de notre armée d'Afrique.

L'auteur des « Fièvres *pseudo-continues* » a eu le bonheur de survivre à bien des hostilités, à bien des indifférences, à bien des négations. L'heure de la justice a enfin sonné pour lui, et nous en avons éprouvé la joie la plus vive, tant était grande notre admiration pour l'œuvre de l'ancien président du conseil de santé des armées. Nous retrouvons dans l'*Hygiène des saisons* de très justes appréciations sur la grande valeur scientifique des « Fièvres pseudo-continues » et nous terminerons cette courte analyse en reproduisant le paroles de M. Foissac, auxquelles s'associeront avec nous tous ceux qui savent le rôle considérable joué en Algérie par le plus modeste des savants.

« Il n'est donné, dit M. Foissac, qu'à un très petit nombre de médecins d'être le promoteur de découvertes importantes qui sauvent la vie à plusieurs milliers d'hommes, qui permettent à leur pays de coloniser une grande région glorieusement conquise et de joindre ainsi un nom scientifique à celui des Bugeaud, des Cavaignac, des Lamoricière, des d'Aumale. Une justice tardive a été rendue au docteur Maillot. Sur l'initiative de M. le professeur Verneuil, au congrès d'Alger en 1882, le Conseil général décida que le nom de Maillot serait donné à une rue de la grande cité et à un centre de population. Enfin, en 1883, l'Académie des sciences lui décerna un prix Montyon. Quoique les récompenses ne soient pas proportionnées au service rendu, on conçoit qu'un noble cœur puisse s'en contenter, quand on songe à l'indifférence, aux injustices et à l'ingratitude dont chaque siècle est témoin envers les bienfaiteurs de l'humanité, quand nous avons vu à notre époque Chervin, membre de l'Académie de médecine, un savant, un sage, tomber au bout de la vie glorieuse où il venait de faire proclamer une grande vérité, la non-contagion de la fièvre jaune, et à la honte de ses collègues et de ses contemporains, mourir sur un lit d'hôpital. »

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

21. M. Artigues. Essai sur la valeur séméiologique du rêve. — 22. M. Ch. Bosset. Du traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction. — 23. M. Marry. De l'action antiseptique du sulfate de cuivre en obstétrique. Prophylaxie et thérapeutique des accidents infectieux des suites de couches. — 24. M. Baumfeld. L'acide borique et ses applications thérapeutiques. — 25. M. Lallement. De la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes de l'homme. — 26. M. Divernéresse. Traitement des fractures transversales de la rotule par la suture osseuse avec ouverture de l'articulation du genou. — 27. M. Bourgougnon. Sur l'état du cœur à la fin de la grossesse et dans les suites de couches. — 28. M. Hurtret. Contribution à l'étude du pansement ouaté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 24 janvier 1884, un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira, le 25 juillet 1884, à l'école de médecine d'Alger. — Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par décision ministérielle, en date du 21 janvier 1884, M. Durget, médecin-major de deuxième classe, désigné pour le bataillon du 39e d'infanterie détaché à Givet, est passé aux hôpitaux de la division de Constantine, par permutation avec M. Mistarlet.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Delage, docteur ès sciences, professeur de physique au lycée d'Amiens, est chargé, en outre, d'un cours de physique de ladite école.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Nicolle, médecin de l'Hôtel-Dieu de Rouen, décédé subitement mercredi soir, à l'âge de cinquante et un ans.

— M. le docteur de Saint-Germain reprendra ses leçons cliniques de chirurgie et d'orthopédie, jeudi prochain, à neuf heures du matin, à l'hôpital des Enfants et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15659.

N° 12. — MARDI 29 JANVIER 1884. 57e ANNÉE. MARDI 29 JANVIER 1884. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital Laennec. Les maladies d'évolution. — Hôtel-Dieu de Marseille. De l'action multiple des néphrites sur le cœur et par le système vaso-moteur sur la circulation capillaire. — Expériences sur les sensations de contraction musculaire. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Revue bibliographique. — Nouvelles.

HOPITAL LAENNEC. — M. Legroux.

Les maladies d'évolution.

I

Je reprends aujourd'hui mes leçons cliniques et cette année, au lieu de choisir pour objet de mes leçons les cas les plus intéressants que nous offrent les hasards des admissions, j'ai l'intention de poursuivre l'étude d'une série d'états morbides qui se rattachent tous par un même lien pathogénique, états morbides, d'ailleurs, dont nous trouvons tous les jours des exemples dans nos salles et à notre consultation du jeudi.

Je suivrai en cela la méthode que mon maître et ami toujours regretté, le professeur Lasègue, apportait dans son enseignement clinique. Il avait, vous le savez, pour habitude de consacrer une leçon par semaine à certains groupes de maladies qu'on rencontre à chaque pas dans la pratique, et qui, dans les livres classiques, sont rangées dans des chapitres fort différents, bien qu'elles aient de nombreuses similitudes, des points de contact révélés par la pathologie générale.

Là, vous vous le rappelez, il donnait à pleines mains les trésors de son esprit si fin, d'une originalité exceptionnelle, d'un jugement profond. Il incitait ses élèves à la réflexion, et leur donnait l'appétit de la recherche et de la pénétration dans l'horizon obscur. Je n'approcherai que de bien loin de la perfection de cet enseignement, mais au moins aurai-je le droit de chercher à l'imiter dans la mesure de mes moyens.

C'est ainsi que cette année j'ai choisi pour but de mes leçons l'étude des *maladies d'évolution*, comptant dans l'avenir faire les maladies d'involution. Cela ne m'empêchera pas de continuer, comme par le passé, au cours de mes visites quotidiennes, l'étude des cas variés que nous offrent les ressources de cet hôpital.

Dans vos livres classiques, dans le traité de pathologie le plus moderne et le meilleur, du reste, que vous puissiez consulter, vous voyez les maladies décrites suivant l'ordre anatomique. Cette classification, la plus simple, la plus rationnelle, dans un livre didactique, permet de passer en revue les maladies de chaque appareil organique, sans se préoccuper d'une nosologie surannée, et qui, en ce moment, est en voie de transformation complète. Dans ces livres, le pathologiste n'a pas dû se préoccuper des distinctions d'âge, et, que la maladie frappe l'enfant, le vieillard ou l'adulte, elle est décrite à sa place anatomique. Cependant les allures morbides changent singulièrement suivant le terrain, et le terrain n'est pas le même chez le jeune ou chez le vieux. L'un est en développement de son être, armé de toutes les forces vives; l'autre est un organisme en déchéance. Chez le premier, qui est à l'aurore de la vie, nous avons une nutrilité puissante; chez le second, qui descend la pente occidentale de sa courbe, une nutrition qui faiblit. Non seulement la maladie emprunte à l'âge des caractères spéciaux, mais encore chaque âge a son exclusivisme pathologique. L'adulte, placé entre les deux extrêmes, a les misères déterminées par les accidents et les excès, et il a pour lui en plus les maladies prolongées de l'enfance et les maladies prématurées de la vieillesse.

Si l'on considère les phases par lesquelles l'homme passe (et je néglige ici les périodes embryonnaires), on le voit, pendant la première enfance, occupé à entretenir sa vie quotidienne, à faire de la chaleur, et de plus à emmagasiner les éléments organiques nécessaires à son accroissement. Il travaille pour le présent et il prépare l'avenir. *Infans totus in stomacho*, a dit M. H. Roger; c'est qu'en effet l'enfant n'est qu'un estomac, un système absorbant, ainsi que le prouve la prédominance du système lymphatique ganglionnaire surtout. Cela vous explique la facilité des absorptions morbides infectieuses si fréquentes à cet âge (toutes réserves faites sur les nouveau-nés qui sont moins exposés à l'absorption de certains germes par leur genre d'existence). Cela vous est démontré aussi par le facile retentissement ganglionnaire des lésions parenchymateuses que Parrot désignait sous le nom d'*adénites similaires*.

Pendant la première dentition, les accidents nerveux si nombreux s'expliquent par l'activité du développement cérébral vers cette époque. Après elle, la vie indépendante s'assure plus ou moins facilement, et la croissance en longueur s'ébauche, mais elle peut être enrayée et se compliquer de rachitisme. Arrive la seconde dentition, moins tumultueuse que la première, parfois même silencieuse, pendant laquelle le cerveau s'affermit, les réflexes se régularisent, l'enfant tombe dans l'âge de raison (dit-on), prend des forces, fait des muscles, croît en longueur pour arriver sans trop de secousses à l'âge de la puberté.

Ici se place un temps critique, surtout pour la fille, et, selon que l'enfant est né avec ou sans hérédité morbide (hérédité d'une action si profonde dans tout le cours du développement), selon que son évolution se précipite, se retarde ou se dévie, il arrivera à la limite de sa croissance indemne de tout état morbide ou incessamment troublé par des secousses, et parviendra ainsi à l'état d'adulte plus ou moins parfait.

Tous les troubles de l'évolution, inhérents à l'évolution même, sont reliés par la pathogénie.

Pathogénie, vieux mot qui désigne aujourd'hui une science neuve, laquelle, loin d'être encore complète, s'éclaire cependant d'une aurore lumineuse.

Pasteur est le chef de l'école nouvelle qui a jeté bas le *génie épidémique*, ce *quid ignotum diabolicum aut divinum* avec lequel, il n'y a pas longtemps encore, on répondait à toutes les questions soulevées par les épidémies; il est le chef de cette école qui vient encore d'ébranler une grande diathèse, la diathèse tuberculeuse, en démontrant qu'il y avait là un parasite marchant de pair avec les parasites des maladies dites infectieuses. — N'oubliez pas toutefois, cliniciens que vous devez être, que la notion du parasite ne doit pas se séparer de celle des terrains plus ou moins apts à l'envahissement parasitaire. — Nous ne sommes encore qu'au début de ces merveilleuses découvertes, mais ce que l'on en sait légitime pleinement l'enthousiasme des jeunes et l'admiration des vieux, et ce que l'on n'en sait pas encore explique les réserves des sages, réserves servant de stimulus puissant pour des recherches nouvelles.

D'autre part, la physiologie expérimentale, la chimie moderne, nous permettent aujourd'hui de pénétrer dans l'intimité des actes nutritifs de l'organisation, d'en apprécier les défauts, et ont éclairci récemment bien des points jusqu'alors mal appréciés ou inconnus. C'est, en France, au professeur de pathologie générale de notre Faculté que revient l'honneur d'avoir présenté, dans un livre de pensées profondes, d'analyse subtile, de philosophie élevée, de vaste érudition, une étude nouvelle des maladies par ralentissement de la nutrition. Un grand pas s'est fait; la pathogénie de certains actes morbides s'est éclairée des lumières de la chimie biologique, comme celle des maladies parasitaires s'éclaire par le microscope et la culture expérimentale.

Enfin il est un troisième progrès à parfaire, c'est celui qui a trait aux affections du système nerveux. Ici, nous avons un grand Français que nous devons saluer comme le Laennec de la moelle et du cerveau. Sous son impulsion la pathologie du système nerveux s'est débrouillée, ses lésions et les types des grandes altérations cérébro-spinales ont été définies et classées, mais il s'en faut encore de beaucoup que l'on ait pu pénétrer le mode de ses vices fonctionnels et établir sur une base indiscutable les maladies par réaction nerveuse ou psychique que Lasègue observait d'une manière si pénétrante.

Or, si la pathogénie est encore incomplète, elle nous permet toutefois de classer les maladies en quatre groupes, proposés par M. Bouchard, et qu'il publia dans son cours :

1° Maladies parasitaires;

2° Maladies par vice de nutrition;

3° Maladies par réaction nerveuse;

4° Maladies par altération directe et primitive des éléments anatomiques.

Je ne m'occuperai dans la série de mes leçons que des maladies d'*évolution* portant sur les fonctions de nutrition générale ou partielle ou résultant d'une réaction nerveuse. Je ne négligerai pas cependant, chemin faisant, de vous montrer le rôle important que jouent les maladies infectieuses dans la santé de l'être pendant son développement.

Qu'est-ce donc que l'évolution? C'est l'ensemble des actes physiologiques qui doivent conduire l'organisme vers son état stationnaire ou parfait, et ces actes sont tous d'ordre nutritif.

Que ces actes en totalité ou partiellement viennent à être troublés, viciés par excès ou par défaut ou par aberration, il en résulte immédiatement des désordres plus ou moins graves. Les uns, comme le rachitisme, déformant l'individu, laissent une trace indélébile pour le reste de son existence dont ils abrègent la durée; les autres, comme la chlorose, le plongent pendant plusieurs années dans un état de faiblesse et de pauvreté physiologique et pourront l'exposer à la ruine en préparant un terrain favorable aux maladies parasitaires; enfin un grand nombre, sans être aussi graves, n'atteignant pas l'organisme dans ses parties fondamentales, la tarsalgie par exemple, constituent néanmoins une infirmité passagère ou durable avec laquelle il faut compter.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Fabre.

De l'action multiple des néphrites sur le cœur et, par le système vaso-moteur, sur la circulation capillaire (1).

II

Indépendamment de leurs effets divers sur l'organe central de la circulation, les néphrites peuvent exercer une *action variée de la circulation capillaire, action dont nous sommes en quelque sorte obligés de rechercher la raison dans un trouble nerveux vaso-moteur* qui n'a jamais peut-être été aussi évident que dans le cas dont nous venons d'être témoins.

Les altérations viscérales de l'abdomen retentissent parfois avec beaucoup d'intensité, j'ai eu déjà occasion de vous le démontrer, sur le grand sympathique, et en troublent plus ou moins profondément les fonctions. L'état cholériforme et l'état typhoïde, troubles opposés du système vasomoteur qui produit dans le premier cas une constriction trop forte, et dans l'autre une trop grande dilatation, peuvent ainsi résulter d'une lésion abdominale. Les altérations de la capsule surrénale peuvent ainsi, par l'intermédiaire d'un trouble consécutif du grand sympathique, déterminer une véritable cachexie. Eh bien! pour être moins connue, l'influence des affections rénales sur le système vasomoteur est non moins digne d'être étudiée.

Le cas de notre malade nous en fournit une preuve aussi complète que vous pouvez le désirer.

Chez cet homme, en effet, les troubles de la circulation capillaire se sont accusés par l'œdème des mains et des avant-bras, par des hémorragies abondantes, sous forme d'épistaxis, par une inflammation, des noyaux de pneumonie au sommet et au centre du poumon droit; nous avons de plus observé chez lui un trouble sécrétoire, la diarrhée, un trouble dans les températures locales, le refroidissement notable des avant-bras; enfin un trouble dans la nutrition, la gangrène symétrique des extrémités,

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 janvier 1884.

Tels sont, en réalité, les principaux effets des néphrites sur le système vaso-moteur.

Parmi eux on remarque d'abord des *troubles dans les circulations locales*. De ces troubles, le plus apparent et le plus fréquent c'est l'*œdème :* l'œdème sous-cutané, l'*œdème* pulmonaire. Cet œdème dépend bien d'un désordre vaso-moteurs quand, par exemple, vous le rencontrez dès le début d'une néphrite sans qu'il y ait encore hypo-albuminose, c'est-à-dire déperdition préalable d'albumine ; il est même probable que l'hypo-albuminose ne suffit pas pour produire l'œdème des périodes avancées de l'affection, car il m'est arrivé de rencontrer des sujets chez lesquels ce symptôme faisait défaut, bien que depuis longtemps leur urine se coagulât en masse sous l'action de l'acide nitrique et de la chaleur. Il en est de même des cas où l'œdème se développe en dehors des lois de la pesanteur : tel est l'œdème du visage, tel l'œdème des parties génitales, qu'on peut rencontrer l'un et l'autre au début des néphrites ; tel est encore l'anasarque unilatéral consécutif à une contusion du rein, phénomène dont Potain a observé cinq cas qui ont été succinctement rapportés dans un numéro tout récent de la *Gazette des hôpitaux;* tel est enfin cet œdème pulmonaire du sommet droit que j'ai vu une fois se faire prendre pour de la tuberculose. L'œdème albuminurique est donc moins lié aux conditions mécaniques qu'aux conditions dynamiques de la circulation capillaire ; il rappelle l'œdème qu'en physiologie expérimentale Budge et Waller ont produit par la section du grand sympathique, ceux que Ranvier a provoqués soit par la section du grand sympathique, soit par l'excitation du tympanico-lingual, celui que Brown-Séquard a obtenu par l'ablation partielle du ganglion cervical supérieur. Il vient cliniquement se ranger à côté de cet œdème nerveux que chez une hystérique nous avons vu l'année dernière occuper tout le côté gauche du corps ; de cet œdème qui accompagne parfois les névralgies faciales ; de celui que Mougeot a vu, à la suite de blessures, occuper les parties où se distribuait un nerf lésé ; enfin de ces œdèmes par néphrites observées par Leudet chez des sujets empoisonnés par le charbon.

Un phénomène qui souvent accompagne l'œdème albuminurique peut aussi se montrer en dehors de lui : c'est *la congestion*. Il y a dans les néphrites des congestions pulmonaires ou broncho-pulmonaires à caractère actif avec râles très fins et souffle léger, susceptibles d'occuper le sommet et non la base, comme les œdèmes passifs ou les congestions par stase sanguine. Ces congestions actives peuvent même aboutir à des hémorragies et des hémoptysies, comme Dieulafoy l'a signalé. Elles peuvent encore *donner à l'inflammation*, comme Lasègue l'a entrevu dans son travail sur les bronchites albuminuriques, et ces inflammations par noyaux disséminés peuvent même aboutir à l'hépatisation grise, sur certains points du moins, comme je vous le faisais observer chez les deux sujets atteints de néphrite qui ont succombé dernièrement dans nos salles. Ce que nous constatons d'une manière si positive sur le poumon, se produit très probablement aussi, mais d'une manière moins évidente, du côté du cerveau. C'est cependant ce caractère congestif des phénomènes morbides qui explique les heureux effets de la saignée dans certains cas d'éclampsie puerpérale. Comment aussi, sans invoquer l'action réflexe vaso-motrice, nous rendre compte de cette céphalalgie et de cette tendance au coma que nous avons récemment observées chez notre albuminurique du n° 14 de la salle Ducros, phénomènes qu'on n'aurait pas manqué d'attribuer à l'urémie s'ils n'étaient survenus au moment où l'oligurie avait, sous l'influence du traitement, disparu depuis plusieurs jours pour être remplacée par une polyurie avec élimination d'urée supérieure à la normale? Notez encore que ces phénomènes cérébraux ont coïncidé avec l'apparition d'un œdème actif limité à la cuisse droite. Chez les enfants scarlatineux, les convulsions par fluxion cérébrale paraissent également précéder parfois la véritable urémie. Je ne prétends pas cependant que la fluxion soit la seule cause des phénomènes cérébraux dans les néphrites. Deux malades nous ont été, ces temps derniers, apportés dans le coma ; en pareille occurrence, je fais toujours pratiquer le cathétérisme pour examiner l'urine. Chez un de ces malades, il n'y eut pas d'albuminurie, mais seulement une oligurie ; à l'autopsie, dans les deux cas, les reins étaient profondément malades, mais la congestion cérébrale paraissait insuffisante comme cause prochaine de mort ; il est vrai que rien ne change comme une congestion cérébrale après la mort. Ces fluxions du cerveau peuvent parfois aboutir à des hémorragies si les apoplexies cérébrales signalées par Dieulafoy au début des néphrites ne sont pas de pures coïncidences.

Les congestions sont plus évidentes du côté de la pituitaire et fréquemment elles y aboutissent à des hémorragies, c'est-à-dire à ces épistaxis qui ont été si justement signalées par Rayer. Chez les vieillards et chez les goutteux, l'épistaxis peut mettre le médecin sur la voie d'une néphrite commençante. On peut bien incriminer alors une altération des capillaires ; mais ces épistaxis sont trop abondantes pour tenir à de simples lésions capillaires ; elles sont d'ailleurs précédées de céphalalgies congestives que l'on confond trop souvent avec des migraines et qu'elles font disparaître provisoirement.

Enfin, du côté de l'estomac, ces congestions peuvent aboutir à des hématémèses, suivant l'observation de Charcot, et, du côté de l'utérus, à des métrorragies, suivant la remarque de West. Les divers organes du corps peuvent ainsi payer leur tribut à ce processus fluxionnaire, qui peut même devenir un processus inflammatoire dont l'action se porte tantôt sur le viscère, tantôt sur son enveloppe séreuse. Suivant une remarque de Dickinson, les pneumonies et les inflammations viscérales proviendraient plutôt des néphrites parenchymateuses et les inflammations des séreuses paraîtraient plutôt liées aux néphrites interstitielles.

Après l'œdème, la congestion plus ou moins inflammatoire et l'hémorragie, je dois vous signaler dans les néphrites certains *troubles sécrétoires*, qui sont eux aussi des troubles vaso-moteurs, qui correspondent à l'œdème, qui sont des œdèmes à la surface des muqueuses, reconnaissant la même origine, affectant le même type aigu fluxionnaire que les œdèmes sous-cutanés. Aux œdèmes sous-cutanés correspondent, en effet, les exhalations séreuses du tube digestif. J'en connais trois : la première est tout à fait exceptionnelle, je ne l'ai observée que sur un seul malade, c'est une exhalation buccale très abondante de sérosité légèrement sanguinolente, coulant la nuit sur le traversin ; de leur côté, les Anglais, qui usent très largement du calomel, ont observé dans la maladie de Bright la remarquable rapidité de la salivation hydrargyrique ; le plus souvent, par contre, il faut noter la sécheresse de la bouche et de la gorge chez les sujets atteints de néphrite interstitielle, ce qui peut s'expliquer par la déperdition abondante et prolongée de liquides par les voies urinaires, mais il m'est arrivé d'être

mis sur la voie du diagnostic d'une néphrite récente par la sécheresse de la langue. La seconde est moins rare ; je veux parler de vomissements séreux très abondants et renfermant une petite quantité d'urée. La troisième, enfin, est très commune : c'est une diarrhée aqueuse, celle précisément que notre malade présentait.

Ces phénomènes finiront par être urémiques ; ils servirent de voie d'élimination à l'urée, mais ils ne sont pas primitivement urémiques; ils se montrent trop souvent près du début de l'affection, avant l'urémie, et la quantité d'urée que renferment ces produits, les vomissements en particulier, est trop faible pour être considérée comme la cause du flux. On rencontre parfois des phénomènes analogues, sans oligurie préalable, dans une affection des centres nerveux, l'ataxie. C'est encore en petit, avec une marche plus lente et une moindre intensité, la diarrhée séreuse, le vomissement aqueux du choléra, où la perturbation du grand sympathique n'est pas douteuse. Il y a là un trouble vaso-moteur alternant parfois avec cet autre trouble vaso-moteur qui produit les œdèmes et les congestions.

De même la bronchite albuminurique paraît être à l'œdème albuminurique du poumon ce que les troubles sécrétoires du tube digestif sont aux œdèmes sous-cutanés, phénomènes fluxionnaires, souvent transitoires, quelquefois primordiaux, urémiques seulement à une époque ultérieure.

EXPÉRIENCES

SUR LES SENSATIONS DE CONTRACTION MUSCULAIRE

Par M. le docteur A. Bloch.

Ce travail se divise en deux parties : la première comprenant la recherche des sensations musculaires dans les mouvements actifs ; la seconde établie sur l'étude des sensations qui résultent de la résistance musculaire à des charges variables.

1° Je me suis servi du dispositif suivant : Je me place devant un paravent à deux feuilles, dont les faces, couvertes de papier blanc, sont divisées en carrés de 5 centimètres de côté.

Je cherche à poser les deux mains symétriquement sur les deux papiers quadrillés et je marque au fusain les points qui me semblent correspondants.

Reportant tous ces points sur une feuille quadrillée aux 2/5 de la réalité, j'observe des écarts inégaux : de 1 à 2 centimètres dans les régions voisines du corps et situées à la hauteur du visage et de la poitrine ; des erreurs entre les deux mains atteignant de 5 à 7 centimètres dans les zones éloignées du corps et qui, pour être touchées par les fusains, ont nécessité une extension plus ou moins grande des bras.

Cela posé, je recommence l'expérience en faisant porter un bras par un aide, tandis qu'en même temps je place l'autre bras dans une situation qui me paraît symétrique avec celle du membre passif.

Il est bien entendu que toutes ces épreuves se font les yeux fermés.

Or, dans ce dernier cas, les traces sont semblables aux premières.

D'où je conclus que la sensation musculaire est de peu d'effet dans l'appréciation des mouvements que nos membres exécutent et que les modifications des articulations, de la peau, etc., suffisent à nous indiquer la position d'une partie du corps, sans que la contraction musculaire nous aide dans la connaissance de cette notion.

En passant un poignet dans une anse de caoutchouc, on a encore la même symétrie, malgré les efforts que les muscles du bras suspendu sont forcés de faire.

La simultanéité des deux mouvements est une condition de leur symétrie et, lorsqu'ils sont exécutés successivement, les écarts deviennent considérables.

Je compléterai cette première partie en exposant les résultats d'expériences faites au moyen d'un volume dont il s'agit de prendre, entre l'index et le pouce de chaque main, un nombre égal de pages.

Les erreurs commises n'augmentent pas sensiblement, lorsque les doigts d'une main sont tirés en sens inverse par deux bandes de caoutchouc.

Ici encore, la sensation musculaire joue un rôle absolument effacé.

2° Les sensations de résistance ont été étudiées, soit en suspendant aux deux index des charges variées, jusqu'à ce que la différence de poids se manifeste, soit en augmentant progressivement un poids suspendu à un doigt, jusqu'à ce que cet accroissement se fasse sentir.

L'effet sensoriel est dû à deux facteurs : la pression à la peau et la contraction de résistance musculaire.

J'estime la constante proportionnelle qui donne la sensation de différence à 1/8 du poids total.

J'ai cherché ensuite à étudier séparément chacun des éléments physiologiques qui viennent d'entrer en jeu.

Pour éliminer la contraction musculaire, je place le doigt au-dessus d'un anneau rigide et fixe. Le poids suspendu n'agit plus que sur la sensation de pression cutanée.

Je trouve, pour cette sensation, une constante proportionnelle de 1/3 à 1/4 du poids total.

Pour examiner la contraction musculaire seule, je serre le doigt dans les tours d'un fil de caoutchouc, ce qui annihile la faible pression des poids graduels. J'emploie ensuite un autre moyen.

Tenant un poids d'une main, je suspends à mon autre bras un poids égal au premier et cherche, en faisant glisser la charge le long du bras, quelle position donne la sensation de différence entre les deux poids.

Le calcul des bras de levier donne les valeurs comparatives des charges. Dans ce cas, ainsi que dans l'expérience avec le fil de caoutchouc, je trouve encore de 1/3 à 1/4 du poids total comme constante proportionnelle.

De ce qui précède, je crois pouvoir ainsi conclure :

Dans les mouvements actifs, les sensations musculaires sont tellement voilées par les autres sensations de déplacements, que la notion musculaire nous échappe.

Dans les contractions de résistance à une charge suspendue, les différences de poids perceptibles se présentent comme constante proportionnelle équivalent à 1/4 du poids total.

Dans l'acte ordinaire, qui consiste à soulever des poids variables, les deux modes de sensation, cutanée et musculaire, s'ajoutent, la constante proportionnelle n'est plus alors que de 1/8 du poids total.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 janvier 1884. — Présidence de M. Duval.

COMMUNICATIONS

Influence de l'atropine sur le cœur. — M. LABORDE fait une communication sur l'influence de l'atropine sur le cœur. Il a constaté dans un grand nombre d'expériences que, sous l'influence d'une dose massive d'atropine, le nerf pneumo-gastrique a perdu sa sensibilité et conséquemment son action d'arrêt sur le cœur. Il y a là, selon M. Laborde, une raison de l'administration de l'atropine dans les cas d'anesthésie par le chloroforme. Toutefois le mélange de l'atropine et de la morphine, comme l'ont démontré MM. Dastres et Morat (voir *Gazette des hôpitaux*, 1883), met encore plus sûrement que l'atropine seule à l'abri de la syncope cardiaque du début de la chloroformisation. On sait, en effet, que c'est par la respiration que le chloroforme tue expérimentalement. Or, si l'on possède un moyen d'éviter la syncope cardiaque, on court

moins de danger, attendu qu'il est toujours facile de ranimer la respiration tant que le cœur ne cesse pas de battre. Jusqu'à ce que la méthode des mélanges titrés d'air et de chloroforme imaginée par M. Paul Bert soit rendue absolument pratique et passe dans le domaine de la chirurgie courante, M. Laborde pense qu'il y a lieu d'engager les praticiens à recourir à l'atropinisation préventive dans les cas d'anesthésie par le chloroforme. Il se joint à MM. Dastres et Morat pour préconiser cette pratique qui lui paraît appelée à rendre de grands services.

Pseudo-hermaphrodisme. — **M. POZZI** présente un sujet de vingt-sept ans qui a été inscrit comme fille et qui est bien manifestement un homme présentant un curieux arrêt de développement.

Ce malade a fait l'objet d'une leçon clinique de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, que nous publierons.

De l'acholie. — **M. HANOT** communique une observation d'oblitération complète du canal cholédoque sans ictère concomitant. C'est un nouveau fait que vient éclairer l'étude de l'acholie véritable, au sujet de laquelle M. Hanot fera prochainement une communication.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1884. — Présidence de M. BUCQUOY.

COMMUNICATIONS

De la transfusion du sang. — **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** lit, au nom de **M. HAYEM**, une note manuscrite relative à la communication de M. Dieulafoy sur la transfusion du sang.

Cette communication, écrit M. Hayem, soulève trois questions distinctes : 1° la transfusion peut-elle être considérée comme un bon moyen hémostatique ; — 2° peut-elle être considérée comme un moyen propre à combattre les accidents urémiques ; — 3° doit-elle être appliquée au traitement de la maladie de Bright. Ce sont là trois questions distinctes que M. Hayem étudie et discute avec soin. Puis il arrive aux conclusions suivantes : 1° La transfusion peut être considérée comme un moyen hémostatique d'une grande importance ; 2° l'hémorragie, et en particulier l'hémorragie *post partum*, est donc sa principale indication ; 3° la transfusion offre certains dangers particuliers : par exemple, elle a la propriété de rendre le sang plus coagulable ; 4° toute cachexie avancée, la phlegmatia alba dolens, doivent être considérées comme des contre-indications formelles de l'opération.

Pneumonie scléreuse des vieillards. — **M. DEBOVE** communique l'observation d'un homme de soixante ans qui depuis dix ans présentait tous les signes d'une affection pulmonaire chronique : expectoration abondante et purulente, hémoptysies répétées dont la première avait eu lieu en 1884, sueurs nocturnes, fièvre vespérale. L'examen de la poitrine révélait un souffle caverneux typique, au sommet du poumon gauche, une diminution de la sonorité et des râles crépitants disséminés à droite. Au premier abord le diagnostic de phtisie pulmonaire semblait s'imposer. Cependant il y a plus d'un an déjà que M. Debove ayant cherché des bacilles dans les crachats n'en trouva pas. Il dut donc abandonner le diagnostic de tuberculose pulmonaire pour celui de pneumonie chronique. Ce malade ayant succombé à une grave affection nerveuse dont il était également atteint, voici ce qu'on trouva à l'autopsie ; à droite, au sommet, induration pulmonaire ; à gauche, cavités volumineuses d'un aspect tout différent de celui des cavernes tuberculeuses, nodules, petits abcès dont un examen histologique attentif permit d'affirmer qu'il ne s'agissait pas de tubercules. Il s'agissait donc d'une pneumonie scléreuse, ulcéreuse dont la marche, en dehors même de l'absence des bacilles dans les crachats permit de la distinguer de la tuberculose.

M. DU CASTEL fait observer que la communication de M. Debove touche à une grave question, celle des phtisies chroniques. Il faut, surtout chez les vieillards, bien distinguer la phtisie tuberculeuse de ces pneumonies chroniques, scléroses non parasitaires donnant lieu plus particulièrement à certains symptômes tels que des hémoptysies répétées. Le processus d'ulcération, dans ces cas, est très différent de celui de la caverne tuberculeuse. Enfin le malade de M. Debove avait une affection nerveuse grave ; or il y a lieu de penser que les affections du système nerveux à longue échéance ne sont peut-être pas sans influence étiologique sur la production de ces pneumonies scléreuses chroniques.

M. BUCQUOY rappelle un fait identique à celui de M. Debove. C'est celui qui a été observé dans son service et dont s'est servi M. Sée pour répondre à M. Colin, dans la discussion actuellement pendante à l'Académie de médecine (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 51). Il s'agit d'un homme qui présentait tous les signes les plus évidents d'une phtisie pulmonaire et dans les crachats duquel il n'a jamais été possible de trouver des bacilles. Cet homme ayant succombé à une affection cardiaque concomitante, on trouva à l'autopsie une sclérose pulmonaire et l'examen histologique le plus complet du poumon ne parvint pas à découvrir la moindre lésion tuberculeuse. L'examen des crachats est donc un moyen de diagnostic précieux dans la phtisie.

M. FÉRÉOL a récemment observé un malade dont l'histoire est la contre-partie de celle des deux précédents. Il s'agit d'un vieillard qui présentait tous les signes d'une tuberculose avancée ; mais la résistance opiniâtre de ce malade, la persistance de la vie en présence d'une affection aussi avancée, pouvait inspirer quelques doutes et faire croire à l'existence d'une simple dilatation bronchique. Toutefois on a toujours trouvé des quantités considérables de bacilles dans les crachats. En effet, l'autopsie a révélé toutes les lésions de la tuberculose la mieux caractérisée et la plus avancée.

M. OLLIVIER a pu constater, à Ivry, la fréquence de ces pneumonies scléreuses du sommet chez les vieillards. On est souvent assez embarrassé pour faire le diagnostic différentiel de ces formes de pneumonies scléreuses avec ulcérations dans la tuberculose.

M. DEBOVE ne partage pas l'opinion de M. Ollivier sur la fréquence de ces pneumonies.

De la transfusion du sang dans le diabète sucré. — **M. DIEULAFOY** avait depuis longtemps l'intention d'essayer la transfusion dans le traitement du diabète sucré quand, au mois de novembre dernier, un malade atteint de cette affection entra dans son service. Cet homme, malade depuis six ans, avait, au début, présenté plutôt les symptômes d'une néphrite, épistaxis, dyspnée, céphalée, crampes dans les membres inférieurs, etc. Ce ne fut que plus tard qu'apparurent les symptômes du diabète, polydipsie, polyphagie, amaigrissement, gingivite, chute des dents, des cheveux, etc.

Lors de son entrée à l'hôpital, il rendait par vingt-quatre heures 2,300 grammes d'urine contenant 1gr,30 d'albumine, 29 grammes de sucre et 17 grammes d'urée. La densité était de 1020.

Le traitement fut le suivant : 4 litres de lait, 600 grammes de viande et, pour augmenter le diabète, 750 grammes de pain, 125 grammes de vin et de quinquina. Sous l'influence de ce traitement, la quantité d'albumine diminua progressivement et finit par disparaître complètement. En même temps le chiffre de l'urée, qui était de 17 grammes, devint 30 grammes pour le second jour, 34 pour le troisième, puis 37, 49, etc.

Le sucre, au lieu de 25 grammes, monta à 79 grammes, 133, 186, 243 grammes. Ce traitement fut ainsi suivi jusqu'à ce que le chiffre élevé du sucre permit d'opérer la transfusion dans les conditions les plus défavorables. M. Dieulafoy injecta à ce malade, à l'aide de l'appareil qu'il vient d'imaginer, 65 grammes de sang.

Le résultat de cette transfusion, au point de vue de la glycosurie, fut absolument nul. Malgré cet échec, M. Dieulafoy pratiqua quelques jours après une seconde transfusion de 95 grammes. Même résultat absolument nul. Neuf jours après, nouvelle trans-

fusion de 120 grammes restant, comme les précédentes, sans effet sur la marche de la maladie.

Éclairé dès lors sur l'inefficacité de ce mode de traitement, M. Dieulafoy modifia complètement le régime du malade; il supprima le lait, remplaça le pain ordinaire par du pain de gluten, etc. Le résultat obtenu fut des plus nets : l'urine, qui contenait 219 grammes de sucre, le lendemain n'en contenait plus que 54, le lendemain 45, et ainsi de suite jusqu'à ce que la glycosurie disparût complètement. Le chiffre de l'urée cependant reste toujours élevé.

Cette observation semble démontrer d'abord l'innocuité absolue de la transfusion, pratiquée dans certaines conditions opératoires, même chez les diabétiques, en second lieu sa complète inefficacité dans la variété de diabète qui est due à la mauvaise élaboration des aliments. C'est donc, en pareil cas, encore au traitement de M. Bouchardat qu'il faut avoir recours.

M. Dieulafoy présente l'appareil qu'il a fait construire par M. Collin et donne la description de son procédé opératoire (voy. *Gazette des hôpitaux,* 1884, p. 52).

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De la bronchite fétide et de son traitement par l'hyposulfite de soude (1), par M. le docteur Albert Leviez.

La bronchite fétide est une affection inflammatoire des bronches, caractérisée anatomiquement par la mortification de la muqueuse et, cliniquement, par une expectoration abondante, d'une odeur fétide, nauséabonde, assez semblable à l'odeur de gangrène.

Les cas légers de bronchite fétide peuvent guérir et guérissent souvent sans médication énergique : quelques soins hygiéniques, des tisanes pectorales la font céder rapidement ; mais si la maladie s'accompagne d'amaigrissement, de toux fatigante, de fièvre, d'oppression, etc., il est alors nécessaire d'avoir recours à un traitement plus actif.

Dans ces cas sérieux, graves même, les moyens thérapeutiques peuvent se ranger sous deux chefs principaux : les uns s'adressent à l'état général, à la nutrition; les autres, aux symptômes prédominants, dangereux ou pénibles pour le malade.

Le traitement de l'état général devant agir sur la nutrition, on s'efforcera tout d'abord de rétablir les fonctions digestives. On prescrira donc une nourriture substantielle, mais toujours proportionnée à l'état des organes; les viandes rôties, les potages, etc., constitueront une alimentation qui, dans les cas peu graves, sera généralement bien supportée. Une quantité modérée de vin de Bordeaux, agissant comme tonique et stimulant, est également indiquée. Le vin de quinquina, les boissons amères sont aussi très utiles.

Dans les cas sérieux, le régime lacté exclusif, si l'on parvient à le faire admettre par les malades, rendra de très grands services ; si on ne peut les décider à ne prendre que du lait, on administrera de temps en temps, concurremment avec lui, quelques bouillons légers, un œuf peu cuit, etc.

Quand il existe de la diarrhée, il faut supprimer toute espèce d'alimentation et s'en tenir strictement au régime lacté, puis employer les moyens ordinaires, c'est-à-dire l'opium, le sous-nitrate de bismuth, etc.

Laissant de côté les agents antiseptiques, révulsifs et vomitifs, d'une utilité incontestable, M. le docteur Leviez concentre son attention sur l'expectoration qu'il s'agit de modifier, quant à son abondance et à son odeur, et fait connaître les résultats obtenus par M. Lancereaux par l'emploi de l'hyposulfite de soude.

« L'hyposulfite de soude est administré et l'un des premiers phénomènes qui indiquent l'amélioration, c'est la diminution de l'odeur de l'haleine et de la fétidité des crachats, d'abord dans l'intervalle des quintes de toux, puis au moment même de ces quintes; à partir de ce moment, l'appétit revient, les couleurs reparaissent, les forces augmentent un peu, les crachats se modifient, l'état local s'améliore en même temps que l'état général ; le malade regagne bientôt le poids qu'il avait perdu, se trouve bien et demande sa sortie, après un traitement de six semaines. »

Quand la maladie est récente, que les bronches ne sont pas ulcérées et que le médicament est administré de bonne heure, l'odeur des crachats et de l'haleine disparaît très rapidement. Il n'en est pas de même si la maladie est ancienne, si les bronches ulcérées ont résorbé les matériaux putrides qu'elles contenaient et si l'hyposulfite a été administré trop tard, car alors l'infection s'est généralisée et ce sel, tout en agissant sur les ferments du sang, n'arrête pas de suite leur développement et ne permet pas au malade de se rétablir aussi vite. Un des points importants de la médication est donc de donner le plus tôt possible l'hyposulfite de soude et de le continuer pendant longtemps, de façon à en saturer le malade.

Le mode d'emploi de l'hyposulfite de soude est des plus faciles ; on l'administre à la dose de 4 à 5 grammes dans une potion qu'on renouvelle tous les jours pendant cinq ou six semaines. Durant la médication les fonctions digestives n'éprouvent aucun dérangement, l'appétit revient, et petit à petit les malades entrent en convalescence.

L'action du médicament ne se fait pas sentir dès l'absorption; il faut au moins plusieurs jours.

« L'action de cette substance, dit M. Lancereaux, n'est pas immédiate, elle exige un certain nombre de jours, une semaine et plus, avant de se manifester. Les premiers phénomènes qui sont venus nous renseigner sur l'efficacité de cet agent ont été l'atténuation de l'odeur de gangrène, la diminution de la sécrétion bronchique et enfin la modification des crachats, dont la coloration grisâtre disparaissait au fur et à mesure qu'ils devenaient plus visqueux. De temps à autre, il est vrai, la fétidité de l'haleine et des crachats se faisait sentir avec une intensité nouvelle, mais elle ne durait pas, et, en somme, elle continuait à s'amoindrir jusqu'à ce qu'elle disparût complètement. »

(1) In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — A. Parent et Davy.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Fernand Delisle a été élu, par 29 voix sur 29 votants, médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement de Paris.

— M. Lotar, professeur à la Faculté de médecine de Lille, est nommé officier de l'instruction publique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Bessac (Marie-Charles-Joseph), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du laboratoire de physique, en remplacement de M. Jays, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Klein, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de chimie.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. Destrem, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de chimie.

— *École de médecine de Tours.* — M. Grandin, professeur de chimie et de toxicologie, est chargé, en outre, d'un cours de physique à ladite école.

— Sont nommés, pour trois ans, membres du conseil départemental de l'instruction publique des départements ci-dessous désignés :

MM. les docteurs Tavera (Corse) ; Rigal et Delbosc (Tarn).

— M. le docteur Gélis est nommé médecin-adjoint du lycée de Cahors (emploi nouveau).

— M. le docteur Guillaume est nommé médecin-adjoint du lycée de Vesoul (emploi nouveau).

— M. le docteur Verdier est nommé médecin-adjoint du lycée d'Auch, en remplacement de M. le docteur Samalens, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Allard, médecin-adjoint du lycée de Grenoble, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le docteur Charvet, démissionnaire.

M. le docteur Berthollet est nommé médecin-adjoint du lycée de Grenoble, en remplacement de M. le docteur Allard, nommé médecin titulaire.

— Le congrès des Sociétés savantes commencera à la Sorbonne, le mardi 15 avril 1884, à midi et demi. Les journées des mardi 15, mercredi 16 et jeudi 17 seront consacrées aux travaux du congrès. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 19 avril, à deux heures précises.

— M. le docteur Lancereaux reprendra ses leçons cliniques, à l'hôpital de la Pitié, le mercredi 1er février et les continuera le lundi et le vendredi de chaque semaine.

Botanique et plantes médicinales, divisé en trois parties : I. *Éléments de botanique*; II. *Plantes officinales*; III. *Dictionnaire des simples*; par le docteur Antonin Bossu. — Quatrième édition du *Traité des plantes*, transformé, du même auteur. — 1 vol. in-12 compact, orné de 1029 figures (sans double emploi), toutes accompagnées de leurs légendes respectives. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Bloud et Barral, 4, rue Madame, et chez l'auteur, 5, rue Saint-Benoît.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15672.

40

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henr'.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre	....	1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..	....	
Chlorure de sodium	....	
Matières organiques	....	

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

74

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue**. — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boite, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

68

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre : *Maladies du cœur*, diverses *Hydropysies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

94

Sirop du docteur Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

134

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

39

Goudron-Verne SOLUBLE

permettant de préparer : 1° une LIQUEUR qui *seule* contient *tous les principes* du goudron et qui n'est pas une simple teinture ayant l'odeur et la saveur, mais nullement l'action curative de ce médicament. — 2° Des **Pilules dragéifiées** facilement assimilables et parfaitement tolérées, même par les enfants. Elles remplacent avantageusement le *goudron en capsules* qui ne peut pas être ordonné à tous les malades et jamais à hautes doses comme le *goudron soluble*. — Formules publiées par le Jal de phie et de Chie, par le *Répertoire de phie*, par l'*Union pharmaceutique*, par le *Jal de phie* d'Anvers, etc. — Paris, Phie, 25 rue Coquillière. Medaille, exposition universelle d'Amsterdam.

14

Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant. E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

22

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

91

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

241

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

66

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la Viande.

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

103

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boite : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

93

Vichy, eau minérale naturelle

Sources : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac ; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

150

FIÈVRES, ANEMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

Adh. DETHAN, ph., rue Baudin, 23, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger.

Bellini

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. Éloge de M. Paul Broca. — Prix de 1881. — Nouvelles scientifiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 30 janvier 1884. — Présidence de M. GUÉNIOT.

M. LE PRÉSIDENT remercie la Société de la bienveillance qu'elle lui a témoignée pendant la durée de ses fonctions.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL donne lecture du rapport sur les travaux de la Société pendant l'année 1883.

M. HORTELOUP, secrétaire général, prononce l'éloge suivant :

ÉLOGE

De M. PAUL BROCA, ancien président de la Société de chirurgie, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux, directeur du laboratoire d'anthropologie de l'École des hautes-études, sénateur.

Messieurs,

La carrière de M. Broca a été une des plus brillantes que puisse rêver l'ambition humaine, et notre illustre collègue a dû connaître toutes les joies, toutes les satisfactions d'amour-propre que peuvent donner de grands et légitimes succès. Mais, sans hésitation, il les aurait certainement toutes données pour celles que lui réservait la soirée du 19 février 1880, où ses élèves, ses amis, ses collègues l'entouraient pour célébrer son élévation à la dignité de sénateur inamovible.

De tous les points de la France ils étaient accourus, heureux de féliciter de ce nouveau triomphe celui qu'ils aimaient, heureux d'applaudir au choix de la Chambre haute qui venait de faire entrer dans le Parlement un homme dont l'immense savoir pouvait rendre de si grands services au pays.

Aussi l'émotion fut-elle vive lorsque M. Broca prononça cette phrase : « Si j'étais superstitieux, je croirais qu'un grand malheur me menace, car jamais je n'ai été si heureux. »

Six mois ne s'étaient pas écoulés que nous apprenions avec consternation la mort de M. Broca.

Quelques heures, quelques secondes peut-être avaient suffi pour anéantir une des plus belles intelligences dont ait le droit de s'enorgueillir une nation.

En présence d'un évènement aussi inattendu, frappant, dans la maturité du talent, un homme qui pouvait compter encore sur de nombreuses années de vie, ne serait-on pas tenté de répéter les paroles que la douleur arrachait à Bossuet devant le cercueil d'un grand de la terre : « Non, après ce que nous venons de voir, la santé n'est qu'un nom, la vie n'est qu'un songe, la gloire n'est qu'une apparence, tout est vain en nous. »

Cette mélancolique réflexion, hélas ! trop souvent vraie, lorsque, pour tout souvenir de son passage sur cette terre, un homme ne laisse que les titres des places qu'il a occupées, n'est pas à redouter pour le travailleur; et à qui pourrait-on plus justement donner ce glorieux surnom qu'à M. Broca, dont les ouvrages sont si nombreux qu'à peine pourrais-je tous les énumérer?

Jamais plus qu'aujourd'hui, Messieurs, je n'ai compris le périlleux honneur d'être votre secrétaire général, car, pour parler dignement devant vous de M. Broca, il faudrait.... un autre Broca ; il faudrait être l'écrivain élégant à qui vous devez les inimitables éloges de Bonnet, de Gerdy, de Lenoir, il faudrait être le critique au jugement impartial et élevé, pour vous exposer tous ses grands travaux chirurgicaux; il faudrait, enfin, posséder son savoir encyclopédique pour vous conduire sûrement à travers ce labyrinthe anthropologique dont son vaste cerveau avait entrepris la conquête.

J'ai peu fréquenté M. Broca, et je craignais de ne pouvoir apprécier ces qualités intimes qui le rendaient si cher à ceux qui l'approchaient ; mais une heureuse circonstance m'a permis, je l'espère, de combler ce vide. J'ai eu entre les mains la correspondance que M. Broca échangea avec ses parents depuis son arrivée à Paris, et j'ai passé de bien agréables instants dans la lecture de ces lettres écrites sans préparation, où la joie, les craintes, les espérances sont exposées à cœur ouvert. En 1841, le service postal ressemblait peu à celui que nous possédons, et la raison d'économie exigeait souvent qu'on attendît une occasion pour écrire ; aussi ces lettres, dans lesquelles M. Broca racontait non seulement sa vie, mais tout ce qui se passait dans les hôpitaux, à la Faculté, forment-elles de véritables mémoires.

Vous me permettrez, Messieurs, d'y faire quelques emprunts, et j'espère que vous ne le regretterez pas.

Quoique éloigné de la maison paternelle, M. Broca était tenu au courant de tout ce qui s'y passait, et j'ai pu me croire transporté à Sainte-Foy-la-Grande, au milieu de cette vieille famille huguenote qui eut pour règles de la vie le travail et le devoir, pour principes le libéralisme, l'équité et le dévouement.

Pendant quelques heures j'ai cru vivre auprès de son père, le docteur Benjamin Broca, homme de bien, qui rapporta de son service, pendant la guerre d'Espagne, l'horreur des dissentiments politiques et religieux, et qui fut toujours prêt à se rendre au premier appel d'un malade, sans savoir s'il trouverait des honoraires péniblement gagnés; auprès de ses vieilles tantes qui, après avoir protégé l'enfance du père, étaient heureuses de reporter sur le fils toute leur sollicitude ; auprès de sa mère, femme d'un esprit supérieur, qui exerça sur son fils la plus grande influence. Mme Broca, fille d'un pasteur, M. Thomas, maire de Bordeaux sous la République, avait assisté aux regrettables journées de la Terreur blanche pendant la Restauration : aussi donna-t-elle de bonne heure à son fils l'amour de la liberté, mais de la liberté pour tous, et, s'inspirant, peut-être sans le savoir, de Voltaire, elle chercha à lui enseigner que « la tolérance est aussi nécessaire en politique qu'en religion, et que c'est l'orgueil seul qui est intolérant ».

Ce fut elle qui développa chez son fils cette régularité dans le travail que nous avons tous admirée et qui permit à M. Broca de mener de front des occupations qui auraient pu suffire à l'activité de plusieurs.

On retrouve, pendant les premières années de cette correspondance, la preuve de l'inquiète sollicitude de Mme Broca. Pas une nouvelle occupation, pas une distraction dont son fils ne lui rendît compte ; elle voulait connaître tout ce qu'il faisait, et, même chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté, M. Broca envoyait encore à sa mère un tableau indiquant jour par jour, heure par heure, l'emploi de son temps.

Pas une acquisition n'était faite sans que le fils n'en référât à Sainte-Foy ; souvent les négociations étaient difficiles : vite une longue lettre au raisonnement précis, à la discussion serrée, venait détruire de fond en comble l'objection et dissiper les craintes. A propos d'un nouvel embellissement, qui n'était pas accueilli favorablement, il fallut plusieurs lettres, et la dernière se terminait ainsi : « Je pourrais bien me passer de votre consentement, car j'ai l'argent nécessaire dans mon tiroir, mais vous savez bien, mes chers parents, que je ne veux rien faire sans votre assentiment, et que je ne ferai jamais rien que vous n'approuviez pas. »

Toute cette correspondance, empreinte de ce respectueux sentiment filial, qui éclaire d'une façon touchante la grande figure de M. Broca, vient confirmer cette belle pensée d'un philosophe : « L'école de la volonté, c'est le foyer domestique ; c'est de là, c'est de ce centre béni que sortent les grandes affections et les caractères fortement trempés pour la lutte et le travail. »

M. Paul Broca est né dans la Gironde, à Sainte-Foy-la-Grande, le 28 juin 1824.

Ce fut au collège de cette petite ville qu'il fit toutes ses études ; à seize ans il obtenait le diplôme de bachelier ès lettres et quelques mois plus tard celui de bachelier ès sciences mathématiques.

Son désir était d'entrer à l'École polytechnique et, pour s'y préparer avec plus de chance, il obtint d'être chargé au collège du cours de mathématiques spéciales. Son succès était certain, lorsqu'un triste évènement vint changer ses projets. Ses parents ne voyaient pas sans peine leur fils embrasser une carrière qui devait forcément l'éloigner de la famille, mais une fille leur restait et l'espoir de l'établir près d'eux imposait silence à leurs regrets. Cette enfant leur fut enlevée lorsque M. Broca avait déjà subi les premières épreuves : il abandonne le concours, décide qu'il étudiera la médecine pour revenir à Sainte-Foy succéder à son père, et le 17 octobre 1841 il prenait sa première inscription.

Les premiers mois de son séjour à Paris furent pénibles, car, effrayés de voir leur fils vivre seul, M. et Mme Broca avaient obtenu qu'il entrât comme maître d'étude à Sainte-Barbe.

Les occupations, Messieurs, qui lui furent confiées n'étaient certes pas faites pour l'encourager : « Je ne suis pas maître d'étude, écrivait-il, je ne suis même pas surnuméraire, moins que cela, je suis exécuteur des hautes œuvres, bourreau ! C'est moi qui suis chargé de faire subir les punitions et surveiller les élèves pendant la retenue. »

Malgré ses modestes fonctions, si peu en rapport avec son caractère, M. Broca aurait pu rester encore longtemps à Sainte-Barbe si elles s'étaient accordées avec les heures des cours de la Faculté ; mais, au commencement du semestre d'été, il démontra si nettement l'impossibilité de pouvoir faire quelque chose de sérieux qu'il obtint, à sa grande joie, l'autorisation de quitter Sainte-Barbe.

Il se mit au travail avec acharnement, rédigeant avec soin tous ses cours, prenant des notes sur toutes ses lectures, commençant ce trésor bibliographique qui viendra en aide à sa surprenante mémoire.

Chacune de ses lettres nous le montre élargissant le cercle des études, en comprenant toute l'immensité ; mais, loin de s'en effrayer, se réjouissant d'étudier une si belle science malgré ses imperfections, et s'écriant avec l'enthousiasme d'un jeune néophyte : « Si l'on me donnait à choisir, j'aimerais mieux être Hippocrate que Napoléon. »

En 1843, il était nommé externe des hôpitaux et envoyé au Midi dans le service de M. Ricord.

« Je regrette, écrivait-il, d'étudier une spécialité dont je n'aurai jamais peut-être l'occasion de m'occuper à Sainte-Foy, mais je vois, dans le service, beaucoup de maladies différentes, car, suivant Ricord, la syphilis n'exempte de rien. Bien différent des autres spécialistes, ajoute-t-il, qui ne sortent pas de leur sujet, M. Ricord est fort sur toutes les branches. C'est lui qui ôta à la syphilis le cachet mystérieux qui l'entourait depuis le moyen âge. Malgré une clientèle immense, malgré la longueur de ses visites, malgré le travail que lui donne un grand ouvrage qu'il publie actuellement, il trouve encore le temps d'être en correspondance scientifique avec les sociétés étrangères, ce qui ne l'empêche pas d'être bon, rieur, patient avec ses malades, obligeant pour ses élèves ; aussi la voix publique qui se trompe peu, dit Fontenelle, lui a donné le nom de grand homme. C'est ainsi qu'il est connu dans les écoles. »

Il était difficile de dire en peu de mots et plus vrai et plus juste.

A la fin de l'année, M. Broca se présenta au concours de l'internat. Il n'existait pas encore, alors, de conférences organisées pour la préparation au concours de l'internat. M. Broca, avec cinq ou six amis, eut la bonne fortune de rencontrer un jeune docteur qui leur proposa de les diriger. La proposition était si extraordinaire qu'il crut nécessaire de lui demander ses conditions. « La seule récompense que je vous demande est de travailler assidûment, et tous mes vœux seront comblés si quelques-uns de vous sont reçus internes. » Ce jeune docteur était M. Martin-Magron, dont beaucoup d'entre nous n'ont pas oublié, j'en suis sûr, les bons conseils et le dévouement.

Après avoir inauguré la conférence Martin-Magron qui, pendant près d'un quart de siècle, fut la pépinière de l'internat, M. Broca devait, quinze ans plus tard, apporter une importante modification au mode de préparation du concours, en conseillant de remplacer l'étude des questions limitées par celle des sujets.

Le concours fut difficile : M. Broca, pendant plusieurs jours, crut à un échec ; j'ai retrouvé la longue lettre dans laquelle il raconte à son père les péripéties du concours, ses craintes de ne pas arriver et de voir ainsi son retour à Sainte-Foy retardé d'un an ; enfin, la liste parut, il était nommé l'avant-dernier. Le rang lui était bien indifférent et, pour juger de son bonheur, il suffit de citer le dernier paragraphe de sa lettre : « Comment, vous ne devinez pas ? Est-ce possible que vous n'ayez pas compris ; mais ne voyez-vous donc pas que... vivent les juges, vive tout, vive même le roi !... je suis interne ! »

Envoyé à Bicêtre dans le service de Leuret, il termina son année à Beaujon, chez Laugier. En seconde année, il avait désiré entrer dans le service de Gerdy, mais toutes les places étaient prises et il demanda celui de Piorry. Le jour où il allait retirer sa carte, on lui annonce que, par suite de démission, une place est vacante chez Gerdy : il la refuse ; mais à peine venait-il de quitter l'administration qu'un de ses collègues de Bicêtre, qui allait à la Charité, apprend la nouvelle, et, désirant vivement se retrouver dans le même hôpital que son ami, demande qu'on ne propose la place à personne avant qu'il ne l'ait revu, se met à sa recherche et le supplie d'accepter.

M. Broca cède à cet affectueux désir, ne soupçonnant pas que l'amitié, comme une bonne fée, venait, en le plaçant chez Gerdy, de changer à tout jamais sa vie ; car ce chef de service « sans façon et sans raideur, quoiqu'il soit justement célèbre », ainsi le dépeignait-il à son père, devait être pour lui un puissant protecteur qui allait le lancer dans la voie des concours et un ami qui imprimerait à son caractère une empreinte ineffaçable.

Ce fut, en effet, la sympathie que lui montra de suite Gerdy qui l'engagea à prendre part au concours de l'adjuvat, et le 5 août 1846, il était nommé aide d'anatomie ; il aurait pu être fier de ce succès, car, ainsi qu'il l'écrivait à ses parents : « Je suis aide d'anatomie à vingt-deux ans et personne ne l'a été avant vingt-trois ; mais, ajoute-t-il, tout l'honneur est pour vous qui m'avez mis à l'école à cinq ans, au collège à huit, pour vous qui m'avez donné le goût de l'étude et qui vous êtes imposé tant de privations pour le développer. »

A la fin de sa troisième année d'internat, il obtenait au concours une prolongation d'un an et il entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Blandin.

Six semaines après éclatait la Révolution de 1848, qui répondait trop aux idées dont M. Broca avait toujours été imbu pour qu'il ne l'accueillît pas avec joie. Pendant quelques semaines, un besoin d'expansion l'entraîna dans les clubs, dans les assemblées populaires ; mais il fut vite dégoûté et, quoiqu'on lui proposât de le nommer lieutenant de la garde nationale, il demanda pour tout honneur de rester simple soldat afin de pouvoir retourner à ses travaux, car il voulait concourir pour le prosectorat.

Mme Broca s'effrayait de tous ces concours successifs ; elle comprenait que Sainte-Foy-la-Grande ne pourrait plus suffire à l'ambition de son fils ; aussi caressait-elle le projet de le voir concourir à Bordeaux ; son instinct maternel lui disait : Encore un succès et adieu les projets de retour. Elle le voyait avec regret se passionner pour ces luttes dans lesquelles « la fortune, écrivait-elle, cessera probablement de t'être aussi favorable qu'elle l'a été jusqu'ici ».

« Je suis prêt, lui répondait-il, à renoncer au prosectorat ; mais, nommé prosecteur, mon succès sera beaucoup plus certain à

Bordeaux. Tu te trompes, si tu crois que j'aime les orages des concours. Sans doute, il y a dans cette lutte d'activité, dans cet assaut de travail, le charme qu'on trouve dans toutes les luttes : c'est l'attrait d'une partie d'échecs, et vous savez que je suis joueur. Mais je suis encore comme lorsque j'étais petit, c'est-à-dire que je n'aime pas à perdre, et le jeu me dégoûterait bientôt, si je n'avais pas en commençant quelque espoir de gagner. Au point de vue des épreuves je suis bien sûr d'enfoncer mes concurrents; mais peut-être la faveur, direz-vous, les fera arriver avant toi. Non, soyez sans crainte, jamais la fortune ne m'a souri plus qu'elle ne m'a souri aujourd'hui. »

Mme Broca avait le cœur trop haut placé pour ne pas comprendre que le bonheur de son fils devait passer avant le sien : aussi, lorsqu'il fut nommé prosecteur, ce fut elle qui, allant au-devant de ses désirs, lui écrivit : « Reste à Paris et travaille pour l'agrégation. »

M. Broca accueillit cette nouvelle marque de dévouement avec une profonde reconnaissance. « Croyez, écrivait-il à ses parents, que je sais combien le sacrifice a dû vous coûter, mais croyez aussi que je sens à quoi cela m'engage. Non, vous n'avez pas trop présumé de mes forces et l'avenir vous prouvera que je suis digne de votre confiance. »

M. Broca dut attendre jusqu'en 1853 l'ouverture de ce concours pour l'agrégation qui fut un des plus brillants dont la Faculté ait conservé le souvenir. M. Broca y déploya les grandes qualités de sang-froid, de précision, de savoir qui en faisaient le compétiteur le plus redoutable. Sa *Thèse sur l'étranglement dans les hernies abdominales et les affections qui peuvent le simuler* est un chef-d'œuvre : malheureusement elle n'a pas peu contribué à répandre les théories de Malgaigne qui ont été si désastreuses pour la thérapeutique des hernies.

Nommé le premier de la promotion, M. Broca obtenait quelques jours plus tard le titre de chirurgien des hôpitaux.

La jeunesse des écoles acclama ce double succès qui sacrait officiellement maître un de ces jeunes travailleurs qu'elle nommait la nouvelle école.

Depuis une dizaine d'années, Messieurs, le monde médical assistait avec curiosité au développement d'une science toute nouvelle : la microscopie pathologique.

La France était restée presque complètement étrangère aux travaux que, depuis vingt ans, avait fait naître en Allemagne l'usage du microscope appliqué à l'étude des tissus normaux de l'économie. La traduction, par Jourdan, de l'*Encyclopédie anatomique* de Bischoff avait intéressé, mais rien de plus; il était réservé à Lebert de venir donner à la France une impulsion qui allait être le point de départ d'un grand mouvement scientifique.

Lorsque parut sa *Physiologie pathologique*, on était encore sous l'impression de la grande discussion académique sur le diagnostic des corps fibreux de la mamelle. A quel tissu avait-on affaire? Comment le distinguer du cancer? Tel était le problème qui, après comme avant, restait insoluble. Aussi comprend-on avec quel empressement fut accueilli cet ouvrage qui, s'appuyant sur une distinction semblable à celle de Laennec, divisait les productions accidentelles en deux classes, les homéomorphes et les hétéromorphes, et venait ainsi assigner aux tumeurs malignes une structure déterminée, presque spécifique.

A la place de recherches curieuses, mais sans but pratique; à la place de théories spéculatives et obscures si chères à l'Allemagne, Lebert présentait une doctrine pleine de clarté et donnait à la micrographie une direction clinique répondant trop aux tendances de l'esprit français pour ne pas être rapidement suivie dans la voie qu'il venait d'ouvrir à l'histologie.

A la tête de la jeune génération chirurgicale qui répondit à l'appel de Lebert se trouvèrent trois hommes, dont vous avez tous, messieurs, le nom sur les lèvres, trois amis, que la mort seule a pu désunir. Sans se laisser arrêter par les difficultés, par les fatigues des recherches microscopiques, sans reculer devant les critiques sceptiques et souvent injustes qui accueillirent leurs premiers efforts, ils soutinrent avec confiance que là était l'avenir du diagnostic des tissus pathologiques. Peut-être voulurent-ils aller trop vite; mais, lorsqu'on voit le chemin parcouru, qui oserait le leur reprocher?

Semblables à ces hardis voyageurs qui se lancent à l'aventure dans un monde nouveau, ils en ont tracé les premières routes : c'est un beau titre de gloire, et longtemps encore on parlera de ce triumvirat qui, pour toutes idées de conquête, n'eut jamais que celle de la vérité.

Dans leurs cours de l'École pratique, par des articles dans la presse médicale, ces ardents champions soutinrent et affirmèrent leurs croyances. Ouvrez, Messieurs, les *Bulletins de la Société anatomique* de 1848 à 1853 : à chaque séance vous y retrouverez les preuves de cette fiévreuse activité.

Ce fut là que M. Broca fit connaître ses premières recherches sur la pathologie des cartilages articulaires, sur l'*anatomie pathologique du rachitisme,* sur la *transformation prétendue fibreuse des muscles,* sur l'*inégal accroissement des os longs par leurs deux extrémités* et sur cent autres sujets qu'à mon regret, je ne puis indiquer.

Établissant que la nutrition des cartilages, comme celle des tissus inférieurs, se fait par l'imbibition des matériaux nutritifs, il démontrait que, contrairement à l'opinion hippocratique, les cartilages peuvent se cicatriser; que l'amincissement des cartilages, loin d'être le résultat de l'usure, est une atrophie véritable et que leur épaississement est évidemment le résultat d'un travail vital. En suivant, avec le microscope, sur certaines altérations du cartilage, la couche épithéliale ininterrompue, il établissait qu'à côté des vrais ulcères des cartilages on devait admettre des dépressions produites par l'absorption progressive des couches qui sont en contact avec l'os, et il désignait ce processus sous le nom d'absorption ulcéroïde. Enfin, en démontrant la nécrose idiopathique des cartilages, il donnait le mode de formation des corps étrangers de l'arthrite sèche.

Par ses *Recherches sur le rachitisme,* que l'Académie des sciences a récompensées, il décrivait le tissu chondroïde et il donnait au tissu spongoïde sa véritable origine, un arrêt de développement, ce qui permettait d'expliquer l'inégale répartition des lésions sur les divers points du squelette.

Dans sa thèse de doctorat qui se terminait par quelques propositions « sur *les tumeurs dites cancéreuses* », M. Broca avait jeté un véritable défi aux anciennes méthodes d'exploration. « Le microscope, disait-il, a substitué la science aux hypothèses et ouvert la carrière à des observations désormais exactes. Toutes les observations non soumises au contrôle du microscope doivent être considérées comme non avenues. »

Aussi, lorsque l'Académie de médecine proposa pour sujet du prix Portal l'*Anatomie pathologique du cancer*, M. Broca n'hésita-t-il pas à porter devant elle les doctrines de la nouvelle école.

Son mémoire fut couronné, et c'était justice, car on y trouvait des faits tout nouveaux, que le temps devait se charger de rendre classiques : sur la distinction à établir entre la diathèse et l'infection, sur l'envahissement du cancer par propagation, sur la perforation des veines par la masse morbide, donnant ainsi l'explication de ce que, depuis Carswel, on appelait les cancers du sang, et jetant la lumière sur la formation des cancers à distance. Sauf le mot, n'est-ce pas là, ainsi qu'on l'a dit si justement, l'idée de l'embolie allemande? Tout en récompensant ce remarquable travail, l'Académie n'avait nullement engagé son opinion, et lorsqu'à quelques mois de distance, le concours ouvrit les portes de l'École et des hôpitaux à ces novateurs que la Société de chirurgie avait déjà accueillis, on sentait qu'une lutte était imminente et que l'Académie n'attendait qu'une occasion pour soumettre à une discussion approfondie ces doctrines qui semblaient vouloir faire table rase du passé.

Un fait insignifiant fut le point de départ de la discussion. Un chirurgien de province avait envoyé deux observations, dont l'une était relative à un encéphaloïde du testicule chez un enfant de trois ans. Le rapporteur acceptait, sans discussion, le fait de la guérison du malade.

Qu'a-t-on voulu entendre par guérison? demanda M. Robert. Est-ce celle de la plaie ou celle de la maladie? car la guérison du cancer est tellement rare, que ce fait pourrait être noté comme un des plus exceptionnels de la pathologie chirurgicale; aussi pensait-il que des réserves devaient être faites sur le diagnostic.

Cette réflexion toute naturelle fut vivement relevée par Velpeau qui affirma que la curabilité du cancer n'était pas exceptionnelle et qu'un chirurgien habile, expérimenté, attentif pouvait toujours se passer du microscope qui, jusqu'à ce jour, ajoutait-il, n'avait encore été d'aucune utilité dans l'étude des tumeurs.

Le président proposa de mettre à l'ordre du jour la question de

la curabilité du cancer qui, subsidiairement, entraînait celle du diagnostic, et alors commença la plus étonnante des discussions, que l'on pourrait comparer à ces grands combats d'artillerie dans lesquels les adversaires se mitraillent sans pouvoir se mesurer corps à corps.

En montant à la tribune, les adversaires du microscope répondaient beaucoup plus aux articles de la presse qu'aux discours de leurs collègues, qui avaient cru pouvoir s'en faire les défenseurs, car aucun d'eux ne pouvait être considéré comme un micrographe. Cette impression ressortait si nettement des débats qu'un des orateurs regrettait que la cause du microscope ne pût être défendue au sein de l'Académie par un de ses partisans, et que Velpeau se plaignait que les micrographes du dehors, en étendant le champ de la discussion, l'eussent fait sortir de ses premières limites.

Des deux côtés, la campagne fut vivement menée, et il serait difficile, encore aujourd'hui, de dire à qui resta la victoire; mais la fortune est femme, dit-on, elle aime la jeunesse et elle sembla faire pencher la balance en faveur de la jeune école. En science comme en politique, le rôle de conservateur est toujours un rôle ingrat.

M. Broca fut un des plus engagés dans cette lutte mémorable, et ses articles du *Moniteur des hôpitaux* eurent un véritable retentissement. « J'ai reçu, écrivait-il à son père, des félicitations inattendues pour mes articles et entre autres, devinez de qui? de Monseigneur le comte de Chambord, qui a voulu que son médecin me fît savoir qu'il avait vu avec plaisir une plume aussi habile que la mienne au service de la science et du progrès. » Les gens à pied, ajoute M. Broca, sont toujours un peu révolutionnaires. Malgré cette moqueuse restriction, on voit qu'il fut assez flatté du compliment, qui prouve d'ailleurs que Monseigneur le comte de Chambord n'avait pas mauvais goût.

Pendant cette importante discussion, M. Broca mettait la dernière main à son *Traité des anévrysmes et leur traitement*.

Cette œuvre magistrale, Messieurs, restera comme un des grands monuments de la littérature chirurgicale du XIXe siècle. On y trouve, avec son talent exceptionnel d'exposition, toutes ces remarquables qualités d'érudit et de critique, qui ont permis à un juge autorisé de dire que M. Broca n'a jamais rien écrit de médiocre.

Quoi de plus intéressant que les pages dans lesquelles M. Broca, vous faisant suivre pas à pas ses recherches pour déterminer le jour où Desault appliqua au traitement de l'anévrysme poplité la méthode d'Anel, établit, preuves en main, que l'opération a été pratiquée le 22 juin 1785 et croit être en droit d'affirmer que le grand chirurgien français a non seulement l'honneur de l'avoir pratiquée le premier, mais encore d'avoir agi en pleine connaissance de cause?

Dans le chapitre de physiologie pathologique, M. Broca donnait du mode de formation des caillots mous et des caillots fibrineux, en leur imposant la dénomination si caractéristique d'actifs et de passifs, une séduisante théorie qui venait éclairer cette obscure question.

Si des travaux plus récents ont un peu modifié l'absolutisme de sa théorie en démontrant qu'un caillot passif ou fibrino-globulaire peut se transformer en caillots actifs, ils n'en ont pas ébranlé le point fondamental : pour qu'un caillot actif puisse se former, il faut qu'entre l'artère et le sac la communication persiste.

C'est en se basant sur cette considération toute nouvelle que M. Broca a pu faire, du mode d'action des différentes méthodes proposées contre cette terrible lésion, une étude comparative qui l'amena à conclure que, dans le traitement des anévrysmes des membres, la compression indirecte doit remplacer la ligature, comme la ligature, à la fin du siècle dernier, avait remplacé l'opération par l'ouverture du sac.

Le *Traité des anévrsymes*, comme tout ce qu'a écrit M. Broca, est empreint d'un caractère d'absolue précision. Lorsqu'un événement douloureux le força à abandonner la voie de l'École polytechnique pour celle des sciences médicales, M. Broca y apportait un jugement droit, une solide instruction, une mémoire prodigieuse, une grande puissance de travail, une volonté de fer, qualités exceptionnelles qui lui permettaient de dire, en quittant le collège de Sainte-Foy, à un de ses jeunes camarades, aujourd'hui illustre géographe : « Je ne me sens aucune vocation particulière. Toutes les carrières sont ouvertes au travail; partout, je suis sûr de me créer une position à ma taille. » Opinion que l'avenir devait se charger de vérifier; mais il y apportait aussi un esprit positif plus fait pour les problèmes des sciences mathématiques que pour les problèmes multiples que soulève l'étude de l'homme malade.

Séduit par les brillantes idées de Malgaigne, il voulut, comme lui, soumettre à une critique indépendante les opinions et les doctrines, en s'appuyant sur la méthode numérique, sur la statistique chirurgicale, dont les déductions répondaient aux exigences de son esprit.

M. Broca ne sut peut-être pas se préserver des conclusions auxquelles conduit aisément cette méthode, et, lorsqu'on cherche à le prendre pour guide sur le terrain tremblant de la clinique, on ne trouve pas toujours l'appui nécessaire.

Quoi qu'il en soit, jamais l'histoire des anévrysmes n'avait été traitée avec une telle autorité, et il suffit de se rappeler tous les travaux qui parurent à cette époque, pour pouvoir affirmer la valeur d'un ouvrage capable de faire naître un tel mouvement.

Je ne doute pas que l'avenir ne soit plus équitable que notre époque, en mettant sur le même rang que le *Traité des anévrysmes*, le *Traité des tumeurs*. Le second chapitre : *origine et formation des productions accidentelles*, le troisième : *classification des tumeurs*, ne sont plus et n'étaient déjà plus, lorsque cet ouvrage parut, dans les idées courantes; mais, lorsqu'on songe à la rapidité avec laquelle les opinions se sont transformées sans cesse sur ce difficile sujet, quel est l'anatomopathologiste qui peut affirmer aujourd'hui que de nouvelles découvertes ne viendront pas, je ne dis pas modifier, mais anéantir complètement la théorie qu'il aura péniblement édifiée? Remaniez ces deux chapitres et l'ouvrage reprendra la place qu'il méritait, car jamais on n'avait conçu la pathologie générale des tumeurs sur un aussi vaste plan.

Vouloir vous parler de tout ce que M. Broca a écrit sur la pathologie chirurgicale m'entraînerait au delà du cadre dont je puis disposer, car, outre plus de deux cents mémoires publiés dans les différents organes français, M. Broca fut un des collaborateurs du *Dictionnaire de Chirurgie*, publié en anglais par Costillo; mais j'aime à vous rappeler ses beaux mémoires sur les *luxations sous-astragaliennes*, sur les *abcès des os*, sur la *polyarthrite vertébrale* qu'il communiqua à la tribune de la Société de Chirurgie dont il fut un des membres les plus actifs.

Avant de monter au fauteuil de la présidence, il avait eu l'honneur, Messieurs, d'être votre secrétaire général; il apporta, dans ces fonctions, son ordre, sa ponctualité, ses qualités d'organisation qui en firent, lorsque cela fut nécessaire, un remarquable administrateur; mais il donnait, surtout, à vos séances annuelles un vrai lustre par le talent avec lequel, dans ses éloges, véritables modèles du genre, il racontait si bien et jugeait avec tant de compétence. Dans ses notices bibliographiques, dans son *Étude sur Celse*, dans les pages de ses ouvrages consacrées à la partie historique, M. Broca s'est élevé au rang des meilleurs écrivains; son style concis, nerveux, souvent brillant, jamais emphathique, est bien personnel.

L'orateur, chez M. Broca, n'était pas à la hauteur de l'écrivain; dans une de ses lettres, il parle d'un cours de pathologie externe pour lequel il avait voulu écrire le plan d'une leçon d'ouverture. « Arrivé à l'amphithéâtre, je ne pus même pas, dit-il, me rappeler la première phrase, les premières idées. » Aussi y avait-il toujours, au début de ses leçons, une certaine hésitation. « La parole n'était pas abondante, a écrit une plume aussi amicale que savante; on ne voyait pas s'élancer du cerveau la pensée amplement vêtue. Il cherchait le mot et son effort se traduisait par un énergique mouvement en avant du bras et de la tête, mais ce mot il le trouvait vite et magnifique de précision (1). »

Cette appréciation est juste : la phrase un peu courte ne lui permettait pas de donner à ses périodes l'ampleur que l'on trouve dans ses écrits, et son débit, qui se ressentait de cet effort, passait sans raison d'une tonalité basse à une tonalité élevée, quelquefois peu agréable.

A la tribune, dans la chaleur de la discussion, ces imperfections disparaissaient ou devenaient presque des avantages; il y apportait une ardeur qui alla souvent jusqu'à la violence; il écoutait avec peine les objections, accumulait arguments sur arguments, preuves sur preuves, et semblait ne vouloir abandonner son adversaire que converti à ses idées ou complètement écrasé.

(1) M. P. Reclus.

Quoique bon et généreux, M. Broca se laissait souvent entraîner par la passion. Il avait pris de son maître Gerdy une opinion dédaigneuse des hommes, mais on peut croire que, comme lui, s'il put se tromper quelquefois, jamais, du moins, il ne crut tromper les autres.

Physiquement, M. Broca exprimait la force et la puissance. De taille moyenne, mais robuste, la tête bien posée, le front bien découvert, les cheveux reportés en arrière, les yeux très lumineux, les lèvres larges et épanouies, tout faisait deviner l'homme construit pour sortir victorieux de la lutte de l'existence.

Toujours simplement vêtu, sans aucune recherche, la démarche un peu pesante, le regard souvent perdu dans l'espace, M. Broca ne laissait pas deviner sa valeur, et, cependant, lorsque les circonstances l'exigeaient, il se transfigurait. Rendant compte d'une cérémonie dans laquelle une députation de l'Académie avait paru en uniforme, un journaliste, qui était bon juge, écrivait : « Je ferai mes compliments à M. Broca pour l'assurance et la grâce avec laquelle il porte l'habit brodé, le claque galonné et l'élégante épée d'académicien ; c'est tout à fait cela : un académicien gentilhomme. »

Depuis longtemps, M. Broca avait sa place marquée à l'École de Médecine, et lorsqu'en 1867, un an après son entrée à l'Académie de médecine, il fut appelé à la chaire de pathologie externe qu'il devait rapidement échanger pour celle de clinique, on était en droit d'espérer que, placé sur une des plus belles scènes du monde, il allait nous faire assister au développement d'une de ces grandes situations chirurgicales qui, à elle seule, suffit à la gloire d'une Faculté.

Il n'en fut rien ; M. Broca publiera encore la première partie du second volume de son *Traité des tumeurs* qui contient une monographie importante des tumeurs constituées par l'hypergénèse des tissus dentaires transitoires et définitifs, pour lesquelles il créa le nom d'*odontomes;* il sera toujours le chirurgien exact à l'hôpital, le professeur consciencieux ne laissant jamais passer inaperçu un cas nouveau, mais, sans se désintéresser du mouvement chirurgical, il n'y prendra plus part que tout à fait accidentellement.

Depuis 1859, M. Broca avait porté toute son activité vers l'anthropologie, cette vaste science, qu'il a définie « *l'étude du groupe humain, considéré dans son ensemble, dans ses détails et dans ses rapports avec le reste de la nature* ».

Grand amateur des sciences naturelles, M. Broca, lors d'un voyage dans le Midi, avait eu l'occasion d'examiner des animaux, issus du croisement d'un lièvre et d'une lapine, ayant donné naissance à une nombreuse lignée. Revenu à Paris, rapportant un des produits auquel il donnait le nom de léporide, il le présenta à la Société de biologie. « Ma présentation, a-t-il écrit, n'eut aucun succès. » On conclut que ce fait était en contradiction avec la loi de l'espèce et qu'il y avait eu erreur dans l'application des caractères mixtes du léporide.

L'animal, soumis à l'examen du Muséum, fut déclaré un vrai métis d'espèce et, deux mois plus tard, M. Broca annonçait à la Société de biologie que cette léporide avait été fécondée par un lapin. Pour toute discussion, un éminent collègue se contenta de faire observer au présentateur que, si la fécondité des léporides se confirmait, il faudrait en conclure que le lièvre et le lapin sont de la même espèce.

Peu satisfait de la manière dont sa communication avait été étouffée, M. Broca reprit complètement l'étude des croisements, et, en 1858, il vint commencer, à la Société de biologie, la lecture de son remarquable travail sur l'*hybridité animale en général et sur l'hybridité humaine en particulier.*

Ce fut un coup de tonnerre dans un ciel calme. Toucher à la doctrine de la permanence des espèces et de l'invariabilité de l'espèce, ébranler ce dogme que la prépondérance de Cuvier avait fait triompher, dans sa grande discussion contre Étienne Geoffroy-Saint-Hilaire, était une téméraire entreprise, et, à la troisième séance, le président, craignant de voir susciter des embarras à la Société, supplia M. Broca de cesser sa lecture.

Le mémoire sur l'hybridité fut publié dans le *Journal de physiologie*, mais cet évènement avait démontré la nécessité de créer à Paris une Société consacrée à l'étude de l'homme et des races humaines. Ce fut là la raison de la fondation de la Société d'anthropologie.

Mais, avant de pouvoir réaliser ce projet, des difficultés sans nombre se dressèrent devant M. Broca, et, pour réussir, il fallut toute son énergie et toute sa volonté.

Il avait déjà existé en France une Société ayant pour programme l'étude des races humaines. A l'époque où fut fondée cette Société Ethnologique, elle ne pouvait avoir de programme bien étendu et son sujet d'étude de prédilection était la distinction à établir entre les races blanches et les races noires ; mais la politique sociale s'en mêla, les questions brûlantes de l'esclavage, de l'émancipation des noirs devinrent les seules questions à l'ordre du jour et lorsqu'un décret de l'Assemblée nationale en 1848 vint abolir l'esclavage dans nos colonies, la Société Ethnologique, n'ayant plus rien à discuter, cessa de se réunir.

Des discussions de cette Société, qui ne furent pas sans mérite, était restée une vague impression que l'ethnologie était une science intermédiaire entre la politique et la philanthropie, et lorsqu'on demanda l'autorisation de fonder la Société d'anthropologie, l'Empire, qui n'aimait point qu'on parlât politique, fut peu disposé à l'accorder ; on craignait aussi de voir se former une réunion pouvant servir de tribune aux idées matérialistes. Après de longs pourparlers, et surtout grâce à l'intervention de Tardieu, l'administration rendit un arrêt favorable, mais sous condition qu'on ne parlerait ni politique ni théologie et qu'un agent de police en bourgeois assisterait aux séances.

Une fois autorisée, il ne fut pas beaucoup plus facile de trouver des membres, car on avait fixé à vingt le nombre des fondateurs et le jour de la première séance on n'avait pu réunir que dix-neuf noms.

Commencée si modestement, la Société d'anthropologie est aujourd'hui une grande et florissante compagnie. En prenant pour base de ses travaux l'anatomie et la physiologie, en s'appuyant sur la linguistique, l'ethnologie et l'archéologie, elle a pu étendre ses recherches sans crainte de s'égarer. Bientôt l'impulsion donnée par M. Broca se fit ressentir partout ; à Londres, à Madrid, à Moscou se formèrent des Sociétés d'anthropologie ; en Allemagne, des congrès.

L'étude de la conformation des crânes ou craniologie est une heureuse méthode capable de fournir des éléments de comparaison dans le parallèle anatomique des races, mais il lui fallait des procédés exacts, et l'honneur de l'en avoir dotée revient au fondateur de la Société d'anthropologie.

Lorsque Retzius, se basant sur l'examen de quelques crânes dont il pouvait disposer, fit connaître sa célèbre loi des peuples autochtones à crânes brachycéphales et des peuples envahisseurs indo-européens à crânes dolichocéphales, il l'avait établi par le coup d'œil.

Frappé de cette insuffisance d'exactitude et du peu de place que l'observation directe des faits tenait dans les recherches du savant suédois, M. Broca voulut reprendre mathématiquement toute cette question.

Il fit construire une série d'ingénieux instruments permettant des mesures précises, et, pendant des années, M. Broca s'astreignit à mesurer tous les crânes qui forment aujourd'hui la riche collection de la Société d'anthropologie.

Grâce à cette rigueur évidente et palpable des mensurations, il démontra qu'avant de tirer quelques conclusions, il faut étudier de nombreux crânes de même race ; car, dans les races les plus pures, il existe, en effet, des variations très étendues, des différences plus grandes que celles qui existent entre certains dolichocéphales et certains brachycéphales, et il établit que ces chiffres ne pouvaient pas constituer une caractéristique véritable, mais seulement un indice.

C'est par cette précision mathématique donnée par M. Broca à la craniologie qu'est devenue féconde cette méthode restée presque complètement stérile entre les mains de ses prédécesseurs.

Grâce à elle, a écrit un savant ethnologiste, on a pu détruire une foule de notions erronées, de systèmes prématurés, mais il ne faut pas demander à la craniologie plus qu'elle ne peut donner ; « elle ne peut, a dit M. Broca lui-même, voler de ses propres ailes et substituer ses diagnostics aux notions fournies par l'ethnologie et par l'archéologie. »

De la conformation de la tête peut-on tirer quelque donnée relative à la valeur intellectuelle ? peut-on, d'après le crâne, deviner le cerveau ?

Oui, dit M. Broca; et, s'appuyant sur l'ossification des sutures d'arrière en avant chez les races supérieures, dites races frontales, sur ses mensurations faites comparativement sur des internes et sur des infirmiers, il concluait que les lobes antérieurs des hémisphères sont le siège des facultés les plus élevées de l'intelligence.

De là aux localisations cérébrales il n'y avait qu'un pas, et M. Broca, malgré le discrédit que les exagérations prématurées de Gall avaient jeté sur cette heureuse idée, n'hésita pas à le franchir. Dans un beau discours sur la forme du cerveau, prononcé au mois de mars 1861, en réponse à Gratiolet, il affirma qu'il croyait au principe des localisations.

« Je ne puis admettre, disait-il, que la complication des hémisphères cérébraux soit un simple jeu de la nature, que la scissure de Sylvius ait été faite uniquement pour donner passage à une artère, que la fixité du sillon de Rolando soit un pur effet du hasard et que les lobes occipitaux aient été séparés des lobes temporaux et pariétaux à seule fin d'embarrasser les anatomistes.

« Les circonvolutions ont une structure analogue, elles ont des fonctions analogues; mais leur structure n'est pas identique, leurs fonctions ne sont pas identiques. Il y a donc, ajoute-t-il, de grandes régions distinctes correspondant aux grandes régions de l'esprit. »

Quelques mois plus tard, cette intuition devenait une réalité; M. Broca démontrait, à la Société anatomique, qu'à l'autopsie des aphémiques, on trouvait, dix-neuf fois sur vingt, une lésion de la moitié postérieure de la troisième circonvolution frontale.

Cette découverte suffirait à elle seule pour rendre immortel le nom de Broca; elle a été le point de départ de tous les travaux qui, en éclairant la psychologie cérébrale, ont permis aux chirurgiens d'agir avec certitude.

En appelant la troisième circonvolution frontale, circonvolution de Broca, les savants anglais, par un acte de justice, ont devancé la décision de la postérité.

Dans tous ses travaux, M. Broca n'a jamais voulu mettre ses recherches au service d'une théorie préconçue : « Que les savants, a-t-il écrit, s'intéressent aux affaires, qu'ils se passionnent plus ou moins suivant leur tempérament pour les problèmes philosophiques ou religieux, sociaux ou humanitaires : rien de mieux. Mais lorsque, rentrant dans leur laboratoire ou dans le cabinet d'étude, ils s'appliquent aux recherches scientifiques, ils doivent comprimer leurs sentiments et leurs aspirations et fermer l'oreille aux bruits du dehors pour n'entendre que la voix inflexible de la vérité ; car la science ne doit relever que d'elle-même et ne saurait se plier aux exigences des parties : elle est la déesse auguste qui trône au-dessus de l'humanité, pour la diriger et non pour la suivre, et c'est d'elle seulement qu'on peut dire qu'elle est faite seulement pour commander et non pour obéir. »

Jamais M. Broca n'a compris qu'on torturât un fait scientifique pour le faire concorder avec une légende, même biblique; mais jamais il n'a accepté que, pour soutenir une théorie séduisante, on lui donnât une conséquence exagérée.

Dans sa belle *Étude du transformisme*, tout en montrant sa tendance à l'admettre dans le sens élevé où Buffon l'avait soupçonné, il se déclarait l'adversaire de la sélection naturelle sur laquelle repose la théorie de Darwin. La sélection est en contradiction avec les faits, puisque son principe fondamental est d'être lentement progressive. « Or il faut bien reconnaître, disait M. Broca, que, dans certaines espèces, le type orang par exemple, il y a eu là une transfiguration complètement effectuée en une seule fois, un véritable acte surnaturel, équivalant à un acte de création. »

Il protestait contre ce transformisme unitaire, si apprécié en Allemagne, contre ce proto-organisme nommé monade par les uns, protiste par les autres, constitué par une seule cellule d'où seraient nées toutes les formes connues des deux règnes organiques.

La théorie de la formation naturelle de cette cellule unique avec sa propriété d'évolution progressive est peut-être une hypothèse séduisante, mais elle ne soutient pas plus la discussion que l'opinion humoristique du philosophe anglais qui assure qu'à l'origine des choses, Darwin dit au Père éternel : « Si c'était un effet de votre bonté de me créer une petite cellule? — Pourquoi faire, pour t'y loger? demanda l'Éternel. — Moi et les autres, » répondit Darwin. La cellule créée, Darwin n'était pas satisfait : « Ah ! si vous vouliez accorder à ma cellule la faculté d'évoluer ? — Soit, dit le Seigneur ; et il fit ce qu'on lui demandait. « Maintenant, fit Darwin, vous pouvez vous retirer. En vérité, je n'ai plus besoin de vous. »

Lorsqu'on lit tout ce que M. Broca a écrit sur l'anthropologie, on reste confondu ; rien ne lui était inconnu. Son *Mémoire sur les primates* est digne de figurer à côté des ouvrages des plus grands naturalistes ; sa conférence sur les *troglodytes de la Vézère*, vrai conte des *Mille et une nuits*, qui vous fait revivre avec l'homme quaternaire, est un petit traité d'archéologie et de paléontologie; son mémoire sur les *amulettes crâniennes* montre tout le jour que la médecine peut jeter sur l'anthropologie ; ses discours sur la *linguistique*, sur l'*ethnologie de la France* sont des chefs-d'œuvre d'érudition historique et géographique.

Si, comme le veut certaine école, on doit refuser le nom de Science à l'anthropologie, obligée d'emprunter, pour chaque sujet, à une science correspondante, on peut affirmer qu'à certains hommes d'élite, capables de les embrasser toutes, on devra décerner le titre d'anthropologiste, et au premier rang se trouvera M. Broca.

En même temps que tous ces grands travaux avaient donné à M. Broca une réputation européenne, la part active qu'il prit à la fondation de l'Association française pour l'avancement des sciences avait montré à ses concitoyens comment son patriotisme éclairé comprenait le relèvement de notre pays. Aussi, lorsque la gauche du Sénat, dans l'impossibilité de s'entendre sur le choix d'hommes politiques pour remplir les places de sénateur inamovible, se décida à nommer des notabilités scientifiques ou littéraires, le nom de M. Broca s'imposait.

Cette nomination, Messieurs, pourrait presque être regardée comme une tardive récompense de sa belle conduite pendant la Commune, où, non sans courir de sérieux dangers, M. Broca, alors vice-président du conseil général des hôpitaux, sauva du pillage la caisse de l'Assistance publique ; mais notre collègue n'en était pas à son premier acte de dévouement civique. En 1848, pendant les journées de Juin, les cadavres qu'on ne pouvait enterrer s'accumulaient à l'Hôtel-Dieu ; la chaleur excessive, les conditions dans lesquelles avait eu lieu la mort, augmentaient les chances de décomposition, et faisaient redouter de graves accidents d'infection. Un embaumeur, sollicité de venir conjurer le danger, avait demandé une si forte somme que l'on hésitait; M. Broca, aidé par des hommes de l'amphithéâtre, accomplit la pénible besogne. Des circonstances indépendantes du désir de M. Thierry, alors un des directeurs, empêchèrent M. Broca d'être décoré; en 1871, pour tout remerciement, on le nomma chevalier de la Légion d'honneur ; il l'était déjà depuis trois ans.

M. Broca ne monta qu'une seule fois à la tribune du Sénat pour y lire un terne rapport sur les lycées de filles ; il était cependant appelé à prendre une grande place dans cette assemblée, mais je crois que son caractère se serait toujours difficilement plié à la discipline indispensable aux majorités républicaines, et, malgré les explications qu'il donna, je me plais à croire que ce ne fut pas sans regret que, pour soutenir une loi peu libérale, il vota contre le grand corps savant dont il était vice président.

Les nouvelles occupations que lui imposait son titre de sénateur n'avaient pu, malgré les supplications de sa famille, de ses amis, l'amener à modifier sa vie effrayante de travail. Le matin, l'hôpital et sa clinique; dans l'après-midi, les examens de la Faculté, deux leçons d'anthropologie par semaine, ses recherches dans son laboratoire, les conseils, les commissions obligatoires; le soir, le travail de cabinet, sa volumineuse correspondance : il ne voulait rien négliger; la seule concession qu'il voulut faire fut de ne pas se laisser entraîner par son travail au delà de minuit.

Le 8 juillet 1880, M. Broca, arrivé au Sénat en se plaignant d'une vive douleur dans l'épaule, fut obligé de quitter la séance; rentré chez lui, il s'étendit sur un lit de repos, demandant qu'on le laissât dormir : il ne devait pas se réveiller.

Un ancien affirmait que les éloges devraient être différés jusqu'au moment où l'on aurait perdu la mémoire des morts. Alors on pourrait en faire des géants sans que personne ne s'y opposât.

Quoique parlant devant des contemporains, je ne redoute pas semblable reproche, et ma seule crainte est d'avoir été plutôt au-dessous de la vérité.

M. Broca restera une des plus grandes personnalités qui aient traversé la science chirurgicale française.

Arrivant à une période où des méthodes, des procédés nouveaux séduisants par leur exactitude et par leur précision, prétendaient, en l'arrachant à l'empirisme et à la tradition, régénérer la chirurgie et la conduire dans la voie assurée du progrès, M. Broca s'en fit le plus ardent promoteur. La prétention était-elle motivée? futelle réalisée? L'histoire prononcera. Mais les ouvrages de M. Broca resteront comme l'expression la plus élevée de cette école qui s'appuie sur l'érudition, la critique et l'analyse des observations.

Si la Société de biologie eût accueilli le mémoire de l'hybridité, la Société d'anthropologie ne serait pas née, et M. Broca n'eût jamais été entraîné vers l'anthropologie, où des travaux considérables firent oublier le chirurgien pour ne plus voir que l'anthropologiste.

C'est un déni de justice et pour M. Broca et pour vous, Messieurs.

Pendant quinze ans, M. Broca a pris part à toutes vos grandes discussions; pas une question n'a été soulevée sans qu'il ne l'éclairât d'un aperçu nouveau; dans toutes, il a laissé la marque ineffaçable de son savoir, et le jour où, armé du trépan, il put rendre le langage à un aphémique, il a donné la preuve de son talent chirurgical.

Si, par la mort de M. Broca, la France perdait une de ses illustrations, rappelons, avec un légitime orgueil, qu'elle nous appartient et que la science chirurgicale perdait une de ses gloires.

PRIX DE 1883.

Prix Duval. — M. Bouley, pour sa thèse : *Taille hypogastrique.*

Prix Laborie. — Pas de prix. — 1[er] encouragement, 800 francs, à M. Tuffier pour son travail sur les *gommes et scléroses syphilitiques des lèvres;* 2[e] encouragement, 600 francs, à MM. Nimier et Mosimau pour leur travail sur la *Cystotomie hypogastrique;* 3[e] encouragement, 400 francs, à M. Beauregard pour son travail : *Des accidents de l'ostéotomie.*

Prix Gerdy. — La question proposée était : *Des tubercules localisés au point de vue chirurgical.* — La Société décerne le prix à M. Charvat, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Prix Demarquay. — La question proposée était : *De l'étiologie de l'érysipèle.* — Le prix est partagé entre M. Bouillet (de Béziers) et M. Soyer de Vicherey (Vosges).

En 1884, la Société décernera le prix Duval pour la meilleure thèse et le prix Laborie sur un sujet libre.

En 1885, la Société décernera : 1° Le prix Gerdy, d'une valeur de 2,000 francs, dont le sujet est : *Gangrène des membres, étiologie, pathogénie, traitement chirurgical.* — 2° Le prix Demarquay, d'une valeur de 800 francs, dont le sujet est : *De la pathogénie des luxations pathologiques.*

La séance est levée.

Par décision ministérielle, en date du 26 janvier 1884, MM. les médecins-majors de première classe : Journée est maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie ; Berger est affecté au 91[e] d'infanterie ; Belay est affecté au 26[e] d'infanterie ; Battarel est affecté au 2[e] tirailleurs algériens; Delmas (L.-B.) est maintenu aux hôpitaux de la division d'Oran ; Ramonet est affecté à l'hospice mixte de Grenoble.

— Par décision ministérielle, en date du 28 janvier 1884, le vice-amiral ministre de la marine et des colonies a prescrit l'inscription d'office au tableau d'avancement pour le grade de pharmacien en chef (service général) de M. de Nozeille, pharmacien principal de la marine, conservateur de l'exposition permanente des colonies.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15677.

N° 14. — SAMEDI 2 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 2 FÉVRIER 1884. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Saint-Louis. Hermaphrodisme masculin complexe. Arrêt de développement des organes génitaux mâles. — Hôpital Laennec. Les maladies d'évolution. — Clinique ophtalmologique. Kyste hydatique de l'orbite. — Académie de Médecine. — Thèses. — Assistance publique. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Décidément, il n'y a plus place que pour les bacilles, les microbes et les infiniment petits. Le défilé a commencé par les bacilles du béribéri et les bacilles identiques trouvés dans le riz du Brésil. Il s'est terminé par les bacilles du jéquirity, qui, de leur côté, seraient identiques à ceux du choléra des poules. Dans l'intervalle, il s'est agi des trichines et de la trichinose. M. Proust a lu le rapport que la commission propose d'adresser au ministre et qui est la confirmation du rapport antérieur de M. Brouardel.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Péan.

Hermaphrodisme masculin complexe. Arrêt de développement des organes génitaux mâles.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que l'hermaphrodisme vrai, celui dans lequel les deux sexes se trouvent représentés chez le même individu, est très rare, au point que bon nombre contestent la valeur des observations qui ont été publiées. Mais il n'est pas très rare de rencontrer ce que l'on peut appeler le *faux hermaphrodisme* caractérisé, chez l'homme comme chez la femme, par des anomalies ayant entre elles assez d'analogie pour que des erreurs sur le sexe puissent être commises à la naissance par des personnes peu expérimentées. C'est ce qui eut lieu chez l'individu que je vais vous présenter et dont voici l'observation :

R..., âgé de vingt-sept ans, nous est adressé le 3 novembre 1883, par le docteur Filleau. Cet individu a été inscrit sur le registre de l'état civil sous le nom de Louise ; il a été élevé comme une fille et exerce la profession de mécanicienne dans un grand atelier de femmes.

Bien que l'écoulement menstruel ne se fût jamais produit et que R... sût n'être pas conformé comme toutes les femmes, il ne s'était jamais préoccupé de son sexe, lorsque dans ces derniers temps, les appétits sexuels s'étant développés, il se sentit pour une jeune fille, qui est sa compagne de travail, des sentiments qui éveillèrent ses inquiétudes et le décidèrent à consulter un médecin.

Notre confrère, ayant reconnu un cas d'hermaphrodisme, nous l'envoya.

L'examen des organes génitaux externes montre qu'il s'agit d'un arrêt de développement d'organes mâles.

Le pubis est garni de poils abondants. Au-dessous de la symphyse pubienne, on voit une verge mesurant, dans l'état de flaccidité, 3 centimètres et demi de longueur, mais s'allongeant du double, pendant l'érection, au dire du malade. Son diamètre est celui du pénis d'un garçon de quinze ans.

Cet organe est terminé par un gland, sans prépuce, offrant sensiblement la forme habituelle, mais avec cette particularité qu'il ne porte pas de méat.

Au toucher on reconnaît que cette verge incomplète est constituée uniquement par les deux corps caverneux adossés et recouverts par le fourreau tégumentaire et cellulo-aponévrotique normal. Ce fourreau s'arrête à la couronne du gland et ne porte pas de prépuce, ainsi que nous venons de le dire. Il n'existe pas de canal urétral ni de tissu spongieux.

A la face inférieure existe une sorte de raphé fibreux occupant toute la longueur de l'organe et constituant une sorte de frein. Pendant l'érection, la verge décrit une courbe à concavité inférieure qui s'opposerait l'intromission de l'organe.

Au-dessous de la verge existe une surface vestibulaire criblée d'orifices glandulaires et à 3 centimètres et demi plus bas s'ouvre un méat absolument conforme à celui de la femme. Par ce méat s'écoule l'urine et, au moment des sensations voluptueuses et de l'éréthisme, un liquide blanc, laiteux, épais, empesant le linge, dont les caractères macroscopiques sont, en un mot, ceux du sperme.

Immédiatement au-dessous du méat existe une fente linéaire, haute de 1 centimètre et demi, représentant l'orifice vulvaire. Cette fente est séparée de l'anus par une portion de périnée et une sorte de fourchette. Le toucher montre qu'elle conduit dans un infundibulum n'ayant pas plus de 2 centimètres de profondeur et admettant à peine la pulpe de l'auriculaire.

Les petites lèvres sont à l'état d'ébauche. Les grandes lèvres sont, au contraire, très volumineuses et représentent exactement, surtout la droite, des moitiés de scrotum, avec cette particularité que la moitié supérieure est plus renflée que l'inférieure. Dans cette moitié supérieure on trouve de chaque côté, au toucher, un corps ellipsoïde du volume d'une grosse fève, partiellement mobile dans un sac scrotal et donnant l'idée d'un testicule arrêté dans son développement.

Le toucher rectal montre qu'il n'existe ni vagin ni utérus et que sur le trajet du canal de l'urètre, au niveau du col de la vessie, se trouve un renflement rappelant les vestiges de la prostate.

Outre ces particularités du côté des organes génitaux, il importe de noter que les cuisses, le ventre et le bassin ont la conformation ordinaire de ceux de l'homme et ne rappellent en rien ceux de la femme. R... n'a pas de mamelles; ces glandes sont rudimentaires chez lui comme dans le sexe masculin.

La voix a le timbre grave de la voix de l'homme. Les follicules

pileux des joues et des lèvres sont très développés et le sujet porterait une barbe épaisse s'il ne se rasait. Les cheveux sont noirs et longs comme ceux d'une femme.

La lecture de cette observation et l'examen de la pièce que nous avons fait mouler par M. Baretta et qui est conservé dans notre musée particulier à l'hôpital Saint-Louis, montrent que sous des analogies grossières avec les organes génitaux externes de la femme se cache un arrêt de développement des organes génitaux mâles. Il s'agit d'un cas d'hermaphrodisme *avec excès, hermaphrodisme masculin complexe,* dans lequel l'appareil sexuel reste essentiellement unique, mais offre dans quelques-unes de ses parties les caractères d'un appareil femelle. Les parties femelles surnuméraires ne sont ici représentées que par une ébauche de fente vulvaire, et par l'existence d'un vestibule qui sépare le méat urinaire des corps caverneux.

Ce fait est une preuve frappante de la complète analogie de structure des organes génitaux externes de l'homme et de la femme.

L'étude du développement des organes génitaux démontre que lorsqu'ils ne sont encore qu'à l'état d'ébauche, ils offrent la plus grande ressemblance.

« Ils sont d'abord représentés, dit le professeur Sappey, par une simple saillie et par une gouttière médiane antéro-postérieure ; jusque-là aucune différence ne distingue les deux sexes. Vers le commencement du quatrième mois de la vie intra-utérine, on voit le vagin et l'urètre s'ouvrir au fond de la gouttière ; les organes génitaux externes chez la femme sont dès lors ce qu'ils doivent être : ils ne se modifieront plus, ou se modifieront à peine. La gouttière primitive prend alors le nom d'*anneau vulvaire ;* ses bords forment les *grandes lèvres;* le tubercule situé à son extrémité antérieure constitue le *clitoris.* — Chez l'homme, ce même tubercule, en s'allongeant, produit les *corps caverneux*, c'est-à-dire la plus grande partie du pénis. En même temps le sillon dont le pénis est creusé inférieurement, au lieu de rester ouvert comme il l'est au-dessous du clitoris, se ferme, se complète et se transforme en un long canal qui sera l'urètre. Enfin les deux bords de la gouttière primitive, prenant aussi de plus grandes proportions, se portent au-devant de celle-ci, et, au lieu de rester écartés comme dans le sexe précédent, se rapprochent, puis se soudent sur la ligne médiane, et donnent ainsi naissance aux *bourses.*

Du rapide parallèle que nous venons d'établir, il est permis de conclure que les bourses correspondent aux grandes lèvres, que les corps caverneux du pénis correspondent aux corps caverneux du clitoris, et que l'urètre de l'homme a pour analogue le *vestibule* et les petites lèvres. » (Sappey, *Traité d'anatomie descriptive,* 2e édition ; Splanchnologie, p. 570.)

Chez notre sujet, il a suffi d'un défaut de soudure entre les deux moitiés du scrotum pour laisser subsister les attributs extérieurs du sexe féminin.

Quant aux déductions que l'on peut tirer de ce fait sur la corrélation qui existe entre le développement des organes génitaux extérieurs et celui des organes génitaux intérieurs pendant la période embryonnaire, elles sont loin d'être satisfaisantes attendu que chez l'homme les testicules, par le seul fait de leur migration dans les deux moitiés du scrotum, sont des organes internes pendant une certaine période, puis externes dans une autre, contrairement à ce qui a lieu pour les ovaires. Il en résulte que chez l'homme il y a peu d'hermaphrodites chez lesquels l'appareil génital ne soit pas tout entier en souffrance. Chez la femme, au contraire, il est plus fréquent de trouver une anomalie limitée aux organes génitaux externes. Nous avons, par exemple, actuellement sous les yeux une jeune fille de vingt ans présentant une vulve assez bien conformée, malgré une absence complète du vagin qui aurait pu faire croire, jusqu'à un certain point, à un hermaphrodisme masculin. Chez elle ce sont les souffrances horribles qui se produisent, au moment des règles, du côté de l'ovaire et de l'utérus, qui l'obligent à réclamer les secours de la chirurgie et l'on sait, en pareil cas, qu'il n'y a pas d'autres ressources que de créer un nouveau vagin si l'utérus n'est pas complètement atrophié, d'enlever les deux ovaires dans le cas contraire.

Je reviens à notre individu. Son état mental, comme celui de la plupart des malades qui présentent des troubles graves des organes génitaux, laisse beaucoup à désirer. Il est nerveux, excitable ; il a des tics de la face. Il abuse du coït avec les jeunes filles de son atelier qu'il débauche. Du côté des organes génitaux, cette excitabilité se traduit par une incontinence de sperme telle qu'à plusieurs reprises il est venu nous trouver pour nous supplier de remédier à son infirmité.

Chaque fois nous lui avons offert de sectionner les brides qui gênent l'érection; chaque fois, au moment où l'opération devait être pratiquée, il s'est enfui précipitamment. Son principal désir est de faire établir sur les registres de l'état civil l'identité de son sexe et de pouvoir mieux satisfaire ses appétits sexuels désordonnés. La section des brides que nous lui proposions est une opération facile autant qu'inoffensive. Elle pourra, nous le pensons, remédier à la gêne qu'il éprouve dans le coït ; il ne sera plus obligé, pour exécuter cette fonction, de rester debout, la femme lui présentant le dos. Dans ces conditions, l'acte est tellement pénible que le malheureux craint chaque fois de tomber à la renverse, comme atteint de congestion cérébrale. Mais nous ne croyons pas que l'opération, quelle qu'elle soit, qu'on pourra être tenté de lui proposer, remédiera à la stérilité. En effet, les testicules sont trop peu développés, trop mal situés pour donner un sperme dont les qualités soient bonnes, lors même que la moralité du sujet deviendrait meilleure.

L'examen du sperme a été fait au laboratoire de M. Robin. Voici la note que nous a remise M. Cherbuliez qui examine habituellement nos pièces anatomiques :

« Le liquide, recueilli au moment de l'éjaculation et examiné aussitôt, offre absolument l'aspect du sperme normal : il est visqueux, blanchâtre, un peu floconneux comme le sperme qui provient d'éjaculations réitérées à de courts intervalles.

L'examen microscopique montre tous les éléments nécessaires du sperme normal : granules muqueux, leucocytes et surtout un très grand nombre de cellules testiculaires entraînées par l'éjaculation et qui font conclure à l'existence d'un appareil testiculaire plus ou moins analogue à l'appareil normal.

Quant à l'élément fondamental, il existe en proportion si restreinte que l'examen le plus minutieux, portant sur une dizaine de préparations, ne m'a permis de trouver, au milieu d'un fouillis de filaments douteux, que *deux* spermatozoïdes immobiles, mais bien conformés, munis d'un renflement céphalique et de dimensions normales.

L'existence de ces deux spermatozoïdes, d'ailleurs hors de doute, puisqu'elle a été constatée par MM. Cadiat, profes-

seur-agrégé, et Retterde, préparateur de M. le professeur Robin, est bien entendu insuffisante pour faire conclure à la propriété fondamentale du sperme, la puissance fécondante; mais il faut tenir compte de ce que l'individu en question éjaculant, de son propre aveu, plusieurs fois par jour, se trouve dans un état d'épuisement proportionnel qui suffirait à lui seul à expliquer l'absence ou le très petit nombre de spermatozoïdes chez l'individu le mieux conformé. »

D'autre part l'hypospadias est chez lui tellement prononcé que le sperme s'écoule toujours en bavant sur le scrotum et lors même qu'on y remédierait en créant un urètre normal jusqu'à l'extrémité du gland, de façon à conduire le sperme, ainsi que l'urine, jusqu'à l'extrémité libre de la verge, nous ne croyons pas que ces conditions seraient plus favorables pour la fécondation.

En effet, les corps caverneux et les vestiges de l'urètre, situés dans leur intervalle, sont trop peu développés pour permettre de créer de toutes pièces un canal utile; la création d'un pareil canal serait plutôt nuisible.

En résumé, cette observation présente un réel intérêt au point de vue de l'embryologie et de l'étude des anomalies congénitales des organes génitaux externes. Nous sommes contraints de reconnaître, à notre grand regret, qu'il n'en est pas de même au point de vue des ressources chirurgicales.

HOPITAL LAENNEC. — M. Legroux.

Les maladies d'évolution (1).

II

Avant de vous exposer la classification que je crois la plus rationnelle, permettez-moi une comparaison, hasardée peut-être, mais qui, j'espère, vous en fera bien saisir l'idée directrice.

L'organisme est une république, de bonne ou de mauvaise constitution, composée d'éléments ou de molécules saines ou altérées congénitalement. Si l'organisme est sain, il représente la république idéale, sage, bien assise, et dans laquelle tous les organes, tous les éléments, — j'allais dire tous les citoyens, — concourent au même but avec une discipline exemplaire et assurent, chacun selon ses forces, la conservation, puis le développement graduel et mesuré de la patrie commune et constitue enfin un état riche et respecté.

Qu'un groupe d'éléments indisciplinés, trop pressés de réaliser leurs aspirations enthousiastes, irréfléchis, intransigeants en un mot, s'insurgent et s'écartent de la loi commune, un trouble survient, un malaise s'ensuit, et les autres groupes en souffrent. Nous avons ainsi des maladies par déviation de nutrition exagérée d'appareils ou d'organes: tels seront une croissance trop rapide ou simplement des exostoses de croissance, l'hypertrophie cardiaque juvénile, etc.

Par contre, qu'un de ces groupes d'éléments, retardataires, — j'aurais presque envie de les traiter de réactionnaires, — s'arrête et ne suive pas le mouvement progressif de ses voisins, il en résulte un vice nutritif par défaut, un arrêt de développement. Ici nous rencontrons les idiots, les cryptorchides, les cyanosés, les pieds-plats.

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 janvier 1884.

Puis encore, qu'un appareil, qu'un groupe mal pondéré, manquant totalement au but général, dévie dans sa forme, sa nutrition, ses fonctions (là se placeraient les intelligences dévoyées, les alcooliques, les gens incapables de vivre en société pour le bien commun, les anarchistes en un mot), il s'ensuivra des altérations parfois graves, les déviations de la taille, le rachitisme, et la république deviendra boiteuse ou bossue.

Enfin, si l'organisme est pénétré d'un malaise général, s'il équilibre mal le budget de ses recettes et de ses dépenses, si son industrie souffre, si les traités de commerce avec l'étranger sont mal faits ou mal appliqués, nous verrons survenir l'altération successive des liquides de l'organisme, puis des solides, et en particulier des globules sanguins (cette monnaie si précieuse, nerf de la paix), et dès lors la chlorose se constitue, exposant la patrie à l'invasion de l'étranger parasitaire, ou bien encore, si l'être est près de sa naissance, la banqueroute menacera sous la forme d'athrepsie.

Vous voyez par ces comparaisons que la nutrition pendant la période d'évolution peut être diversement troublée, et je me propose de rassembler d'une façon systématique ces états morbides dans la classification suivante:

Les maladies d'évolution sont de deux ordres:

I. *Maladies d'évolution proprement dite.*

II. *Maladies préparées par la suractivité fonctionnelle spéciale à l'évolution.*

I. Les maladies d'évolution proprement dite se subdivisent en:

1° *Maladies par vice de nutrition générale:* athrepsie, sclérose, obésité ou mieux polysarcie, chétivité, maigreur, chlorose.

2° *Maladies par vice de nutrition partielle portant sur les différents systèmes:* A. Système osseux: asymétries, croissance tardive ou hâtive, arrêts de développement, nouures, courbures, rachitisme, exostoses de croissance;

B. Système nerveux: Hydrocéphalie, intelligences tardives, idiotie;

C. Système circulatoire: Persistance du trou de Botal, arrêt de développement ou rétrécissement des artères, hypertrophie cardiaque juvénile, nævi;

D. Système digestif: troubles de la dentition;

E. Système respiratoire: asthme thymique;

F. Système génital: Cryptorchidie, monorchidie, troubles de la puberté, de la menstruation;

G. Appareil lymphatique: strume ganglionnaire, hypertrophie amygdalienne;

H. Appareil musculaire et aponévrotique: retard ou arrêt dans le développement musculaire: d'où luxation coxo-fémorale dite congénitale, attitudes vicieuses, hernies de l'enfance;

3° *Maladies par vice nutritif portant sur les éléments anatomiques:* cancer viscéral et oculaire, polypes naso-pharyngiens, polypes du rectum, ongle incarné.

II. Les maladies préparées par la suractivité fonctionnelle spéciale à l'évolution dans tel ou tel système:

A. Système osseux: douleurs de croissance, tarsalgie, genu valgum, périostite phlegmoneuse diffuse, déviations de la taille;

B. Système nerveux: paralysie infantile, méningite tuber-

culeuse, névroses (épilepsie, hystérie, chorée), tics et migraines, terreurs nocturnes, douleurs de tête, folie ;

C. Système circulatoire : épistaxis, palpitations cardiaques ;

D. Système digestif : entérites, choléra infantile, volvulus ;

E. Système respiratoire : emphysème, broncho-pneumonies ;

F. Appareil lymphatique : carreau ;

G. Appareil des sens : myopie, strabisme, troubles de l'accommodation et migraines, troubles d'origine auriculaire.

Je ne m'illusionne pas sur la valeur de cette classification, certainement incomplète, dans laquelle d'ailleurs j'ai négligé intentionnellement toutes les malformations et toute la pathologie embryonnaire. On pourra critiquer cet assemblage de maladies d'apparence bien disparate, mais on reconnaîtra au moins que le fait dominant est que ce sont des maladies dont la pathogénie est commune, et qu'elles répondent exactement à des vices d'évolution. Ce qui légitime encore, ce me semble, une pareille classification, c'est l'intérêt pratique qui en découle, ce sont aussi les déductions thérapeutiques qui en ressortent.

Il m'a paru intéressant de réunir dans un même cadre des maladies dont les descriptions sont dispersées dans tous les traités classiques et rassemblées nulle part.

D'ailleurs quand, ultérieurement, je m'occuperai des maladies d'*involution*, nous retrouverons les mêmes éléments de classification que vous me verrez opposer terme à terme à ceux que je viens de vous énumérer.

Mon intention n'est pas d'accorder une égale importance à toutes les maladies qui précèdent. Je me réserverai de glisser sur quelques-unes pour m'arrêter avec plus de profit pour vous sur les principales. J'empièterai le moins possible sur le domaine chirurgical, vous renvoyant à ce sujet aux remarquables leçons cliniques du professeur Gosselin et aux travaux si estimés de M. Lannelongue.

Dans ma prochaine leçon, je m'occuperai de la chlorose, dont nous avons des exemples frappants dans nos salles et que nous voyons si fréquemment venir à nos consultations.

Aujourd'hui, je n'ai pas voulu vous faire un exposé de doctrine. Je ne suis pas assez grand pour être solennel ! D'ailleurs le serais-je jamais? Cela n'est guère dans ma nature parisienne. Toutefois vous savez déjà que je m'associe au progrès par quelque moyen qu'il soit réalisé, que nous le devions aux chimistes, aux physiologistes, aux cliniciens, à tous ceux enfin qu'animent l'ardeur du travail et le désir de pénétrer plus avant dans le magnifique domaine des sciences biologiques. Je veux rester médecin, ne pouvant être tout à la fois, et n'ayant pas les forces nécessaires pour tout savoir. Je reste étudiant, mais j'étudie avec vous, ce qui est le meilleur et le plus agréable emploi de mon temps. Je veux vous montrer que le médecin ne doit jamais s'arrêter dans le travail, source de satisfactions inépuisables.

Enfin je tiens à me conformer aux principes de la solidarité scientifique qui nous impose le respect et l'admiration pour nos maîtres, la coopération individuelle dans la voie du progrès et l'abandon libéral de nos acquisitions à ceux qui nous suivent dans la carrière médicale, à ceux qui seront pour nous ce que nous avons été pour nos devanciers, des élèves attentifs, des fils intellectuels.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — M. Meyer.

Kyste hydatique de l'orbite.

(Observation recueillie par M. Caudron.)

Dans la séance de la Société de chirurgie du 28 novembre 1883, M. le professeur Chauvel, au cours d'un rapport sur un travail de M. Dieu, médecin-major, relatif à l'histoire des kystes hydatiques de l'orbite, citait une observation personnelle. Un militaire avait été envoyé dans son service au Val-de-Grâce pour un exophtalmos de l'œil droit. Une ponction exploratrice fut pratiquée et donna issue à quelques grammes d'un liquide séro-purulent, lequel ne tarda pas à se reproduire. Nouvelle ponction, évacuation du même liquide, nouvelle récidive.

Ce malade, ayant quitté le Val-de-Grâce, entra plus tard à la clinique du docteur Meyer, où il fut opéré d'un kyste hydatique rétro-oculaire. Ces cas étant assez rares, nous croyons intéressant de compléter l'observation.

B... (Eugène), âgé de vingt-deux ans, se présente à la clinique du docteur Meyer, le 24 octobre 1881, avec un exophtalmos très accusé de l'œil droit. Cet œil est dévié en dehors et un peu en haut ; sa mobilité est restreinte en haut, presque nulle dans les autres directions. Dans l'angle interne on constate la présence d'une tuméfaction qui paraît immobile sur la sclérotique. Elle commence à 6 millimètres du bord de la cornée et ne peut être circonscrite par le doigt, sauf en haut. Elle est recouverte d'une conjonctive épaissie et vascularisée. La vascularisation s'étend jusqu'à la cornée. Le début de la maladie remonte, au dire du malade, à quatorze mois. L'état général est bon.

A l'ophtalmoscope, névrite optique de l'œil droit avec phénomènes de compression, dilatation et flexuosité des veines, infiltration du tissu nerveux au voisinage de la papille. L'acuité visuelle de cet œil est réduite à 1/6 de la normale. L'autre œil est sain.

L'œil droit étant dévié et ses mouvements très limités, on observe, à 3 mètres, une diplopie croisée. Les images distantes de 1 mètre peuvent être surperposées par un prisme de 20 degrés et réunies par un prisme de 16 degrés, la base tournée en bas.

Le 25 octobre M. Meyer pratique, dans l'angle interne, une ponction à l'aide d'un bistouri et en retirant l'instrument agrandit l'orifice de la plaie. Il s'écoule tout d'abord une assez grande quantité de pus, puis une membrane ressemblant à l'enveloppe d'un kyste vient faire hernie dans la plaie. M. Meyer excise tout ce qu'il faut en attirer au dehors et provoque ainsi l'écoulement d'un liquide analogue à celui contenu dans les kystes hydatiques. Un stylet introduit dans la plaie pénètre à une profondeur de plus de 4 centimètres. Un drain le remplace. Le pansement antiseptique est appliqué. Le lendemain, une nouvelle portion de la poche est excisée. Enfin, le 27 octobre, nous trouvons, adhérente au pansement, une membrane grisâtre qui mesure 3 centimètres de diamètre et paraît être le fond du kyste. Ces fragments furent soumis à l'examen de M. le docteur Latteux qui voulut bien nous remettre la note suivante :

« Le plus petit fragment présente, sur une coupe, des couches concentriques, à stries très fines et très rapprochées. Il représente l'idéal de la structure des kystes hydatiques.

« Le second fragment est formé d'un tissu conjonctif, infiltré d'éléments embryonnaires, au milieu duquel se montrent des vaisseaux dilatés et remplis de sang.

« La présence de ces éléments embryonnaires est due au voisinage du kyste qui a joué le rôle de corps étranger et a déterminé l'inflammation de la zone ambiante.

« La troisième partie de la poche examinée postérieurement n'a fait que confirmer ces conclusions. »

Cet examen microscopique et les faits cliniques qui précèdent

s'enchaînent. Nous avons eu affaire à un kyste hydatique ayant provoqué dans le tissu cellulo-adipeux de la cavité orbitaire, une inflammation de voisinage et consécutivement des abcès formés en avant du kyste et dissimulant sa présence jusqu'au jour où une large ouverture a permis à la poche de se faire jour au dehors. La guérison se fit d'une manière régulière.

Le 17 novembre l'exophtalmie avait disparu, les mouvements du globe étaient libres; le drain fut supprimé. Quelques jours plus tard le malade quittait la clinique. A l'ophtalmoscope, on notait la disparition des phénomènes de compression du nerf optique, l'acuité visuelle était d'ailleurs égale à 1/3 de la normale. Il y avait lieu d'espérer une amélioration plus grande encore, quoique l'étranglement eût duré assez longtemps pour étouffer une certaine quantité d'éléments nerveux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 janvier 1884. — Présidence de M. Alphonse Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Doyon (Accepté);

2° Un rapport sur une épidémie de *fièvre typhoïde*, par M. Bompaire de Millot;

3° Un travail manuscrit intitulé : *De la valeur diagnostique de la présence des bacilles de Koch dans les crachats et du principe gazeux à employer pour tuer ce microbe*, par M. le docteur Niepce;

4° Une lettre de M. le docteur Crié (de Rennes), qui se porte candidat au titre de correspondant (quatrième division).

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES

M. TARNIER présente une tête d'enfant extraite, au moyen de son *basiotribe*, par M. Pinard.

RAPPORTS

Sur un ouvrage de M. de Lacerda relatif à l'étiologie du béribéri. — M. ROCHARD commence par rappeler combien d'hypothèses ont été émises relativement à la genèse du béribéri, cette maladie envahissante qui est actuellement fréquente au Brésil. L'année dernière une escadre brésilienne, composée de quatre navires, mouillait sur le bord de Bahia, le 23 juin, tous les équipages étant en parfaite santé. Presque aussitôt le béribéri éclatait sur un de ces navires (la corvette le *Nathérolus*).

Au bout de neuf jours, cent quinze hommes de l'équipage étaient atteints de la maladie et huit avaient succombé. Un certain nombre des malades fut dirigé sur l'hôpital de Marinha de Corte, et c'est là que M. de Lacerda, qui, pendant son séjour en France, avait suivi le laboratoire de M. Pasteur, entreprit de rechercher la cause du béribéri. D'après sa relation, il procéda de la manière la plus classique, conformément à la méthode de M. Pasteur. Une gouttelette de sang, extraite par une piqûre de l'index de ces malades, servit à des cultures dans du bouillon de vache. Toutes les précautions recommandées par le maître furent appliquées.

Bientôt dans ce bouillon de vache neutralisé et rendu stérile, apparut un trouble manifeste, et au microscope on reconnut des bacilles tantôt droits, tantôt courbés, tantôt infléchis comme les branches d'un compas ouvert à angle obtus.

Il y en avait de très longs, qui étaient formés de segments, aux points d'intersection desquels on apercevait nettement des noyaux réfringents ou spores. Plus tard les filaments se croisaient en tous sens comme un vaste réticulum. Plus tard encore il ne restait plus dans le liquide de culture épuisé que des bâtonnets ou des spores. Mais, si alors on transportait une goutte de ce liquide dans un milieu nouveau, on voyait se succéder les mêmes phases dans le même ordre.

M. de Lacerda retrouva les mêmes bacilles dans le sang des malades, dans leurs déjections, etc. C'est donc bien pour lui la cause efficiente du béribéri. Du reste, par des injections sur des animaux, il s'assura que ce bacille engendrait chez eux une maladie mortelle, et il retrouva également le même bacille dans tous leurs tissus.

Restait à savoir quel pouvait en être le point de départ. M. de Lacerda, ayant appris qu'un épicier était atteint d'un béribéri grave, s'informa de son genre habituel d'alimentation. Il apprit qu'il se nourrissait presque exclusivement de riz. Examinant alors le riz qui se trouvait dans sa boutique, il en trouva quelques grains sphériques, facilement friables, sur lesquels il reconnut au microscope le bacille du béribéri. Il fit alors des cultures méthodiques de ces bacilles du riz, comme il l'avait fait pour les bacilles du sang des malades. Le résultat répondit pleinement à ses espérances, et les animaux qu'il inocula avec le liquide de culture moururent tout à fait comme les premiers.

Telle est la théorie de M. de Lacerda et tels sont les faits qu'il expose.

M. Rochard ne met pas en doute la bonne foi de ce savant; mais il se demande s'il n'est pas de ces esprits trop enthousiastes qui, voyant les choses comme ils le désirent, compromettent souvent par leur excès d'ardeur les innovations scientifiques qu'ils adoptent.

M. le rapporteur passe en revue les travaux de M. de Lacerda sur les éléments figurés du venin des serpents, sur le permanganate de potasse considéré comme antidote de ce venin, etc.; c'étaient des illusions. Aussi M. Rochard ne sera-t-il pleinement convaincu de la genèse du béribéri par des bacilles provenant du riz que si M. Pasteur obtient par la culture de ces bacilles des résultats semblables à ceux de M. de Lacerda.

Sur la trichinose. — M. PROUST, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouley, Brouardel, Chatin, Colin (d'Alfort), et Laboulbène, donne lecture d'un rapport dont voici les conclusions :

1° Une épidémie de trichinose ne peut être confondue avec une épidémie de fièvre typhoïde. Si, dans une de ses phases, la trichinose peut présenter des accidents d'apparence typhoïde, il n'y a aucune identité entre les deux maladies, et l'évolution de l'affection trichineuse permettra toujours d'en établir le diagnostic : la symptomatologie, la marche, la durée, l'anatomie pathologique, et la nature des deux maladies sont absolument différentes;

2° Aucun cas de trichinose n'ayant encore été constaté en France, en Angleterre, en Belgique, soit dans une épidémie, soit dans des cas isolés, l'importation des viandes salées d'Amérique peut être autorisée en France;

3° Il y aurait à créer une entente commune avec les pays d'importation des viandes trichinées, relativement à des mesures spéciales de garantie au port de départ;

4° Il serait nécessaire de publier une instruction largement distribuée, prescrivant la cuisson des viandes de porc. Tout marchand ou débitant de viande de porc sera tenu d'afficher cette instruction;

5° Il serait également nécessaire que des expériences fussent entreprises avec toutes les garanties désirables pour compléter l'histoire de la trichine et nous donner les raisons scientifiques de l'immunité de notre pays vis-à-vis des viandes trichinées.

DISCUSSION

M. LUNIER, à l'occasion de la discussion actuelle, a entrepris des recherches statistiques dont il croit devoir communiquer à l'Académie les principaux résultats.

La consommation de la viande en France est en moyenne, par tête, de 40 kilogrammes. Dans les chefs-lieux et les villes au-dessus de 2,000 habitants, la consommation s'élève à environ 68; elle n'est que de 24 kilogrammes dans le reste de la population.

Cette consommation représente 13 à 1400 millions de kilogrammes de viande, dont 9,63 p. 100 seulement de viandes importées; le reste est fourni par la production française. Pour la viande de porc, la proportion de l'importation n'est que de 8,85 p. 100. Sur les 40 kilogrammes de consommation moyenne par

tête, la viande de porc entre pour 33 p. 100, c'est-à-dire à peu près le tiers.

En 1877, l'importation des viandes de porc s'est élevée à 38,146,000 kilogrammes, dont 21,446,000 de viandes sur pied, et 16,700,000 de viandes salées; mais ce dernier chiffre s'est élevé progressivement jusqu'en 1880, où il a atteint 38,700,000 kilogrammes. En 1882, il n'était plus que des 3,240,000. Il s'est un peu relevé en 1883, par suite de l'introduction des viandes d'Amérique pendant les quelques jours du mois de décembre pendant lesquels l'interdiction prononcée en 1881 a été levée.

Les viandes sur pied qui, en 1877, venaient surtout de l'Italie, viennent principalement aujourd'hui de Belgique (68 p. 100) et d'Allemagne (7 p. 100).

LECTURE

Note sur l'empoisonnement des poules par le jéquirity. — **M. CORNIL** (en son nom et en celui de M. Bouley). Avec une injection de 10 à 20 gouttes dans le tissu cellulaire sous-cutané en avant du grand pectoral sans toucher au muscle, on produit un empoisonnement terminé par la mort avec une diarrhée très abondante. Le liquide diarrhéique contient une quantité de bacilles du jéquirity. La peau est œdématiée, infiltrée par un liquide clair, contenant des bacilles, sur toute la paroi intérieure de la poitrine. Le muscle grand pectoral est devenu volumineux, tuméfié comme à la suite de l'injection du microbe du choléra des poules. L'examen microscopique y démontre des cassures transve rsales, la mortification des faisceaux, l'infiltration du tissu conjonctif par de la fibrine et des cellules lymphatiques comme dans le choléra des poules.

Avec une dose moindre, de 2 à 5 gouttes, les poules survivent, ne sont pas malades et présentent un séquestre musculaire, un œdème cutané, comme dans le choléra. Le muscle se momifie, se dessèche, quelquefois la peau est perforée dans la partie œdématiée et il sort du liquide contenant des bacilles. Si la peau est entachée, l'épiderme est ramolli et laisse couler un liquide qui contient des bacilles. L'immunité paraît acquise lorsqu'on fait une nouvelle injection à dose considérable dans le péritoine aux poules qui présentent une altération de la peau. Elles éliminent facilement par là une partie des bacilles qu'on leur a injectées.

M. Cornil rapproche ces faits de l'élimination par la peau dans l'empoisonnement des cobayes par le jéquirity. Quelques jours après l'injection les bacilles ont été complètement éliminés, et cependant les lésions anatomiques déterminées dans les tissus (induration, inflammation, abcès caséeux et mortification) n'en durent pas moins très longtemps.

Ces données doivent être appliquées à la pathologie humaine et notamment à la tuberculose, dont les lésions ulcéreuses ne contiennent pas toujours des microbes. (Ce mémoire est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Charcot, Hérard et Bouley.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

29. M. Lacour. De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants. — 30. M. Maurandy. De la difficulté du diagnostic dans certains cas de kystes hydatiques et du foie. — 31. M. Barbaste. Des déchirures du périnée dans les accouchements. — 32. M. Reverchon. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive. — 33. M. David. De l'aphasie hystérique. — 34. M. Gros. Étude sur le goitre exophtalmique. — 35. M. Berne. Des manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire. — 26. M. Borély. Quelques considérations sur le coup de chaleur. — 37. M. Raffejeau. Du rôle des anomalies congénitales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme.

ASSISTANCE PUBLIQUE.

Annulation d'une délibération du Conseil municipal de Paris relative à la subvention municipale à l'Administration de l'Assistance publique.

Le Président de la République française,

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur ;

Vu la délibération en date du 29 décembre 1883, par laquelle le Conseil municipal de Paris, après avoir inscrit au budget de la Ville, pour 1884, un crédit de 17,607,000 francs, à titre de subvention pour les dépenses ordinaires de l'Assistance publique, a déclaré que :

« Cette subvention municipale n'était allouée qu'à la condition expresse que l'Administration donnera, avant le 1er avril, dans deux établissements hospitaliers au moins, un caractère exclusivement laïque à tous les emplois tenus actuellement par des congrégations religieuses et qu'une transformation des services dans ce sens se poursuivra activement pendant le courant de l'année 1884 » ;

Vu la loi du 10 janvier 1849 et notamment les articles 1, 3 et 5, ainsi conçus :

« Article premier. — L'Administration générale de l'Assistance publique.... est placée sous l'autorité du préfet de la Seine et du ministre de l'Intérieur; elle est confiée à un directeur responsable sous la surveillance d'un Conseil.....

« Art. 3. — Le directeur exerce son autorité sur les services intérieurs et extérieurs.....

« Art. 5. — Le Conseil de surveillance est appelé à donner son avis sur..... les règlements des services intérieurs de ces établissements » ;

Vu la loi du 18 juillet 1837, article 21 et 24;

Vu la loi du 14 avril 1871 ;

Considérant que le Conseil municipal, appelé seulement à émettre son avis sur les comptes et budgets de l'Assistance publique et à formuler des vœux sur les questions d'intérêt local, ne peut rien prescrire en ce qui concerne le régime intérieur des établissements hospitaliers, sans empiéter sur les droits que le directeur de l'Assistance publique, le préfet de la Seine et le ministre de l'Intérieur tiennent de la loi et sans excéder, par conséquent, les limites de sa propre compétence ;

Que ce qu'il ne peut faire par voie de prescription directe, il ne saurait le faire en subordonnant à l'exécution de ses injonctions l'emploi des crédits de subvention sans lesquels la distribution des secours publics à Paris devrait être suspendue;

Que dès lors il y a lieu de supprimer comme illégales les conditions imposées dans la délibération susvisée;

Décrète :

Article premier. — Est annulée la délibération susvisée prise par le Conseil municipal de Paris à la date du 29 décembre 1883, en tant qu'elle subordonne l'emploi des crédits inscrits au budget municipal de la ville de Paris à titre de subventions à l'administration générale de l'Assistance publique, à l'exécution des mesures que le Conseil était incompétent pour prescrire et que la loi remet à la décision des autorités préposées à l'administration de l'Assistance publique.

Art. 2. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris le 14 janvier 1884.

Jules Grévy.

Par le président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

Waldeck-Rousseau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le directeur de l'Assistance publique a reçu de M. le docteur Lordereau la somme de 100 francs pour les pauvres du XXe arrondissement de Paris.

— Par décision ministérielle, en date du 30 janvier 1884, M. Lubanski, médecin-major de deuxième classe à l'École d'application de cavalerie à Saumur, a été nommé professeur-agrégé de clinique médicale à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— MM. les docteurs Ollivier et Rebory sont nommés, pour trois ans, membres du Conseil départemental de l'instruction publique des Basses-Alpes.

— M. le docteur Simon, médecin-adjoint du lycée de Caen, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Viger, décédé.

M. le docteur Bourrienne, directeur de l'École de médecine, est nommé médecin consultant du lycée de Caen.

M. le docteur Denis-Dumont, chirurgien en chef des hôpitaux, est nommé chirurgien consultant du lycée de Caen.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert, le lundi 3 mars 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera clos définitivement le samedi 16 février, à trois heures.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le jeudi 20 mars 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 février 1884 et sera clos définitivement le lundi 3 mars, à trois heures.

— M. le docteur George, maître de conférences à l'Institut national agronomique, fera, le dimanche 3 février 1884, à deux heures et demie très précises, au Conservatoire des Arts et Métiers, 292, rue Saint-Martin, une conférence sur l'hygiène de l'alimentation chez l'ouvrier. — Projections par M. Molteni.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15679.

N° 15. — MARDI 5 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. MARDI 5 FÉVRIER 1884. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Un cas d'adénome du foie. — HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. De l'action multiple des néphrites sur le cœur et par le système vaso-moteur sur la circulation capillaire. — Phlegmon de la paroi abdominale. — De l'action antiseptique du sulfate de cuivre en obstétrique. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Un cas d'adénome du foie.

J'ai fait venir aujourd'hui à l'amphithéâtre un malade des plus intéressants afin que nous puissions établir devant vous un diagnostic qui a été quelque peu difficile pendant un certain temps.

Cet homme est âgé de soixante-dix ans, il est entré il y a dix jours environ, et, par le seul fait de l'âge auquel il est parvenu, nous pouvons dire qu'il a toujours joui d'une bonne constitution ; il a toujours fait un travail assez rude.

Il y a quinze mois, il a reçu accidentellement un coup sur la région de l'hypocondre droit. La contusion n'a pas été très violente ni très douloureuse, car il n'a pas, pour ainsi dire, cessé de travailler. Cependant deux mois après cet accident, il a dû aller consulter un médecin et un mois plus tard il entrait à l'hôpital dans le service de l'homme le plus compétent pour ce genre d'affections, dans le service de M. Dieulafoy. Mon savant confrère examine avec soin la tuméfaction, constate un certain degré de fluctuation et fait, avec l'habileté que vous lui connaissez, une ponction exploratrice. A son grand étonnement, il n'en sort que du sang et point le liquide auquel il s'attendait. Le malade s'en trouve néanmoins si soulagé, qu'il demande qu'on prolonge l'écoulement sanguin. Mais M. Dieulafoy s'y refuse très justement. Au bout de quelques jours, cet homme quittait l'hôpital et reprenait ses travaux.

Pendant ce temps la tumeur allait en augmentant, s'accompagnant de douleurs et de malaises, si bien qu'un peu plus tard il était forcé de rentrer à l'hôpital. Cette fois il se trouvait placé dans le service de M. Ollivier qui est, comme vous le savez, un clinicien des plus minutieux. Celui-ci constate également la présence d'une tumeur de l'hypocondre avec fausse fluctuation et, malgré les renseignements fournis par le malade, pratique à son tour une ponction exploratrice, laquelle, comme précédemment, est également négative et ne donne issue qu'à une petite quantité de sang. Du reste, de ce qu'une première manœuvre n'avait pas réussi, il ne s'ensuivait pas forcément que la seconde ne dût pas être plus heureuse. Enfin ces ponctions faites avec un instrument très fin ne présentent aucun danger.

Pour moi, aujourd'hui, le diagnostic est plus clair et je ne pratiquerai pas de ponction.

Donc notre malade reste chez M. Ollivier ; puis, après s'y être reposé pendant quelque temps, il rentre chez lui, reprend ses travaux ordinaires, jusqu'au jour peu éloigné où il vient à la Pitié dans notre service.

Étudions maintenant l'état qu'il présente.

Comme vous le voyez, il a assez bonne mine, pas de teint cachectique, pas même le teint des hépatiques ; il a conservé, au contraire, une certaine fraîcheur. Ses digestions sont un peu moins bonnes que par le passé ; il a un peu maigri et ses forces ont un peu diminué. Mais rappelez-vous aussi qu'il a soixante-dix ans. Nous ne trouvons pas d'œdème des extrémités ; il existe seulement quelques varices unilatérales qu'on ne peut en rien attribuer à l'oblitération ou à l'obstruction de la veine cave inférieure par la tumeur. Ces varices sont une simple coïncidence. Il n'y a pas lieu non plus de songer à l'obstruction ou à l'oblitération de la veine porte. Enfin, il n'y a pas d'ascite.

La rate n'est pas hypertrophiée. Les fonctions digestives, quoique plus lentes, sont assez bien conservées, la langue est bonne, la miction facile et les urines normales. En somme, la maladie paraît donc être purement locale.

La tumeur siège dans tout l'hypocondre droit, d'une part, empiétant sur la région ombilicale et dépassant un peu la ligne médiane, et de l'autre remontant presque jusqu'au mamelon. Néanmoins, il n'y a pas de troubles respiratoires et la cavité thoracique est saine ; pas la moindre irritation du côté de la plèvre. Le cœur est normal, le pouls régulier : à peine existe-t-il quelques athéromes artériels, mais à soixante-dix ans !

Cette tumeur présente trois bosselures : la principale et la plus volumineuse en haut, la seconde située dans la cavité abdominale et la troisième faisant saillie dans la région lombaire. Ces bosselures ne sont pas mobiles l'une sur l'autre, mais elles forment une seule et même tumeur lobulée ; la principale d'entre elles est rénitente et donne la sensation si remarquable de fausse fluctuation qui a trompé à la fois MM. Dieulafoy et Ollivier, la seconde est très dure et la troisième, celle de la région lombaire, est un peu plus molle, un peu aussi pseudo-fluctuante.

Ainsi, voici une tumeur d'origine traumatique, remontant à quinze mois, ayant augmenté progressivement, qui s'est

développée d'abord en avant, puis en bas, puis en arrière, sans entraîner avec elle aucune modification du côté de la peau, tumeur non douloureuse au toucher, ne donnant aucune sensation de chaleur à la main, enfin à la fois dure en certains points et faussement fluctuante en d'autres points, et ne s'accompagnant nullement d'ascite.

Ce ne saurait être ni une tumeur cutanée, ni une tumeur vasculaire, ni une tumeur osseuse, ni un enchondrome; nous n'avons même pas à discuter ce diagnostic. Le foie seul peut être l'organe siège de cette tumeur. Trois hypothèses alors se présentent qui doivent être passées en revue.

1° S'agirait-il d'une cirrhose hypertrophique?

Dans tous les cas ce serait une variété bien rare, car nous ne constatons ni phénomènes généraux, ni ictère; de plus, dans cette affection, le foie n'est jamais lobulé et surtout aussi largement lobulé qu'ici, et son augmentation de volume est toujours uniforme. Serait-ce quelque stéatose hépatique? Ici encore nous aurions un développement uniforme du foie.

2° Aurions-nous affaire à des kystes multiloculaires du foie?

Mais, dans ce cas, il est très rare de trouver ainsi une tumeur lobulée. De plus, un des lobes est très dur. De plus encore, la fluctuation, en cas de kystes, est toujours très nette, à moins que le kyste ne se soit développé assez profondément pour être recouvert par une épaisseur de 3 à 4 centimètres du parenchyme du foie. Mais tous les signes autres que la fluctuation manqueraient donc chez notre malade si nous voulions admettre des kystes multiples du foie. Enfin les ponctions exploratrices n'avaient pas été négatives.

3° Reste alors comme troisième et dernière hypothèse, une néoplasie.

Les néoplasmes du foie présentent plusieurs variétés. Nous avons d'abord le plus redoutable de tous, le cancer. La tumeur n'en présente aucun des caractères. Nous avons une autre variété, très bien décrite dans ces derniers temps sous le nom d'adénome du foie, néoplasme qu'il faut immédiatement séparer des tumeurs malignes et qui est caractérisée par le développement exagéré des éléments normaux de la glande hépatique.

Eh bien, c'est la seule hypothèse qui nous reste à admettre, après avoir éliminé successivement toutes les autres, car c'est l'adénome qui nous explique le mieux les diverses phases pathologiques de la tumeur depuis son apparition. Ses bosselures elles-mêmes, que l'on pourrait prendre au premier abord pour des bosselures cancéreuses, s'en distinguent absolument en ce qu'elles ne sont point cratériformes au centre comme dans le cancer.

En résumé, nous sommes réellement en présence d'un adénome du foie, tumeur de nature tout à fait bénigne, caractérisée aussi par l'absence de tous phénomènes de réaction, par l'absence aussi d'hypertrophie concomitante de la rate et ne donnant lieu en réalité qu'à de la gêne plutôt qu'à des douleurs véritables.

Comme traitement, nous aurons recours aux fondants, c'est-à-dire à des badigeonnages de teinture d'iode répétés tous les trois jours; nous aurons recours aussi à des bains, à des purgatifs très légers et à quelques boissons alcalines.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. Fabre.

De l'action multiple des néphrites sur le cœur et, par le système vaso-moteur, sur la circulation capillaire (1).

III

Du côté de la peau, et je ne veux parler que de la peau non œdématiée, la perturbation nerveuse ne s'accuse que par un refus de sécrétion; la peau d'un sujet atteint de néphrite est rebelle aux sudorifiques, elle peut même, sous ce rapport, résister à l'action de la pilocarpine.

Ce trouble fonctionnel de la peau est encore plus que les autres troubles sécrétoires, indépendant de l'urémie; il y a là non pas une sécrétion qui en supplée une autre, mais une perturbation nerveuse qui se produit dans un organe et retentit sur d'autres organes. Ces phénomènes morbides proviennent non pas de l'urémie, mais de la néphrite; l'inertie rénale, la suppression ou la suspension fonctionnelle du rein, compte pour bien peu dans leur pathogénie, l'excitation inflammatoire du rein y contribue bien davantage; le rein malade trouble de certaines manières le système nerveux, comme l'estomac malade le trouble de sa façon, et bien des troubles morbides qu'on attribue à l'urémie ont réellement pour cause ce que, pour mieux accentuer ma comparaison, j'oserai appeler une dyspepsie rénale; aussi se montrent-ils parfois dès le début d'une néphrite.

C'est ce que l'on constate d'une manière encore plus positive dans d'autres troubles produits par les néphrites, dans les *troubles des températures locales*. Du côté de la peau certainement, du côté du poumon peut-être, les néphrites peuvent produire par un trouble vaso-moteur, suivi de constriction du réseau capillaire, un refroidissement local dont la plus haute expression est l'algidité. Ce refroidissement, la main du médecin promenée sur une partie du corps en a parfois une sensation très nette que vous avez perçue à l'avant-bras de notre n° 8 de la salle Ducros et au pied de notre n° 3 de la salle Sainte-Élisabeth. A la paume de la main gauche, le thermomètre nous a donné 30 degrés chez notre n° 8 et 35 degrés chez un homme sain. Ce refroidissement local peut même s'accompagner d'un léger refroidissement général; ce même n° 3, par exemple, n'avait qu'une température de 36 degrés avec une pneumonie assez étendue. Ce refroidissement peut aller jusqu'à produire une algidité mortelle, et nous avons eu dans le service cinq cas d'algidité cholériforme dont nous n'avons, à l'autopsie, pu trouver d'autre cause qu'une altération des reins. Ce phénomène, nous l'avons observé surtout chez des sujets d'un certain âge. Rappelez-vous que chez les vieillards l'atrophie rénale peut être la cause non seulement de cette algidité, mais encore des épistaxis et de diarrhées rebelles trop exclusivement attribuées à la sécheresse concomitante de la peau.

Je crois que dans la circulation pulmonaire un phénomène analogue à l'algidité, la constriction vasculaire, est la seule explication possible de certains accès de dyspnée où le malade a soif d'air et où l'auscultation ne révèle rien, dyspnées différentes des dyspnées d'origine bulbaire, survenant aussi par accès, mais où les mouvements respiratoires présentent des arrêts et des saccades et où l'on entend à distance des rhonchus trachéo-bronchiques. Peut-être aussi se passe-t-il dans l'encéphale des phénomènes analogues de

(1) Fin. — Voir le numéro du 29 janvier 1884.

resserrement vasculaire qui contribuent à produire les vertiges, les nausées, les bourdonnements, les céphalalgies constrictives dont se plaignent certains malades.

Ces troubles vaso-moteurs déterminés par les néphrites peuvent avoir des conséquences plus graves encore et plus caractéristiques. D'un arrêt de la circulation capillaire, ils peuvent conduire à un arrêt dans le mouvement nutritif, c'est-à-dire à une *gangrène*, à la plus nerveuse des gangrènes, la gangrène symétrique des extrémités. C'est ce que tend à prouver le fait qui vient de passer sous vos yeux et qui a été précédé de faits analogues communiqués à la Société médicale des hôpitaux de Paris par M. Debove et par M. Roques.

Cette gangrène n'a pas été suivie par nous dans son évolution tout entière. Quand le malade est entré dans le service, il portait depuis dix jours environ un œdème des mains ; sur cet œdème s'était greffée une coloration d'abord violette, puis noirâtre de l'extrémité des doigts. Des plaques analogues s'étaient développées à chaque oreille; il en avait aussi de très limitées aux pieds qui n'avaient aucun œdème, mais paraissaient un peu froid au toucher. C'est dans cet état qu'il nous est arrivé. Nous constatâmes de plus que sur les parties atteintes, malgré quelques douleurs éprouvées par le malade, la sensibilité était émoussée et que les artères de la région battaient régulièrement. Aux oreilles et aux pieds, la situation ne changea pas, mais aux doigts, à l'exception de l'un des pouces, qui avait été à peine atteint, nous vîmes en même temps que le gonflement des mains diminuait, l'extrémité correspondante à la dernière phalange se racornir, s'indurer, devenir absolument noire, s'entourer d'un petit sillon d'élimination, présenter en un mot tous les caractères de la gangrène sèche, symétrique des extrémités, tels que nous les observions naguère chez deux malades atteintes de maladies du système nerveux, une ataxique et une hystérique. Chez notre homme, âgé de cinquante-quatre ans, pour expliquer cette gangrène par perturbation du système vaso-moteur, je ne vois pas d'autre cause que la lésion rénale, et de plus il devient évident qu'une lésion qui peut provoquer des troubles si profonds du système nerveux peut, *à fortiori*, en déterminer de plus légers.

Comparons, en terminant, ces phénomènes nerveux, liés à une lésion du rein avec ceux qui suivent une altération de la capsule surrénale.

Des vomissements opiniâtres se rencontrent souvent dans la maladie d'Addison ; c'est le même symptôme que dans les néphrites, avec une plus grande fréquence et une plus haute intensité, de même que les douleurs épigastriques, qui ne sont pas rares dans les néphrites, sont quelquefois violentes dans l'altération capsulaire. Il en est de même de la diarrhée, plus rebelle ici et plus souvent accompagnée de coliques. Un léger abaissement de la température centrale, un abaissement sensible de la température des extrémités a été constaté par nous dans la maladie d'Addison avec lésion capsulaire; c'est le même phénomène que dans les néphrites. Des troubles pulmonaires, des bronchites et des congestions simulant la phtisie ont été à plusieurs reprises observées dans la maladie d'Addison; ils nous ont fait une fois diagnostiquer une affection tuberculeuse qui n'existait pas ; c'est encore là un point de ressemblance avec les troubles fluxionnaires provoqués par les néphrites. Des hémorragies ont été constatées dans les quatre cas de maladie d'Addison observés à la clinique ces dernières années, et même chez l'un des malades, un marin, d'aucuns d'entre vous, pour cette raison, crurent d'abord au scorbut : voilà encore une analogie. Enfin les troubles de l'encéphale : délire, convulsions, coma, sont encore plus communs et plus graves dans la maladie d'Addison que dans les néphrites et les urémies.

Telles sont les ressemblances. Les différences, nous les trouvons dans certains symptômes qu'on observe dans la maladie bronzée et que les néphrites ne présentent pas : telle est la coloration de la peau, telle l'asthénie profonde, tel l'amaigrissement extrême, telles les douleurs vives dans la région dorsale et ailleurs, bien qu'il y ait *une forme clinique de néphrite sans œdème, caractérisée par l'asthénie progressive, l'amaigrissement, des vomissements, enfin un coma promptement mortel.*

Du côté des néphrites, je note les œdèmes, les inflammations et les affections cardiaques ; par ces dernières, j'entends les hypertrophies et les péricardites, car les palpitations se retrouvent dans la maladie bronzée.

Si maintenant nous comparons les troubles vaso-moteurs de l'albuminurie avec ceux que l'on met sur le compte de l'urémie, nous trouvons qu'il n'est guère besoin de ces derniers pour expliquer la plupart des phénomènes graves qui se produisent dans certaines néphrites. On peut certainement considérer comme indépendants de l'urémie les symptômes qui sont communs à la néphrite et à la maladie d'Addison, puisque la maladie bronzée peut les produire par l'intermédiaire d'un trouble nerveux sans participation de l'urémie pas plus que d'une intoxication quelconque, bien qu'une part importante doive être réservée à la rétention des liquides dans l'œdème cérébral, pulmonaire ou cutané.

L'urémie n'est même pas nécessaire pour produire les phénomènes cérébraux, les dyspnées d'origine cérébrale et les inflammations; il est à croire cependant que l'accumulation dans le sang de matières excrémentitielles tend à imprimer aux inflammations produites un surcroît d'intensité et des tendances phlegmoneuses ; il est à croire aussi que l'intoxication urémique est la cause de certains phénomènes cérébraux que n'expliquent pas suffisamment les lésions trouvées à l'autopsie. Mais, en somme, l'étude des troubles de la circulation capillaire dans les néphrites, si on les compare avec les troubles nerveux de la maladie d'Addison et avec les phénomènes attribués à l'urémie, tend à prouver que : *parmi les accidents provoqués par les néphrites, une plus large part doit être faite aux troubles réflexes du système nerveux vaso-moteur qu'à l'intoxication urémique du sang.*

Y a-t-il à déduire de ces données quelques indications thérapeutiques? Si elles sont justes, les modificateurs du système nerveux en général, du système vaso-moteur en particulier, doivent occuper dorénavant une plus large place dans le traitement des néphrites. Il faudra dorénavant employer davantage, contre les accidents provoqués par ces affections, deux agents thérapeutiques auxquels je n'ai pas osé demander tout ce qu'ils pourraient donner : l'opium et l'arsenic; l'opium dans les cas d'algidité, de flux séreux plus ou moins abondant, d'œdème douloureux; l'arsenic dans les cas d'atonie capillaire, de stase sanguine et même de gangrène.

N'oublions pas toutefois que les médicaments susceptibles de devenir des poisons peuvent s'accumuler dans l'organisme quand le rein fonctionne mal.

PHLEGMON DE LA PAROI ABDOMINALE

Par M. le docteur E. PAULIN (de Lunéville).

Quelque temps après que la *Gazette des hôpitaux* eut attiré l'attention de ses lecteurs sur l'histoire des phlegmons de la paroi abdominale, j'avais l'occasion d'en observer un exemple. Comme il m'a été possible de suivre la malade, j'ai pensé qu'il était peut-être utile d'en publier l'observation et de répondre au bienveillant appel du rédacteur de la *Revue clinique* du 1er septembre 1883.

La nommée Marie C..., épouse de Nicolas V..., âgée de trente-huit ans, habite une propriété particulière, le Chalet, à 3 kilomètres de Lunéville, et travaille aux champs. Elle est de bonne santé habituelle. Mariée à vingt-quatre ans, elle accouche après un an de mariage d'un enfant vivant qu'on amène à l'aide du forceps. Elle reste six semaines au lit et se rétablit parfaitement. Seize mois après cette couche sur laquelle je n'ai pas d'autres détails, elle fait une fausse couche, sans qu'il en résulte aucune suite fâcheuse. Enfin, il y a un an, nouvelle fausse couche, également sans conséquence.

La malade est bien réglée et dit qu'elle ne souffre jamais dans le ventre. Toutefois elle est atteinte d'un certain degré de prolapsus utérin, pour lequel elle porte depuis plusieurs années un pessaire que nous retirons et qui est en assez mauvais état.

Voilà pour les antécédents ; voyons maintenant l'état actuel.

Je suis appelé près de la malade le 29 octobre 1883. Elle me raconte que depuis quinze jours, sans cause connue, sans traumatisme, sans avoir fait d'effort, elle éprouve des douleurs dans la région hypogastrique, à droite. Elle a senti s'y développer une certaine dureté, et comme le dit la malade elle-même, la grosseur a peu à peu augmenté pour arriver à présenter les caractères que nous lui voyons aujourd'hui.

La tumeur occupe la partie droite de la région sous-ombilicale ; elle fait corps, pour ainsi dire, avec la paroi abdominale dans laquelle elle est comme enchâssée. De forme ovalaire, elle est dirigée obliquement et parallèle à l'arcade crurale droite. Dimensions transversales, $0^m,15$; dimensions verticales, $0^m,08$. La tumeur ne dépasse la ligne médiane que de 3 centimètres ; elle s'étend presque tout entière à droite. Cette tumeur est dure à la périphérie et dans la plus grande partie de son étendue ; la peau y est normale et glisse librement. Mais au centre la peau est rosée et il y a une certaine rénitence. La douleur spontanée est modérée ; elle est plus vive à la pression surtout à la partie centrale. Elle est plus vive aussi quand la malade tousse, quand elle fait des efforts pour changer de position. Tout autour de la tumeur, la paroi abdominale est souple et permet aisément le palper, d'autant plus que la malade est maigre.

Le palper de la fosse iliaque droite est également facile et donne un résultat négatif. En somme, les organes abdominaux sont indemnes. Au toucher vaginal on trouve les culs-de-sac libres. J'ai déjà parlé des antécédents de la malade : elle n'a eu antérieurement ni coliques, ni diarrhée, ni crises hépatiques. La tumeur s'est développée sans qu'elle ait cessé de vaquer à ses occupations ; elle a remarqué ce qu'elle appelle sa grosseur il y a quinze jours déjà, et elle n'est alitée que depuis trois jours, c'est-à-dire depuis le 26 octobre. Elle a continué à prendre un peu de nourriture et n'a eu ni nausées, ni vomissements. Pas de frissons.

Aujourd'hui 29, la fièvre est modérée : P. = 82. Langue blanchâtre ; pas de selles depuis vingt-quatre heures. La malade urine bien.

Prescription. — Cataplasmes. Onguent napolitain belladoné. Huile de ricin.

31 *octobre*. La peau est rouge sur une assez grande étendue et la fluctuation est devenue manifeste. Comme cette femme vivait dans un milieu assez misérable, je lui propose d'entrer à l'hôpital sans plus tarder.

1er *novembre*. Ouverture de l'abcès sur une largeur de 3 à 4 centimètres. Drain et cataplasmes. Le pus, assez abondant, n'a pas les caractères assignés par Dance ; il est épais, phlegmoneux, non odorant. Le docteur Mouginot, chirurgien de l'hôpital de Lunéville, constate avec moi qu'en introduisant le petit doigt à l'extrémité externe de l'incision, on trouve comme une éraillure de l'aponévrose, dans laquelle s'engage la pulpe du doigt. C'est sans doute en ce point que la collection purulente superficielle communique avec le foyer profond, la collection purulente n'étant devenue superficielle que secondairement.

2 *novembre*. Il s'est écoulé depuis hier une grande quantité de pus ; l'état général est bon. P. = 80. T. = 37,8.

Je puis maintenant abréger mon observation.

Aucun incident n'est survenu pendant le séjour de cette femme à l'hôpital, dont elle sort le 15 novembre en bonne voie de guérison.

2 *décembre*. La malade vient me trouver dans mon cabinet, comme je le lui avais recommandé à sa sortie de l'hôpital. Son état est intéressant à noter.

La plaie est presque cicatrisée ; la peau, de coloration et de température normales, glisse sur les plans sous-jacents, et se laisse pincer avec la plus grande facilité. Mais, profondément et sur une largeur de 6 centimètres environ, on trouve une tumeur dure faisant corps avec les plans profonds de la paroi abdominale. Il ne reste donc aucun doute sur l'origine profonde du phlegmon. Remarquons seulement qu'après avoir abouti à la suppuration, la tumeur phlegmoneuse achève de disparaître par résolution.

15 *décembre*. Résolution complète, aucune trace d'induration.

J'ajouterai peu de chose à cette observation. Il est bien évident qu'il s'agit d'un phlegmon primitif ; rien d'hépatique, de péritonéal, de stercoral dans son origine. Les organes thoraciques aussi bien que les organes abdominaux sont indemnes ; les fosses iliaques, la cavité pelvienne, sont libres ; le diagnostic n'est plus à discuter.

Mais deux points sont encore dignes de remarque. D'abord l'étiologie est ici des plus obscures ; et puis la marche de la maladie, surtout pendant la période de début, est particulièrement intéressante.

Ainsi que le faisait très justement observer M. le docteur Revillout (*Revue clinique* du 1er septembre 1883), les phlegmons de la paroi abdominale peuvent se développer sans frissons, sans vomissements, sans violentes douleurs ; en un mot, sans le cortège de symptômes graves signalés par Bernutz dans l'article du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

C'est en effet ce qui a eu lieu chez notre malade ; c'est ce qui ressort de cette observation.

DE L'ACTION ANTISEPTIQUE DU SULFATE DE CUIVRE

EN OBSTÉTRIQUE (1)

Par M. le docteur J. MARRY.

Conclusions. — Dans le cas où une raison quelconque milite contre l'emploi du sublimé, le sulfate de cuivre peut être considéré comme l'antiseptique le plus puissant dont on puisse se servir avec une sécurité absolue.

La solution de ce sel au centième agit avec une énergie suffisante.

Outre son pouvoir antiseptique plus considérable, elle doit être préférée aux solutions d'acide phénique, parce qu'elle ne détermine pas l'irritation des plaies et les sensations de brûlure que produisent ces dernières, lorsqu'on les emploie à un titre élevé qui réalise seul l'antiseptie absolue.

Elle doit être encore préférée, parce qu'elle a le privilège d'être

(1) Thèse de Paris, 1884, n° 23.

inodore par elle-même, d'enlever toute fétidité aux lochies, et, par suite, de faire disparaître la mauvaise odeur des salles.

L'injection intra-utérine présente une innocuité absolue.

Son action comme coagulant pourrait être utilisée dans les cas d'hémorragie utérine.

L'emploi du sulfate de cuivre, comme topique, ne détermine aucun accident d'intoxication.

L'emploi à l'intérieur doit être réservé pour le moment.

Les quelques données que nous possédons nous autorisent à affirmer que le sulfate de cuivre constitue un topique de première qualité, dont la chirurgie peut obtenir les meilleurs effets dans le traitement et la préservation des plaies.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la scoliose (1), par M. le docteur S. Baudry, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

M. le docteur Baudry, ayant eu pour sujet de thèse d'agrégation la question du « Traitement de la scoliose », n'a pas cru devoir envisager cette question dans un sens absolument restreint et négliger l'étiologie et la pathogénie de cette affection.

Dans une partie historique qui précède son travail, il montre comment les conceptions entièrement *mécaniques* des premiers temps avaient fait place peu à peu à des vues physiologiques ou anatomo-pathologiques plus ou moins correctes, et comment, dans ces dernières années, on en était venu à réduire le mécanisme et la thérapeutique des déformations rachidiennes à des questions de statistique et de dynamique. C'est ainsi que l'étiologie est devenue la base du traitement des scolioses et a conduit à la prophylaxie.

Par une fâcheuse et trop violente réaction, notre siècle, succédant à une période où l'on ne semblait s'occuper que de la culture corporelle, semble aussi ne vouloir s'occuper que de la culture intellectuelle. S'appuyant sur les travaux des pédagogues et des hygiénistes, M. Baudry a constaté ce fait, que les déformations scolaires sont proportionnelles à la précocité de l'instruction et à l'assiduité des écoliers (Dally), de même qu'en Allemagne, ainsi que l'a démontré le docteur Cohn, la myopie est proportionnelle comme nombre au degré d'instruction.

A l'appui de cette étiologie, M. Baudry compare les villes aux campagnes et montre que la scoliose, si commune dans les grands centres, est relativement beaucoup plus rare dans la population rurale. D'où la conclusion qu'en retardant l'époque de la scolarité obligatoire et en instituant une éducation corporelle sérieuse, on diminuerait le nombre des déformations rachidiennes. La prophylaxie de la scoliose est un des points les plus importants de l'hygiène de l'enfance ; elle se résume en deux mots : bonne alimentation, exercices physiques sous forme de jeux appropriés à l'âge de l'enfant. La gymnastique ne devient utile qu'après la huitième année, et l'on doit proscrire avec le plus grand soin ces longues promenades qui épuisent les jeunes sujets.

Pendant la période scolaire, classes courtes et récréations fréquentes dans lesquelles on forcera les enfants à jouer et on les laissera crier tout à leur aise.

La disposition du mobilier devra permettre d'appuyer le dos et de s'asseoir commodément, les pieds reposant sur le sol ou sur un tabouret. Les pupitres réclament une disposition particulière.

En résumant la pathologie de la scoliose, M. Baudry montre que cette déformation complète est formée de deux éléments distincts, l'un osseux, consistant en une déformation costo-pelvi-vertébrale ; l'autre dynamique, qui est un simple mouvement articulaire. Dans un très grand nombre de cas, ce dernier élément existe seul pendant un temps très variable et disparaît souvent par l'effet du développement organique sans laisser aucune empreinte sur le squelette. Par contre, on constate aussi que les flexions pathologiques permanentes sont quelquefois l'origine d'une scoliose vraie.

Quoique cette succession étiologique ne soit pas fatale, il ne faut pas négliger ce genre de déviation qui, pris à temps, guérit toujours, quelle que soit du reste l'apparence extérieure de la difformité. Mais ce qui n'est qu'une attitude vicieuse que l'on prend extemporanément et que l'on corrige spontanément ne mérite pas le nom de scoliose ; l'activité musculaire n'y conduit pas en effet habituellement, puisque la grande majorité des artisans ont une activité professionnelle partielle sans déformations ; — à moins qu'une attitude asymétrique continue et prononcée ne se mêle à leur activité musculaire partielle.

La pathogénie très complexe présente encore bien des obscurités, malgré les nombreuses recherches. Même incertitude en ce qui concerne l'anatomie pathologique.

A défaut de ces données, M. Baudry établit le traitement sur les bases solides de l'observation clinique et en pleine connnaissance des limites du possible, il cherche à satisfaire aux deux indications fondamentales qui se présentent aux chirurgiens : 1° ramener les vertèbres dans leur position normale ; 2° les maintenir dans cette situation.

On sait que la torsion du rachis est la conséquence de la déformation éprouvée par chaque vertèbre, et que ces deux lésions sont au-dessus des ressources de l'art. Nous savons, en outre, que dans la scoliose il n'existe aucune lésion musculaire primitive ; qu'il n'y a ni hypertrophie au niveau des connexités, ni hypotrophie dans les concavités ; dès lors, suivant la forme et le degré de la déviation, on est fixé d'avance sur ce qu'il faut attendre des positions du corps, des agents mécaniques, de la gymnastique, et des modificateurs généraux qui constituent l'ensemble des moyens dont on peut disposer.

Tant que la scoliose ne dépasse pas le degré moyen, la mécanique n'a pas à intervenir. Les attitudes, les exercices d'extension latérale volontaire (P. Bouland), les manipulations (Dally), le décubitus diurne, l'électricité, l'hydrothérapie simple ou marine, certaines eaux minérales, et, pendant la station debout, le port d'un appareil contentif, tel que le corset de Ducresson, agissant comme support du buste, permettent d'arrêter les progrès de la déviation, de faire disparaître les flexions qui en exagèrent le degré et de la ramener dans les limites que lui assigne la forme asymétrique des vertèbres. On devra proscrire la gymnastique générale, qui aggrave la difformité, tout en développant la santé et les forces.

Mais si la flèche de la courbure principale atteint 4 ou 5 centimètres, si l'angle des côtes est fermé d'un côté et ouvert de l'autre, si le thorax déformé comprime l'un des poumons, l'orthopédie devient indiquée, et elle donnera des résultats d'autant meilleurs que la croissance du sujet sera moins avancée. Pendant la croissance, les pressions latérales et l'extension changent la forme des côtes qui conservent leur nouvelle direction. Mais l'aplatissement latéral des vertèbres, leur torsion, l'écrasement de l'apophyse articulaire correspondant à la concavité, etc., en un mot toutes les déformations vertébrales persistent ; cependant la difformité peut se modifier assez pour rendre le sujet méconnaissable, et il y en a un bel exemple dans l'article « Déviations du rachis » de Bouvier et P. Bouland. Dans le traitement mécanique, une part est faite à la gymnastique ; mais on lui demande seulement de remédier aux inconvénients du décubitus prolongé. Aussi les exercices se bornent-ils à des suspensions par les mains, à des ascensions d'échelles plus ou moins inclinées et à des exercices dans lesquels le rachis est soumis à une force extensive proportionnelle au poids des membres inférieurs.

Le rôle de la gymnastique proprement dite est, comme on le voit, assez limité dans le traitement de la scoliose. Il en est de même des exercices localisés, qui se réduisent à un très petit nombre de mouvements spéciaux d'extension oblique de la totalité du buste, avec contre-extension du bassin, à l'aide des membres inférieurs fortement tendus et solidement fixés sur le sol.

C'est aux machines fixes que l'on a recours lorsqu'on a besoin d'une extension permanente destinée à agir sur les ligaments et

(1) Gr. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

d'une pression continue sur les côtes dont on veut modifier la courbure. Leur emploi n'offre aucun des inconvénients qu'on a signalés, lorsqu'on a la précaution de proportionner la force de traction à la résistance organique du sujet. Mais ce traitement doit être institué dans une maison spéciale ; c'est une illusion de vouloir le suivre dans la famille.

Les bandages et appareils portatifs rendent de grands services aux scoliotiques. Pendant la station debout, ils luttent en partie contre l'action de la pesanteur en soutenant le buste de bas en haut. Aussi faut-il leur donner un point d'appui solide en enveloppant tout le bassin d'une large ceinture rigide. Quant au traitement général, M. Baudry montre combien il est important et quel est le rôle de l'électricité, de l'hydrothérapie et des modificateurs hygiéniques et médicamenteux.

La divergence d'opinions parmi les chirurgiens les plus autorisés qui se sont occupés de la méthode de Sayre et de ses applications au traitement de la scoliose rendait difficiles des conclusions en dehors de documents originaux ou d'observations personnelles. Cependant, en se basant sur les données de la physiologie, sur la pathogénie de l'affection, M. Baudry pense que l'auto-suspension pourra toujours être pratiquée sans danger, souvent avec efficacité, à condition d'observer certaines règles, de prendre quelques précautions dont la nécessité s'est imposée à l'esprit des chirurgiens par la production d'accidents survenus à la suite de l'application stricte et rigoureuse des préceptes primitifs. C'est ainsi que M. Baudry conseille de ne jamais arriver à la suspension complète du malade, lequel devra toujours conserver, par la pointe des pieds, un appui sur le sol. L'appareil de suspension de Bealy, exigeant des efforts plus considérables pour le soulèvement, atténue ou supprime complètement les dangers qui peuvent résulter d'une élévation trop rapide, d'une traction trop énergique ou trop brusque des ligaments cervicaux. Cet appareil, il est vrai, ne permet pas de placer les mains du malade à des hauteurs différentes, ainsi que le recommande expressément le docteur Sayre; mais il serait facile de faire exercer la traction ; non pas directement sur la barre transversale, mais sur des cordes fixées à ses deux extrémités, et que le sujet saisirait à des hauteurs différentes, déterminées d'après la courbure dont on cherche à obtenir la réduction.

Quant au corset plâtré, sans vouloir absolument restreindre son emploi au traitement des déviations symptomatiques, M. Baudry pense qu'il trouvera rarement des indications bien précises dans les cas de scoliose vraie. Ses dangers et ses inconvénients ont été signalés par un grand nombre d'auteurs. Dans tous les cas, il ne devra être appliqué qu'avec la plus grande réserve, et le chirurgien ne devra jamais perdre de vue que son emploi prolongé peut provoquer l'ankylose, et que ce résultat serait des plus regrettables.

M. Baudry ajoute que presque toujours il pourra être avantageusement remplacé par le corset en feutre poreux ou les autres appareils de soutien amovo-inamovibles ; ces derniers, en effet, exercent une constriction qu'on gradue à volonté; ils peuvent être facilement retirés et permettent de remplir toutes les indications thérapeutiques dont l'emploi est impossible avec des appareils à demeure.

En résumé, il est important que le chirurgien reconnaisse de bonne heure la déformation osseuse et la distingue de la simple flexion : celle-ci guérit par les moyens généraux, par la gymnastique générale et quelques exercices spéciaux. La première, au contraire, réclame pour chaque cas un traitement particulier ; il doit être institué de bonne heure, afin d'éviter les conséquences d'une difformité qui deviendrait incurable par suite des progrès incessants de la torsion des vertèbres.

M. Baudry termine ce très intéressant travail en disant que la scoliose confirmée doit toujours être soignée, alors même que l'on a perdu tout espoir de guérison ; car, bien qu'absolument impuissant contre la torsion vertébrale, on parviendra, grâce à un traitement méthodique, à pallier la difformité et souvent à enrayer l'affection dans sa marche envahissante.

Elements of pharmacy, materia medica and therapeutics,
by W. Whitla (1).

Ce volume, dont nous recevons la deuxième édition, contient en 600 pages de texte très serré toute la matière médicale et la thérapeutique. La pharmacie y est traitée en 100 pages, la matière médicale n'occupe guère plus de place, la thérapeutique en a le double. Un autre chapitre comprend les remèdes non officiels; dans un autre l'auteur traite très sommairement de la nosologie, des prescriptions. Enfin, dans une dernière partie, il résume les réactions chimiques de quelques-uns des principaux médicaments. Ce manuel, d'exécution très soignée, ne s'adresse qu'aux étudiants et aux praticiens modestes qui n'ont pas le temps d'étudier longuement, ni de faire de longues recherches. Sa seule originalité est de réunir en un seul volume toutes ces diverses parties de l'art de guérir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Ogier, docteur ès sciences, est nommé chef du laboratoire de chimie à la Morgue (emploi nouveau).

M. le docteur Vibert est nommé chef du laboratoire d'anatomie pathologique à la Morgue (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Garnier, agrégé, est autorisé à faire, pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Ritter, un cours complémentaire de chimie médicale et toxicologie.

— La séance du 2 février de la Société de biologie a été entièrement consacrée à la lecture d'un éloge de M. Davaine par M. le professeur Laboulbène.

— Sont nommés, pour trois ans, membres du conseil départemental de l'instruction publique des départements ci-après désignés :

MM. les docteurs Thomon (Haute-Savoie), Bourienne (Calvados), Laennec (Loire-Inférieure).

— M. le docteur Regnard est nommé membre de la commission chargée d'examiner, à la session de février 1884, les aspirants au certificat d'aptitude à l'enseignement du travail manuel.

— M. le docteur Vermullen et M. Bailleul, pharmacien, sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Bergues (Nord).

— M. le docteur Hinglais est nommé médecin au lycée de Constantine (emploi nouveau).

— M. Pomel, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et minéralogie, à l'École des sciences d'Alger.

— Un concours pour la nomination à une place de nouvelle création de médecin-adjoint à l'hôpital civil de Mustapha d'Alger s'ouvrira, le lundi 7 juillet 1884, à une heure, à l'École de médecine de cette ville.

— L'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen met au concours (1885-1886) les prix suivants :

I. *Prix Dan de la Vauterie.* — De la conservation des sujets et pièces anatomiques. — Le prix est de 1,000 francs. — Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1884.

II. *Prix Le Sauvage.* — Anatomie, histologie et homologies des différentes parties du système nerveux des poissons. — Le prix est de 2,000 francs. — Les mémoires devront être envoyés au plus tard le 31 décembre 1885.

Les manuscrits envoyés à ces différents concours devront parvenir franco de port à M. Armand Gasté, secrétaire de l'Académie,

(1) In-12, cartonné. — London, 1884.

rue Élie-de-Beaumont, 5, avant le 1er janvier de l'année où le prix doit être décerné. — Ils porteront une épigraphe ou devise, répétée dans un billet cacheté qui contiendra le nom de l'auteur. — L'Académie ne rend aucun des manuscrits qui ont été soumis à son examen; mais les auteurs ont la liberté d'en faire prendre des copies.

— M. le docteur Henri Huchard commencera des conférences de thérapeutique et de clinique médicale, à l'hôpital Bichat, dimanche 17 février, à dix heures et demie et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale. Tome III. *Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde ou dothiénentérique*, par Noël Gueneau de Mussy, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-8°. — Prix : 13 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Compendium annuaire de thérapeutique française et étrangère pour 1884, par E. Bouchut. In-8° de 224 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traité de l'affection calculeuse du foie, par le docteur Jules Cyr. 1 vol. in-18. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des éruptions vaccinales généralisées (vaccinides) et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination, par le docteur Dauchez. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur la pathogénie des névralgies, par le docteur Quermonne. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Recherches sur la solubilité, par Edmond Dupuy. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Contribution à l'étude de la syphilis cornéenne, gomme de la cornée, par le docteur Denarié. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du sevrage et de son étude comparative dans les différentes régions de la France, par le docteur Aubert. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur le morphinisme chronique, par le docteur Jouet. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale, par le docteur Sauton. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15715.

N° 16. — JEUDI 7 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 7 FÉVRIER 1884. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE..	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. Deux cas d'amputation du col de l'utérus par l'anse galvanique. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Tuberculose génitale. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS. Projet d'un hôpital de Sainte-Anne au faubourg de Saint-Germain (1643). — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après un discours de M. Colin qui a déclaré n'avoir jamais pu retrouver de trichines vivantes dans des viandes salées de provenance américaine, après qu'il eut été établi par des témoignages concordants qu'il n'était jamais résulté aucun inconvénient de l'usage de ces viandes, même pleines de kystes trichineux et consommées à l'état cru, l'Académie s'est prononcée dans le sens de la suppression de toute mesure prohibitive.

A la fin de la séance, M. Mollière (de Lyon) a présenté toute une série d'anciens cagneux dont les jambes ont été parfaitement redressées par son procédé d'ostéoclasie. Les résultats sont vraiment remarquables et ont été beaucoup admirés.

HOTEL-DIEU. — M. GALLARD.

Deux cas d'amputation du col de l'utérus par l'anse galvanique.

(Observations recueillies par M. Ray. DURAND-FARDEL, interne du service.)

OBSERVATION I. — La nommée C... (Adèle), vingt-huit ans, entre le 22 octobre 1883, salle Sainte-Marie, n° 38.

Réglée à quatorze ans régulièrement, C... fait une fausse couche de sept mois à l'âge de vingt ans, à la suite de fatigues exagérées.

Depuis, elle a joui d'une santé parfaite jusqu'à il y a deux mois et demi.

A cette époque, ses règles deviennent plus abondantes, et, pendant l'intervalle qui les sépare, elle perd continuellement une petite quantité de sang mélangé à un liquide ne présentant pas d'odeur spéciale.

La malade maigrit un peu.

Du reste, peu de troubles fonctionnels: douleurs modérées dans la région lombaire et dans l'abdomen ; constipation ; pas de dysurie, pas de troubles digestifs.

Examen local. — *Palper* peu douloureux.

Au toucher on trouve le col volumineux proéminent dans le vagin. En le contournant avec le doigt, on constate qu'il fait une saillie de près de 3 centimètres dans la cavité vaginale ; la lèvre antérieure plus allongée que la postérieure.

Consistance presque normale, sauf quelques petites nodosités saillantes et indurées.

Utérus mobile ; les culs-de-sac sont souples. Au spéculum, on voit sur le col volumineux deux ou trois nodules blanchâtres, rappelant l'aspect de follicules volumineux et enflammés.

Le méat élargi et entr'ouvert laisse suinter quelques gouttes de sang.

Diagnostic. — Allongement hypertrophique du col succédant à une métrite chronique.

M. Gallard juge l'ablation du col utérin nécessaire et procède à l'opération le 23 octobre.

Il a recours à l'anse galvanique, tout en ayant sous la main tout ce qui est nécessaire pour terminer l'opération avec l'instrument tranchant, dans le cas d'accident survenant dans le fonctionnement de la pile.

Les choses se passent facilement :

L'anse est placée aussi loin que possible, et serrée seulement dans les intervalles où le courant est interrompu.

La portion saillante du col étant sectionnée, il reste une surface un peu conique, dont le sommet présente un petit prolongement d'aspect végétant, que l'on enlève avec le couteau galvanique.

Le fragment enlevé mesure 4 centimètres de diamètre transversal et 2 centimètres de hauteur.

Le tissu est dur, sauf sur un point médian qui semble un peu végétant.

L'examen histologique montre que cette portion végétante est formée de fibres conjonctives recouvertes d'une épaisseur assez considérable de cellules embryonnaires.

La malade n'a pas du tout souffert pendant ni après l'opération.

Pas de fièvre.

Le 13 novembre, l'examen au spéculum montre une surface de section nette, rosée, un peu excavée.

OBS. II. — La nommée B... (Marie), 43 ans, giletière, entre le 18 octobre 1883 dans la salle Sainte-Marie, n° 18.

Réglée à douze ans, B... a eu deux grossesses normales, la dernière en 1870.

Il y a cinq mois, les règles ont cessé d'apparaître à époques régulières. La malade perd continuellement un liquide roussâtre, exhalant une odeur fétide, et a des métrorragies assez abondantes qui durent deux ou trois jours.

Douleurs au creux épigastrique et au point correspondant du rachis.

Constipation, hémorroïdes.

Amaigrissement léger ; pas de vomissements.

Pas de dysurie.

B... se plaint surtout de fatigue extrême et de tremblements nerveux revenant par accès.

Le facies n'est pas cachectique, et, en somme, l'état général est assez satisfaisant.

L'abdomen, un peu distendu, est peu douloureux au palper, si ce n'est dans la fosse iliaque gauche, où l'on trouve un point un peu empâté et sensible.

Au toucher, on trouve, à la place du col, une tumeur volumineuse, bourgeonnante, donnant la sensation bien nette de l'épithélioma en choux-fleur.

On introduit avec peine le doigt entre la tumeur et les parois du vagin, mais assez néanmoins pour constater que les culs-de-sac sont souples et vraisemblablement libres de toute propagation du néoplasme.

L'examen au spéculum justifie le diagnostic et provoque un écoulement sanguin assez abondant.

L'ablation du col est pratiquée par M. Gallard le 23 novembre.

Ici les conditions sont moins favorables que dans le cas de l'observation I.

Tout d'abord, l'introduction du spéculum provoque une hémorragie abondante qui rend toute manœuvre impossible; le spéculum étant retiré, l'anse galvanique est dirigée sur le doigt et glissée avec peine au fond des culs-de-sac; on commence la section en ayant bien soin d'interrompre souvent le courant et de ne serrer le fil qu'avec précaution.

Lorsque la constriction est achevée et le morceau enlevé, on s'aperçoit qu'on a saisi seulement la moitié gauche de la tumeur et l'anse est réappliquée autour de l'autre moitié, facilement cette fois, et avec le spéculum de Gemrig en place.

Cette seconde portion sectionnée, il reste au milieu du col un bourgeon saillant qui nécessite l'emploi du couteau galvanique comme dans le cas précédent.

Tout écoulement de sang a cessé.

Les deux fragments réunis constituent une tumeur qui mesure 7 centimètres de large sur 4 de haut.

La consistance est inégale, dure dans certains points, mollasse, fongueuse dans d'autres.

L'examen histologique montre les travées conjonctives circonscrivant des loges remplies de cellules pavimenteuses caractéristiques de l'épithélioma tubulé.

Les jours suivants, la malade ne ressent que de légères coliques, et ne perd plus du tout de sang.

Elle perd un peu de liquide incolore, conservant une odeur fétide très marquée.

Le 13 novembre, l'examen au spéculum montre la surface de section rosée, creusée à la partie médiane, un peu anfractueuse.

L'état général est très satisfaisant.

Ces deux opérations, si simples qu'elles sont, n'en sont pas moins instructives, par certains points du manuel opératoire auxquels M. Gallard attache une grande importance :

1° On est souvent arrêté au cours de la section par la rupture de l'anse galvanique. Cela tient à ce que l'on exerce la constriction d'une façon continue, pendant que le fil du platine est rouge.

Pour parer à cet accident, M. Gallard a coutume d'interrompre le courant très souvent et de ne serrer le fil que lorsque le courant ne passe plus.

2° Il arrive fréquemment que la section du col se fait obliquement d'une face à l'autre et qu'il reste ainsi une surface taillée en biseau.

Cela tient à ce que la partie libre de l'anse de platine est bien portée au fond du cul-de-sac par le doigt qui la dirige, mais que, tandis que l'opérateur veut serrer le fil, il a tendance à attirer le manche du galvano-cautère à lui : la constriction se fait alors suivant une ligne oblique d'un côté à l'autre.

Il importe donc, tant que la tumeur n'est pas bien prise, de repousser le manche du galvano-cautère de façon qu'il butte contre le cul-de-sac.

3° Nous avons vu que, dans les deux observations précédentes, il restait après l'ablation une surface conique à sommet saillant, qu'on a dû enlever avec le couteau; notons, de plus, que ce sommet friable était difficile à saisir avec des pinces.

Ce résultat est dû au fait suivant : chaque fois que l'opérateur a donné un tour de vis pour serrer le fil, il exerce une légère traction pour voir où en est la section et ce qui lui reste à faire.

Ce mouvement fait que l'anse galvanique attire en bas les parties périphériques du col, les faisant un peu glisser sur la partie centrale et continue aussi à les tailler en descendant.

Après un certain nombre de ces tractions, il se trouve que la portion enlevée est évidée, et la surface de section saillante et conique ainsi que nous l'avons vu.

Pour obvier à cet inconvénient, M. Gallard se propose, lorsqu'il pratiquera une opération de ce genre, de fixer au préalable la portion centrale du col avec un crochet, et de n'exercer des tractions qu'au moyen de ce crochet, tandis que le manche du galvano-cautère sera maintenu, repoussé dans le fond du cul-de-sac, jusqu'à ce que la section soit complètement achevée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Terrillon.

Tuberculose génitale.

L'opération que je pratiquerai à la fin de cette leçon se fait assez rarement; elle est du reste quelque peu nouvelle.

Il s'agit du malade couché au n° 40 de la salle Sainte-Vierge, âgé de trente-deux ans, d'apparence mesquine, pâle, maigre, à l'air souffreteux des gens atteints d'une affection chronique. Il n'a point d'antécédents remarquables, pas de maladies antérieures graves. Celle dont il est atteint date de sept mois environ. C'est une affection testiculaire du côté droit.

Tout à coup et sans cause apparente, sans qu'on ait observé d'abord aucune blennorragie, le testicule se tuméfie et acquiert, en deux ou trois jours, un volume considérable, gonflement qui s'accompagne d'un peu de douleur, surtout à la pression, et l'on reconnaît immédiatement une épididymite inflammatoire. Les phénomènes aigus durent plusieurs jours et la tuméfaction reste stationnaire pendant deux mois environ avec douleur, chaleur et pesanteur. Puis on voit se former à la partie inférieure un petit abcès, lequel s'ouvre spontanément, donne issue à l'écoulement d'un pus abondant et pur d'abord, puis séro-purulent, lequel persiste encore aujourd'hui par un trajet fistuleux. De plus, à peine ce premier abcès a-t-il évolué qu'un second lui succède, toujours dans la même région, mais un peu plus haut; il suit la même marche et se termine également par la formation d'une fistule.

Cet homme ne souffre plus actuellement; et s'il est entré à l'hôpital, c'est surtout pour qu'on le débarrasse de cette suppuration continue à travers deux trajets fistuleux persistants.

Voilà donc, en somme, une affection survenue sans cause apparente, sans grand orage, sans grandes manifestations inflammatoires et qui a pris très vite son caractère chronique.

Ceci dit, examinons notre malade. Au niveau du scrotum, du côté droit, nous trouvons deux fistules situées en arrière, l'une en haut, l'autre en bas; leur orifice est à peine visible au milieu de la peau froncée, au fond d'une sorte d'infundibulum, et ne présente pas traces de bourgeons charnus. Un petit cordon dur conduit de chacun de ces orifices à une masse unique, dure, allongée, non bosselée, située en arrière du testicule sur lequel on sent quelques nodosités indiquant que cet organe est également envahi. La tunique vaginale ne contient pas de liquide. Le canal déférent est absolument normal. La vésicule séminale droite, par contre, est bosselée et plus volumineuse que celle du côté opposé. La prostate est également bosselée à droite et donne la sensation d'une petite masse un peu indurée, mais elle n'est pas douloureuse.

Du côté gauche, la lésion est encore très peu de chose; elle consiste seulement dans la présence, au niveau de la réunion de la tête et du corps de l'épididyme, d'une petite masse allongée, résistante, mal limitée et douloureuse seulement à la pression.

En résumé, il s'agit,— et le diagnostic me paraît indiscutable, — d'une tuberculose de l'épididyme, de la vésicule séminale et de la prostate du côté droit, tandis que du côté gauche il n'existe encore qu'un petit noyau au début, lésion encore insignifiante aujourd'hui, analogue, selon toutes probabilités, à celle qui devait exister à droite avant la poussée survenue brusquement au mois de mai dernier, à la suite d'une cause inconnue, peut-être de quelque traumatisme passé inaperçu.

Il est nécessaire maintenant, au point de vue du traitement à intervenir, que nous nous rendions compte de l'état exact des parties malades.

Il est certain que, dans le voisinage des parties profondes de la fistule, nous trouverons des masses caséeuses, c'est-à-dire du tubercule ramolli, des masses plus ou moins jaunes, plus ou moins infiltrées, qui, en s'éliminant lentement, entretiennent la persistance des trajets fistuleux. Mais quelle est l'étendue du mal? Tout est-il caséeux? D'avance, je suis convaincu que le testicule droit n'est pas envahi dans sa totalité. De plus, la masse caséeuse est enveloppé d'une sorte de coque de tissu fibreux de nouvelle formation, très épaisse surtout au niveau de l'épididyme et qui l'isole complètement. D'où l'espérance pour nous de pouvoir favoriser l'élimination complète de cette masse par une intervention immédiate et appropriée, par suite l'espérance d'une guérison consécutive.

Mais sous quelle forme devons-nous intervenir? M. Verneuil a prôné avec succès la destruction des masses caséeuses par le fer rouge, lequel détermine une escarre étendue qui s'élimine à un moment donné, de telle sorte qu'au-dessous d'elle on trouve une cavité bourgeonnante se cicatrisant avec le temps. Le mal est ainsi guéri localement. Il est un autre moyen que j'ai employé fréquemment pour les affections osseuses, je veux parler du raclage, c'est-à-dire qu'au lieu de détruire le mal lentement par scarification, nous débridons la fistule, nous grattons, nous enlevons toutes les parties malades jusqu'au tissu sain. Cette opération beaucoup plus rapide dans ses effets, pratiquée par moi deux fois en ville, m'a donné deux succès.

Mais, d'autre part, nous devons savoir qu'il est certains malades qui guérissent sans aucune opération; ce sont ceux chez lesquels l'épididyme n'est pas considérablement augmenté de volume, chez lesquels les fistules sont de date peu ancienne et la lésion moins étendue qu'ici. Ces malades-là guérissent par suite d'une amélioration dans leur état général sous l'influence d'une bonne hygiène, d'une bonne alimentation, de l'usage de bains salés, de l'huile de foie de morue, d'une saison dans le Midi, etc., etc. Chez ces malades-là l'élimination des parties malades se fait assez vite et spontanément et la guérison s'obtient promptement.

Tel n'est pas le cas de notre malade dont la situation exige une intervention chirurgicale, bien qu'il ait, en plus de sa lésion épididymique, des lésions semblables dans la vésicule séminale, ainsi que de la prostatite, qui sembleraient, au premier abord, en contradiction avec une semblable opération... Mais l'expérience nous prouve que l'on a raison d'intervenir et que ce sont là des craintes chimériques la plupart du temps.

Quant à la lésion du testicule gauche, elle n'a rien à redouter de l'opération qui sera pratiquée du côté opposé. Loin de là même, car en supprimant la suppuration des fistules du côté droit, qui entretiennent l'état de débilité de notre malade, nous avons toutes chances de voir l'état général s'améliorer et par suite l'état local, et peut-être même d'obtenir l'enkystement des parties malades non opérées.

En tous cas, s'il survenait quelques accidents inflammatoires, ce serait plutôt une coïncidence fâcheuse que la conséquence de l'opération.

Du reste, jusqu'à présent, les poumons sont sains et les autres organes ne présentent rien de particulier, d'où nous sommes autorisés à considérer ici la tuberculose comme localisée.

Les malades, chez lesquels la tuberculose débute ainsi par le testicule, ne meurent généralement pas par le poumon, lorsqu'ils succombent, mais bien plutôt par quelque lésion de voisinage et notamment par la vessie.

Avant de procéder à l'opération, je vais chloroformer mon malade, puis une sonde cannelée étant introduite dans la fistule, je débriderai celle-ci, et j'enlèverai toutes les parties malades au moyen de la curette coupante, en avançant jusque sur les tissus fibreux de nouvelle formation, je toucherai ensuite les parties profondes avec l'iodoforme. Quelques chirurgiens ont fait parfois, en plus, dans des cas analogues, de petites cautérisations avec le chlorure de zinc; ici, non seulement la chose serait inutile, mais encore elle pourrait être dangereuse et déterminer une inflammation inquiétante du scrotum.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 février 1884. — Présidence de M. Alphonse Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une étude sur la *fièvre typhoïde à Paris en* 1882 (rapport au conseil d'hygiène du XVe arrondissement), par M. le docteur Leboucq;

2° Un pli cacheté adressé par M. Rogé-Delabarre (de Folembray) (Accepté);

3° Une lettre de M. le docteur Burq à propos du traitement prophylactique par le cuivre, suivi par Thuillier;

4° Le programme d'un prix de 25,000 francs proposé par la corporation des épiciers de Londres et qui sera donné avant le mois de mai 1887 à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante :

« Découvrir une méthode au moyen de laquelle le virus vaccinal puisse être cultivé dans un milieu indifférent. La méthode doit permettre de multiplier ce virus indéfiniment par générations successives ; et le produit de chaque génération doit accuser les qualités de la lymphe vaccinale naturelle autant que le délai accordé en permettra les preuves. »

Les concurrents doivent envoyer leur travail avant le 31 décembre 1886.

DISCUSSION SUR LA TRICHINOSE

M. COLIN se propose d'exposer les données que l'expérimentation et la statistique ont fournies : 1° au sujet des dangers que peut offrir la consommation de la chair des animaux trichinés ; 2° sur le point de savoir s'il convient de permettre ou de prohiber l'importation de la viande de porc américaine.

La première erreur dont il importe de faire justice, est de croire que la trichinose est une maladie d'importation qui pourrait être évitée si l'on ne consommait pas en France de viande de porc de provenance étrangère. Cette erreur en implique une autre, à savoir que la trichine serait un parasite exotique.

Or la trichinose existe fréquemment chez le rat, la souris, le surmulot, qui la contractent avec la plus grande facilité et dont le dernier, dans ses migrations si fréquentes, peut la transporter à des distances considérables. Ces animaux se mangent entre eux ; ils sont mangés par le chat, le chien, le porc, et leur transmettent cette maladie. Or la chair d'un seul rat trichiné peut suffire pour infecter plusieurs porcs. M. Colin, dans une expérience faite en 1866, a obtenu une trichinose des plus graves chez deux jeunes porcs en faisant manger à chacun d'eux le quart de la chair d'un seul rat albinos. Les porcs sont des agents de transmission de la trichinose d'autant plus dangereux qu'elle ne les fait pas mourir et ne les empêche pas d'engraisser. D'ailleurs ils mangent les immondices et les matières vomies, et les trichines qui auraient passé dans le tube digestif d'un homme, par exemple, achèvent dans le leur leur évolution.

M. Colin s'est assuré que, contrairement aux dires des auteurs allemands, les carnivores, ainsi que le chien et le chat, peuvent parfaitement contracter la trichinose en absorbant des viandes trichinées, quoique plus difficilement et à plus faible degré que les animaux précédents. De leur côté, les oiseaux, les anguilles, les grenouilles, les couleuvres, peuvent être des réceptacles à trichines vivantes, qu'on retrouve dans leurs déjections.

Les herbivores, tels que le bœuf et le mouton, en absorbant ces déjections sur les végétaux qu'ils avalent, peuvent contracter la trichinose. M. Colin a trouvé une quantité considérable de trichines vivantes enkystées dans les muscles d'un agneau qui avait reçu un mois et demi auparavant 100 grammes de viande de porc trichinée. De même sur une brebis, sur un mouton adulte, sur un petit taureau tués plus ou moins longtemps après l'ingestion de chair trichinée.

M. Colin passe ensuite en revue les relations des épidémies de trichinose observées en Allemagne depuis qu'on y sait reconnaître cette maladie ; presque toutes ont eu pour point de départ certain la chair de porcs indigènes.

Reste à savoir si le danger résultant des animaux indigènes, danger virtuel et seulement fictif dans les pays où l'on fait cuire la viande, peut être aggravé par l'importation de viande de porc américaine. A ce propos, M. Colin rappelle les expériences qu'il a faites en 1866 et qu'il a communiquées à l'Institut en 1868 dans un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les trichines et sur la trichinose*.

De ces expériences il résulte :

1° Qu'une salaison incomplète effectuée depuis six, huit, dix jours ne tue pas les trichines;

2° Qu'après salaison complète, les parties superficielles du jambon, à 1, 2, 3 centimètres de profondeur, ne renferment bientôt plus que des trichines mortes ;

3° Qu'au bout de deux mois, un jambon de dimension moyenne ne présente même plus de trichines auprès des os ;

4° Que dans des saucisses, même faiblement salées, les trichines sont déjà tuées au bout d'une quinzaine de jours.

La salaison tue donc assez promptement les trichines. Quinze jours suffisent pour les trichines des parties superficielles; un mois, six semaines, pour celles des parties profondes.

Ces résultats ont été confirmés de divers côtés pour les salaisons d'origine américaine : par le professeur Corradi, en Italie, lors des mesures de prohibition prises dans ce pays ; à Paris, par M. Rebourgeon, dans le laboratoire de M. Pouchet ; à Rouen, par M. Pennetier ; à Anvers, par M. Delle ; à Bâle par plusieurs observateurs, et, tout récemment, à Utrecht, à Rotterdam, etc.

Dans tous ces cas, les trichines trouvées dans les viandes américaines étaient mortes. On comprend cependant qu'il puisse en rester de vivantes au centre de très gros morceaux. C'est ce qui sera arrivé exceptionnellement dans les expériences de MM. Chatin et Bouley. Mais M. Colin repousse formellement les conclusions de ceux qui disent avoir trouvé dans des viandes salées des trichines vivantes au bout de plusieurs mois ou même de plusieurs années.

Il faut remarquer d'ailleurs que l'intensité de la trichinose est proportionnelle au nombre des trichines absorbées, et inversement proportionnelle à la taille de l'animal qui les reçoit. C'est là ce qui faisait supposer pendant longtemps que les très gros animaux n'étaient pas susceptibles de contracter la trichinose. Il ne faut donc pas s'effrayer de quelques trichines demeurées vivantes autour d'un os de jambon, par exemple.

M. Colin ne croit donc pas que l'importation des viandes de porc américaines soient dangereuses. Il suffirait d'ailleurs d'inviter le gouvernement des États-Unis à prendre lui-même des précautions efficaces au lieu d'origine.

M. CHATIN, tout en rendant justice au rapport de M. Proust e à la savante communication de M. Colin, veut faire observer à ce dernier que des observations négatives ne peuvent renverser d'autres observations positives. Or l'existence de trichines vivantes dans les viandes salées a été constatée par de nombreux chercheurs, parmi lesquels M. Chatin cite Zecker, à Dresde (1861); Virchow, Lewchart, à Berlin, etc. (1861); Paul Bert, à Paris (1862); Testelin, à Lille (1866); Schmidt, à Cassel (1874); Benecke, à Strasbourg (1879); Girard et Pabst, à Paris (1882); Duchateau, au Havre (1881); Levon, à Marseille (1881); Fourmont, à Paris (1882); Bouley et Gibier, à Paris (1882); de Borger, en Belgique (1883).

Plusieurs de ces observateurs ont constaté cette survie des trichines dans des viandes salées après un temps très long. Ainsi, sans compter M. Colin lui-même qui l'a notée après quinze jours, vingt et un jours, deux mois, M. Chatin fils l'a reconnue après six mois environ, M. Fourmont après quinze mois, M. de Borger après deux ans et demi. On ne voit pas pourquoi M. Colin repousserait ces faits positifs, exceptionnels si l'on veut, mais certains.

En conséquence, M. Chatin propose d'ajouter les conclusions suivantes à celles de la commission :

1° Les viandes salées d'Amérique peuvent contenir des trichines ;

2° Ces trichines se développeraient dans le corps de l'homme si les viandes salées n'étaient soumises à une cuisson complète qui les tue et supprime tout danger;

3° Cette cuisson ne se pratiquant en France ni partout ni toujours, il y a lieu de soumettre les salaisons d'Amérique à un examen suffisant, soit aux lieux de départ, soit aux points d'arrivée.

M. PROUST combat ces conclusions supplémentaires.

La première et la seconde lui paraissent affirmer un fait douteux. Rien ne prouve effectivement que les viandes salées d'Amérique contiennent des trichines vivantes et produiraient la trichinose si on les mangeait crues. Au contraire, il ressort d'une lettre de M. le docteur Gilbert (du Havre) que les ouvriers employés à la

manutention des caisses de salaison mangeaient journellement avec leur pain de la viande de porc d'Amérique crue, trichinée ou non trichinée, et cela depuis plus de quinze ans, sans en avoir été jamais incommodés en aucune manière. Il n'y a pas eu d'erreur possible, puisque la fièvre typhoïde n'a nullement sévi au Havre, sur cette population du moins, et alors que l'accès des viandes d'Amérique était complètement libre.

M. Gilbert, en conséquence, affirme *que les viandes salées d'Amérique sont absolument incapables de donner aux consommateurs la trichinose*.

M. Proust ajoute que la troisième conclusion de M. Chatin pourrait être acceptée si elle ne faisait pas doublon avec la quatrième de la commission.

M. COLIN répond à l'objection que M. Chatin lui avait adressée de repousser les observations contraires aux siennes. De ces observations, il en est quelques-unes qui ont été faites avec méthode, celles de M. Chatin fils et de M. Bouley, par exemple. On s'est assuré que les trichines étaient vivantes en les voyant produire la trichinose chez les animaux qui en avalaient. Ce sont là des faits positifs, bien observés, que M. Colin accepte. Mais il n'en est pas de même des cas où l'on s'est contenté de quelques mouvements qu'on a cru voir sous le microscope entre les spires des trichines enkystées pour affirmer que ces trichines étaient vivantes. Sous l'influence de la pression, de la chaleur, les tours des spires s'écartent ou se approchent. Cela n'est pas démonstratif, pas plus que la coloration de ces trichines sous l'influence de certains réactifs.

M. LEBLANC lit une lettre du directeur du service municipal d'inspection des viandes, lettre d'où il résulte que, d'une part, diverses personnes, et, d'une autre part, des chiens et des chats ont pu impunément manger pendant longtemps d'une manière habituelle des viandes trichinées d'Amérique.

M. BOULEY maintient, contrairement à M. Colin, que la coloration des trichines prouve qu'elles sont mortes, car les trichines vivantes n'absorbent pas la matière colorante.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix les amendements de M. Chatin, qui sont repoussés; puis successivement les conclusions première, deuxième, troisième et quatrième du rapport qui sont adoptées.

Sur la cinquième conclusion, M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'un amendement de M. Le Fort, qui conclut à la suppression, attendu qu'elle ne présente pas un caractère assez pratique et ne répond à aucune des questions posées par le ministère.

Cet amendement étant adopté, la cinquième conclusion du rapport est supprimée.

PRÉSENTATIONS D'APPAREIL ET D'OPÉRÉ

Redressement des jambes par l'ostéoclasie. — M. MOLLIÈRE. (Voir le Premier-Paris et *Gazette des hôpit.*, 1883, p. 1189.)

Empyème pulsatile. — M. FÉRÉOL présente un malade guéri d'un empyème pulsatile et dont il se propose de raconter l'histoire avec détails dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

VARIÉTÉS

Projet d'un hôpital de Sainte-Anne au faubourg Saint-Germain-des-Prez (1643).

Le document que nous publions ici est une copie des *Lettres patentes* par lesquelles Anne d'Autriche approuva et encouragea le projet de création d'un hôpital dans le « faubourg Saint-Germain-des-Prez ». Cet hôpital devait être exclusivement réservé « aux femmes et aux filles malades » pour qu'elles y fussent soignées comme les hommes l'étaient, de leur côté, à l'hôpital de la Charité, situé déjà à cette époque et depuis une trentaine d'année là où il existe encore aujourd'hui. Le nouvel établissement devait être placé sous l'invocation de Sainte-Anne, du nom de la « Royne » mère, régente du royaume pendant la minorité de Louis XIV, et qui le prenait sous sa royale protection. Il devait être administré par des « Religieuses hospitallières ».

Ces *Lettres patentes* sont datées du mois de septembre 1643. L'original sur parchemin non scellé fait partie de la collection de Mme Deborde ; il appartenait auparavant à la collection de son père, M. Failly, ancien directeur des domaines.

LETTRES PATENTES

Louis, par la grace de Dieu, roy de France et de Navarre, à tous presentz et à venir, salut.

Comme la piété est le plus solide fondement des Estats et Empires, Nous voulons prendre dès le commancement de nostre regne un particulier soing de la veoir bien estallée en nostre Royaume, afin d'y attirer par ce moien les graces et bénédictions du ciel, et en destourner les maux desquelz autrement il pouroit estre afligé, pour raporter le tout à la gloire de Dieu et à l'advancement de son service. C'est pour quoy sur ce qui nous a esté représenté que, depuis quelques années, plusieurs personnes de qualité, de mérites, et plus aparentes, du fauxbourg Saint-Germain-des-Prez lès Paris, désirans subvenir à la necessité des pauvres, particulierement des malades, auroient en plusieurs assemblées, qui se seroient faictes à ceste fin, proposé d'establir quelque ordre par le moien duquel chacun d'eux peust recevoir quelque soulagement en sa maladie ; et mesmes pris des personnes à gaiges pour avoir soing de leur porter des bouillons et autres aliments qu'elles font aprester dans des maisons particulières; mais comme le nombre des malades s'accroist tous les jours, et qu'ilz sont en divers endroits esloignez des uns des autres, l'expérience a fait cognoistre qu'il est comme impossible de rendre à chacun d'eux toutte l'assistance qu'il est necessaire à leurs infirmitez et maladies, particulierement aux femmes et filles pour lesquelles n'a encores esté faict aucun establissement d'hospital, audict fauxbourg, la maison de la Charité qui y est n'aiant esté establie que pour les hommes, où ils sont suffisamment secourus, et avec beaucoup de soing et d'edification. Et ainsy les dictes personnes pieuses aians plusieurs foys pensé aux remedes qui se pouvoient aporter en ce cy, on auroit estimé que le seul moien estoit d'establir audict fauxbourg une maison de charité pour les femmes et filles malades, pour estre assistées et alimentées par d'autres femmes et filles; et mesme il s'en seroit présenté bon nombre qui non seulement s'offrent de prendre le soing desdicts malades et leur rendre l'assistance nécessaire à leurs infirmitez, mais encores, afin de vacquer à ce pieux exercice avec plus de perfection et d'assiduité, de se rendre religieuses hospitallieres et d'en faire vœu entre les mains de l'ordre duquel elles recevront les regles, constitution et façon de vivre conformes à ceste profession, mesmes de donner ce qu'elles auront de bien pour estre employé au bastiment et construction de ladicte maison ; et afin d'accelerer l'execution de leur dessein pour le soulagement des dictes femmes et filles malades, elles nous auroient tres humblement supplié de permettre le dict establissement, en tel lieu ou endroict du susdict fauxbourg Saint-Germain-des-Prez, qui sera trouvé plus propre et commode, et de leur faire expedier nos lectres sur ce nécessaires.

A CES CAUSES et autres bonnes considerations à ce nous mouvans, desirans contribuer [à] tout ce qui dependra de nous à l'advancement d'un sy pieux et louable dessein, et après qu'il nous a esté représenté que ladicte maison ne sera point à charge au public, lesdictes femmes et filles malades qui y seront receues y debvant estre assistées, alimentées et pensées du bien que celles qui s'y rendront hospitalieres y aporteront, ou qui y sera volontairement donné par nos subjectz, sans faire queste publicque, de l'advis de la Royne regente nostre tres honorée dame et mere, soubz la protection de laquelle ledict hospital sera fondé et basty,

Nous avons ausdictes suppliantes promis, accordé et octroié, et de nostre grace specialle, plaine puissance et aucthorité royalle, promettons, accordons et octroions par ces presentes signées de nostre main, voulons et nous plaist qu'elles puissent et leur soit loisible de faire bastir et construire dans ledict fauxbourg Saint-Germain, tant de leurs deniers que de ceux qui leur seront volontairement donnez par noz subjects à cette fin, une maison de charité soubz le nom, invocation et patronage de sainte Anne mere de la Vierge Sacrée; dans laquelle les femmes et filles malades seront receues, assistées et alimentées; et, pour ce faire, lesdictes suppliantes et touttes autres femmes et filles capables de ceste fonction jusques au nombre competant se pourront rendre Religieuses dans ladicte maison de charité soubz le nom d'hospitallieres, lesquelles y feront leurs vœux de religion entre les mains de l'ordinaire, et recevront de luy les regles, constitutions et façon de vivre qu'elles debvront observer à l'advenir, et seront subjectes ainsy que ladicte maison de charité à sa supériorité, juridiction et conduite; pourront aussy les premières Religieuses y en recevoir d'autres avec la licence dudict ordinaire, selon le besoing qu'elles en auront; et après l'an de noviciat expiré les admettre à la profession, sy elles en sont trouvées capables, tant par elles que par ledict ordinaire; comme aussy Nous permettons auxdictes suppliantes tant pour la construction, bastiment et emmeublement de ladicte maison, que pour la nourriture et assistance requise auxdictes malades, de recevoir, prendre et accepter de quelques personnes que ce soient, les maisons, rentes, deniers et heritages qu'on leur voudra donner, mesmes d'en acquerir selon le moien et la necessité qu'elles en auront; lesquelles maisons, rentes et heritages ainsy à elles données ou autres qu'elles pourront acquerir, mesme ladicte maison de charité pour le logement des Religieuses et malades. Nous avons dès à présent comme pour lors admortis et admortissons comme dédiées à Dieu, sans que les suppliantes et religieuses hospitallieres qui seront dans la dicte maison soient tenues de nous en payer aucune finance ou indemnité, laquelle Nous leur avons ausmonée, donnée et quitée, ausmonons et donnons et quitons par ces presentes, tout ainsy que si le tout estoit icy par le meme spécifié et déclaré, à quelque somme, valeur et estimation que nostre droit se puisse monter, et sans qu'elles soient tenues d'en obtenir d'autres lettres d'amortistissement et de don que ces dictes presentes, dont nous les avons rellevées et dispensées sans touttes fois préjudicier aux droicts des autres seigneurs particuliers, desquels les heritages pouroient rellever, et pour plus grande grace nous voulons, entendons et nous plaist que lesdictes Religieuses qui seront establies dans ladicte maison de charité et celles qui leur succederont en icelle à perpétuité jouissent des mesmes privileges, immunitez et franchises, libertez et autres droicts telz et semblables dont jouissent les autres Religieuses de nostre fondation et de celles des Roys nos predecesseurs, tout ainsi que s'ilz estoient icy par le menu speciffiez.

Sy donnons en mandement à nos amez et féaux conseillers les gens tenans nostre Cour de parlement, Chambre de nos Comptes, Presidents et tresoriers generaux de France à Paris, et à tous nos autres justiciers et officiers qu'il apartiendra, que, de nostre presente promission, grace, quitance, don, remise et octroy, ilz facent, souffrent et laissent lesdictes Religieuses qui seront establies en ladicte maison et charité et celles qui leur succederont jouir et user plainement, paisiblement et perpetuellement, sans en ce leur faire, mettre ou donner, ores ny à l'advenir, aucun trouble ou empeschement. Au contraire lequel si faict ou donné leur estoit, Ils le mettent ou facent mettre incontinant et sans delay, à plaine et entiere delivrance; et en rapportant les *vidimus* des presentes avec quitance desdictes religieuses sur ce suffisante, tout à ce quoy poura monter la dicte finance ou indemnité sera passé et alloue ez comptes et rabatu de la recepte de noz receveurs et comptables qu'il apartiendra par vous, genz de nos comptes, ausquelz mandons ainsy le faire sans difficulté; car tel est nostre plaisir, nonobstant que la somme de ladicte finance ou indemnité ne soit icy autrement déclarée. Et afin que ce soit chose ferme et stable à toujours, Nous avons faict mettre nostre scel ausdictes presentes, sauf en autre chose nostre droit et l'autruy en touttes.

Donné à Paris au mois de septembre, l'an de grace mil six cens quarante trois, et de nostre regne le premier.

Louis.

Au dos est écrit :

Par le Roy, la Reyne regente sa mere presente.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 février 1884, M. Tarnier, agrégé des facultés de médecine, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à la Faculté de médecine de Paris.

M. Thoulet, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Nancy.

M. Imbert, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de physique à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Gondouin, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé le 2 février 1884, à l'âge de soixante et un ans. Ses obsèques ont eu lieu à l'église Saint-Laurent le lundi 4 février et à l'issue de la cérémonie religieuse, le corps a été transporté au Gault (Loir-et-Cher), pour être inhumé dans un caveau de famille.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Périer, chargé des fonctions d'agrégé, est maintenu en exercice pour une période de trois ans.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Roux, licencié ès sciences physiques est nommé préparateur du cours de minéralogie, en remplacement de M. Curie, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Bellier (Théodore), licencié ès sciences physiques, est chargé des fonctions de préparateur de chimie, pendant la durée du congé accordé à M. Bellier (Jean).

— *Faculté des sciences de Nancy.* — Un congé d'inactivité est accordé à M. Grandeau, préparateur.

— *Faculté des sciences de Poitiers.* — M. Guitteau, préparateur, est chargé, en outre, de conférences de chimie.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Gurlie (Pierre-Louis) est nommé préparateur du cours de matière médicale (emploi nouveau).

M. Bonnet (Valère) est chargé des fonctions de préparateur dessinateur du laboratoire de recherches et d'enseignement des Hautes-Études, en remplacement de M. Lagesse, décédé.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Ruttinger est nommé préparateur de matière médicale et minéralogie (emploi nouveau).

M. Charaux est nommé préparateur de toxicologie et de physique (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les consignations pour les thèses de doctorat seront reçues comme les consignations pour les examens, au secrétariat, le lundi et le mardi de chaque semaine de midi à trois heures du soir.

— L'examen d'admission à la clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris pour les élèves sages-femmes aura lieu le jeudi 13 mars 1884, à neuf heures du matin. Les inscriptions seront reçues tous les jours au secrétariat, de midi à trois heures, dès ce jour jusqu'au samedi 8 mars prochain.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique thérapeutique, professées à l'hôpital Saint-Antoine par le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine, etc. *Traitement des fièvres et maladies générales*. 1 vol. gr. in-8° de 500 pages avec 2 planches en couleurs. — Prix : 10 francs.

L'ouvrage est maintenant complet et forme trois volumes gr. in-8° de 800 pages chacun avec figures dans le texte et planches chromolithographiées hors texte. — Prix : 48 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons de clinique médicale, par M. le docteur J.-J. Picot, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux. 1 vol. in-8°. — Prix : 9 francs. — Paris, G. Masson, et Bordeaux, H. Duthu.

Recueil clinique sur les maladies du larynx, par le docteur E.-J. Moure, professeur de laryngologie et d'otologie. 1er fascicule, 1 vol. in-8° de 120 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme, par le docteur P. Bazy, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. In-8° de 56 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15725.

9

Pastilles Géraudel

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des voies respiratoires.**
Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury International de l'Exposition Universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. — Pendant la succion de ces pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces pastilles doivent leur efficacité. — L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les phar^ies^.
GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).
Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

113

Le phosphate monocalcique
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.
Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.
Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharm^ies^.

74

Pilules suisses
(*Pilules de coloquinte composées*).
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.
MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

28

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies*, *ménorragies*, *etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées*, *les diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.
Ph^ie^ SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.
Boulevard Haussmann, 41, et principales ph^ies^.

94

Sirop DU DOCTEUR **Reinvillier**
Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.
Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.
Huile phosphorée titrée pour frictions.

93

Vin de Bugeaud, toni-nutritif
AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.
Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.
Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.
Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.
Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

134

Hélénol du docteur de Korab
MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

97

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.
Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.
Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.
DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

96

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par MARIO LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux.**
contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.
Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.
Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.
Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

125

Vins d'Ossian Henry,
membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*
Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

81

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacée.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.
Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.
GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.
Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

54

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies diarrhées chroniques, vomissements des enfants etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas.
Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes ph^ies^.

50

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE
Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.
Marcellin Pouillet Fl. p^r^ 10 litres d'eau. 2^f^,50
Fl. pour un bain.. 1 fr.
Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique.**
Approuvé par l'Académie de médecine.
CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

177

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME.

Vin de Barabeau
PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

10 gr. viande, 1 gr. bi-phosphate de chaux arsénié par cuillerée à bouche.
Reconstituant énergique, entièrement assimilable,
Paris, CARMOUCHE, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême, BARABEAU, ph^en^-chimiste, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.
Prix de la boîte : DEUX francs.
VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.
VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : QUATRE francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

12

Dragées dépuratives iodurées
du Dr GIBERT
(Dragées de deutoiodure ioduré de BOUTIGNY-DUHAMEL.)

Ces Dragées correspondent à une *demi-cuillerée* à bouche de Sirop et renferment *25 centigr. d'iodure de potassium pur* et *50 milligr. de deuto-iodure.*
En raison de leur petit volume, elles sont d'un emploi extrêmement *commode* et *agréable*, et n'occasionnent ni nausées, ni dégoût.
D'une solubilité extrême, leur absorpiion est aussi rapide que celle du Sirop.
Prix du flacon (représent^t^ un flacon de Sirop), 5^f^.
Paris, Ph^ie^ BOUTIGNY-DUHAMEL, DESLAURIERS successeur, 31, rue de Cléry, et rue Poissonnière, 2.

49

Papier et Cigares Gicquel
contre **asthme, oppression, catarrhe, Emphysème** pulmonaire. — Dans les Ph^ies^.

20

Sirop PHOSPHATE DE CHAUX GELATINEUX DE **T. Gras**

Phtisie, bronchites, épuisements, maladies des enfants.
La plus assimilable des préparations phosphatées.
3 gr. de phosphate gélatineux par cuillerée.
Ph^ie^ T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris. Envoi éch^ons^.

19

Institut hydrothérapique

3, rue du Dôme, avenue d'Eylau (28e année).
Médecin en chef : E. DUVAL. Sous presse : *De la cure des maladies par l'eau froide;* clinique de 26 années de pratique. Trait^t^ spécial des affections nerveuses et chroniques. — Jardin, gymnase.

41

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte PIERRE Lamouroux
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

42

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE **Gille**
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 17. — SAMEDI 9 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 9 FÉVRIER 1884. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Des angines de poitrine. — Application de la méthode antiseptique au croup et à l'angine couenneuse. — Action de l'acide phénique dans la paralysie diphtéritique. — Le massage et les courants induits dans un cas de métrite parenchymateuse. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des angines de poitrine.

« Il n'y a pas une angine de poitrine, il y a des angines de poitrine. » Telle est la première proposition dont M. Henri Huchard s'est proposé de faire la démonstration. Cette proposition implique déjà l'idée que par les mots « angine de poitrine » il faut entendre un syndrome s'appliquant à des lésions ou à des états morbides différents qui n'ont de commun entre eux que ce syndrome lui-même. Il suffit, pour se convaincre de la multiplicité des causes organiques qui peuvent donner lieu aux symptômes de l'angine de poitrine, de jeter les yeux sur les diverses théories qui ont été émises par les auteurs : théorie des lésions artérielles et des lésions cardiaques; théorie nerveuse, comprenant la théorie de la névralgie ou de la névrose des nerfs à plexus des régions cardio-pulmonaires, celle de la névrite cardiaque, des troubles vaso-moteurs, de l'ischémie cardiaque, celle des diathèses goutteuses, rhumatismales, etc. Pour M. Huchard, il n'y a lieu à retenir de cette multiple classification que deux espèces d'angine de poitrine : l'angine vraie, d'origine artérielle, ou par ischémie cardiaque, celle qui a été décrite pour la première fois par Rougnon et par Heberden, celle dont on meurt; et les angines de poitrine qui surviennent chez les arthritiques, les neurasthéniques, les hystériques, les dyspeptiques, etc., que l'on peut grouper sous le titre général d'angine de poitrine nerveuse, et dont on ne meurt point. Celles-ci diffèrent essentiellement de la première, comme on le voit, par le pronostic; elles en diffèrent aussi par les indications thérapeutiques et les moyens de traitement à mettre en usage. Ce simple énoncé suffit pour faire voir toute l'importance qu'il y a à les distinguer et à chercher à les reconnaître. Malheureusement, cela n'est pas toujours facile, du moins cliniquement. Témoin le fait très intéressant que rapporte M. Huchard, et qui est anatomiquement un type de la lésion organique constitutive de l'angine vraie, bien que pendant la vie il ait été extrêmement difficile d'en apprécier les signes.

Voici ce fait en résumé.

Il s'agit d'un homme jeune (trente-deux ans), d'apparence vigoureuse, alcoolique et syphilitique à la fois, — deux causes réunies pour la production de l'artérite, — qui entre à l'hôpital Tenon pour des douleurs vagues qu'il ressent depuis un mois dans la poitrine, douleurs survenant pendant son travail, accompagnées d'irradiation dans le bras gauche, le coude et les deux derniers doigts de la main gauche. Ces douleurs obligent le malade à s'arrêter quelques instants; puis tout se passe. Il n'a jamais éprouvé ni palpitations, ni dyspnée. N'étaient ces douleurs et une sorte d'oppression vague dans la poitrine, cet homme paraissait bien portant : il était vigoureux, il n'avait ni œdème aux membres, ni cyanose, ni pâleur de la face. Le pouls est régulier. Les poumons et le cœur paraissent en parfait état; ni à la pointe, ni à la base dans la région aortique, on ne constate de phénomènes anomaux; pas trace d'hypertrophie cardiaque; urines claires, abondantes, sans albumine.

Le malade est soumis au régime lacté qui paraît amener un amendement sensible.

Le cinquième jour de son séjour à l'hôpital, il se plaint de nouveau de gêne dans la région précordiale avec quelques douleurs légères dans le bras gauche. Dans l'après-midi de cette même journée, pendant qu'il était dans le jardin de l'hôpital, il se plaint toujours d'un poids sur la poitrine, en remontant dans la salle; il est arrêté plusieurs fois par des étouffements. Cet état se calme un peu. Dans la soirée, il se plaint de nouveau d'un poids énorme au-devant du cœur. Nouveau calme et sommeil jusqu'à neuf heures du soir, où il s'éveille brusquement, accusant une violente angoisse et une douleur atroce avec sensation d'étouffement. Il devient violacé, porte constamment les mains au-devant de la poitrine, comme pour arracher le poids qui l'oppresse. A onze heures et demie l'interne appelé le trouve ne parlant plus, cyanosé et couché sur le côté et, malgré des injections d'éther qui lui furent immédiatement pratiquées, il succomba après trois ou quatre inspirations profondes.

La nécropsie révéla l'existence d'une aortite des plus manifestes, aortite oblitérante, si bien que l'ouverture des artères émergeant de la crosse aortique était considérablement rétrécie et que l'artère coronaire laissait passer à peine la pointe d'un fin stylet (1).

(1) Nous rappellerons ici, à cette occasion, le fait rapporté par M. Hérard à l'Académie de médecine, dans la séance du 25 décembre dernier, et qui concorde si bien par les résultats nécropsiques avec celui-ci. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1188.)

M. Huchard a tiré de ce fait très curieux cette double conclusion : que l'angine de poitrine était bien ici produite par une aortite et une oblitération des artères qui en émergent et notamment des artères coronaires du cœur, ce qui venait à l'appui de sa thèse; et que l'aortite peut être latente comme elle l'a été dans cette circonstance et que l'absence des signes physiques de son existence ne serait pas une raison suffisante pour faire diagnostiquer une angine de poitrine *sine materia*.

Quant à la relation de la lésion de l'aorte et des artères coronaires avec les phénomènes constatés pendant la vie, si elle n'était évidente par elle-même, elle le deviendrait par le rapprochement de ce fait avec tous ceux que renferment les annales de la science, depuis les faits de Jenner, de Barry, de Burns, d'Ogle, de Dance, de Gintrac et de Corrigan, jusqu'à ceux de Virchow, de Conheim, de Balfour et plus récemment de MM. Potain et G. Sée. De l'ensemble de tous ces faits parfaitement concordants, il ressort, en effet, que l'ischémie du cœur, soit qu'elle résulte d'une oblitération par embolie ou par athérome ou ossification des artères coronaires, qu'elle soit due à une aortite oblitérante et à ses suites, que c'est, disons-nous, cette ischémie du cœur qui est la cause prochaine, immédiate, des accidents douloureux de l'*angor pectoris* et de l'arrêt définitif des contractions cardiaques.

Telle est la deuxième proposition que M. Huchard tenait à mettre en pleine lumière. Cette proposition est appuyée sur trente-trois faits bien observés. Elle pourrait s'autoriser encore des expériences récentes de MM. Bochefontaine et Roussy sur l'occlusion des artères coronaires.

Cette forme d'angine de poitrine, — on pourra l'appeler désormais *angina major*, la seule angine pectorale vraie, — est essentiellement grave : elle est à peu près constamment mortelle. C'est sa lésion originelle, la lésion aortique avec oblitération des artères coronaires et ischémie cardiaque consécutive, qui en constitue toute la gravité.

En quoi diffèrent les autres formes ou plutôt les autres affections que caractérise le même syndrome et quelles en sont les diverses provenances et conditions étiologiques?

C'est ce que nous allons voir en poursuivant l'examen de ce travail.

Parmi ces autres formes, il en est une, — c'est celle qui s'approche le plus de l'angine vraie, — qui procède d'une condition organique non pas semblable, mais analogue, l'angine par ischémie fonctionnelle du cœur (*angina minor*); celle-ci est bien différente, malgré cette condition, par sa gravité, car elle se termine presque toujours par la guérison. Il n'y a donc pas à invoquer ici le témoignage de l'anatomie pathologique, d'abord parce que les autopsies sont rares, la guérison étant la règle, et, en second lieu, parce que l'état morbide qui engendre cette ischémie fonctionnelle, étant un état spasmodique, est fugace de sa nature et ne laisse pas de trace. Tel est, par exemple, le cas de l'angine de poitrine due ou attribuée à l'action toxique du tabac, action portant sur le système nerveux central en même temps que sur les nerfs pneumogastriques, pouvant ainsi donner lieu à une ischémie cardiaque fonctionnelle.

L'angine pectorale nicotique, par ses caractères cliniques, sert en quelque sorte de transition entre l'angine de poitrine vraie et les autres pseudo-angines dont il nous reste à parler.

M. Huchard décrit sous le titre de pseudo-angines de poitrine :

1° L'angine d'origine nerveuse et arthritique;

2° Les angines de poitrine d'origine gastrique et celles qui sont dues à des dilatations cardiaques (angine de poitrine d'origine myocardiaque ou gastro-myocardiaque).

Au point de vue étiologique, il les répartit en quatre groupes principaux :

1° Les angines nerveuses.
2° Les angines réflexes.
3° Les angines diathésiques.
4° Les angines toxiques.

Les angines de poitrine nerveuses, qui ont, avec la plupart des suivantes, pour caractère commun de ne jamais se terminer par la mort, se rencontrent dans l'hystérie, la neurasthénie, l'hypocondrie, la maladie de Graves, et même dans l'épilepsie. L'existence d'une angine tabétique n'est pas démontrée.

Les angines réflexes sont d'origine abdominale, gastro-intestinale, hépatique, ou d'origine puerpérale, ou d'origine périphérique.

Les angines diathésiques sont observées surtout dans la goutte, dans le rhumatisme, dans le diabète, dans la syphilis.

Enfin les angines toxiques peuvent être produites par le tabac, comme on l'a vu plus haut, par l'abus du thé, du café, de l'alcool, par l'oxyde de carbone, etc.

L'étude du diagnostic de l'angine vraie et des diverses autres espèces d'angines de poitrine constitue une des parties les plus importantes et les plus habilement traitées de ce travail. Pour l'angine vraie, il peut se présenter deux cas : il y a ou il n'y a pas de signes révélateurs directs d'une affection cardio-aortique, — c'est aux faits de cette seconde catégorie qu'appartient l'observation ci-dessus résumée de M. Huchard. Le diagnostic est facile dans le premier cas, il ne laisse pas que de présenter des difficultés dans le second. L'une des considérations qui ont le plus de valeur dans ce dernier cas, après l'ensemble des symptômes de l'accès, c'est celle de la cause occasionnelle des accès : émotion, effort, course, ascension rapide, etc.

Quant au diagnostic des angines de diverses autres origines, indépendamment de l'absence des signes de la lésion caractéristique de l'angine vraie et de la prédominance des symptômes propres aux diverses affections d'où procèdent les accès, on peut trouver des caractères de différenciation dans ces accès eux-mêmes, dans leur intensité, dans leur périodicité et enfin soit dans leur spontanéité, soit dans les occasions qui en déterminent l'explosion. C'est ce que l'on trouvera parfaitement exposé dans cet important mémoire.

Arrivé au terme de cette rapide analyse, il nous reste à dire l'impression qui nous est restée de la lecture de la première partie du mémoire de M. Huchard. Elle nous a fait comprendre si nettement la vraie caractéristique de l'angine de poitrine vraie et les différences fondamentales qui la séparent des autres espèces d'angine pectorale que, dussions-nous paraître faire à notre confrère une querelle, — querelle qui ne porterait, en tout cas, que sur une question de terminologie, — nous renverserions volontiers sa première proposition, énoncée en tête de cet article : « Il n'y a pas une angine de poitrine, il y a des angines de poitrine », et nous dirions : « Il n'y a pas des angines de poitrine, il n'y a qu'une angine de poitrine, l'angine vraie, celle qui résulte

de la lésion aortique et des artères qui en procèdent, les autres ne méritant que le nom de pseudo-angines, nom qu'on peut leur conserver pour rappeler la ressemblance des symptômes, mais à la condition d'y ajouter un adjectif qui rappelle leur origine. »

Dans la prochaine Revue, nous parlerons de la question si importante des indications thérapeutiques et du traitement.

Application de la méthode antiseptique au croup et à l'angine couenneuse.

Il y a environ deux mois, à l'occasion d'une communication de M. le docteur Sandras à l'Académie de médecine, nous exprimions notre adhésion acquise d'avance à toutes tentatives, à tous efforts tendant à élargir le champ de la méthode des inspirations ou inhalations médicamenteuses et à en multiplier et varier les applications, ayant eu si souvent nous-mêmes à nous louer de son emploi dans des conditions spéciales. Il nous vient d'Angers une note sur une application de la méthode antiseptique, sous forme inhalatoire, au croup et à l'angine couenneuse, qui nous a paru, à ce titre, mériter l'attention particulière de nos lecteurs. L'auteur de cette note est M. le docteur Renou (de Saumur), ancien interne des hôpitaux d'Angers. Aux procédés de la pulvérisation, qui n'a pas toujours l'efficacité désirée et qui a souvent l'inconvénient de produire une réfrigération inopportune, M. Renou a préféré, dans ses essais, le procédé de la vaporisation, qui a le double avantage d'élever et de maintenir à un degré constant la température et l'état hygrométrique du milieu où elle est dégagée, l'atmosphère limitée d'une chambre, par exemple, de charger cet air de telles vapeurs médicinales ou antiseptiques que l'on juge utile d'employer, enfin de porter cette vapeur composée et modificatrice tout le long de l'arbre aérien jusqu'à l'absorption pulmonaire et de là dans le torrent circulatoire. M. Renou a employé sous cette forme, tant pour modifier topiquement les surfaces malades dans le croup et dans l'angine couenneuse que pour en obtenir les effets généraux ultérieurs de l'absorption, les vapeurs d'acide phénique, d'acide salicylique et d'acide benzoïque.

Voici comment il les a appliquées dans les cas d'affection diphtéritiques qu'il a eu à soigner.

Il installe son malade dans une chambre convenablement aérée, sans être trop vaste, chauffée entre 20 et 25 degrés, en assurant le renouvellement de l'air et évitant l'encombrement. On obtient la vaporisation par un ou deux petits fourneaux à pétrole en usage dans les cuisines. Sur ce fourneau, qui donne une source considérable de chaleur, on place un vase d'une contenance d'un à deux litres d'eau, rempli de la solution antiseptique. L'appareil est placé près du lit et la vapeur concentrée sur le malade par un rideau entourant le fourneau et la tête du lit.

Voici la formule que M. Renou a adoptée :

Acide phénique	280 grammes
Acide salicylique.	56 —
Acide benzoïque.	112 —
Alcool rectifié.	468 —

On verse toutes les trois heures, dans les deux litres d'eau en ébullition sur le fourneau, une cuillerée à bouche ou un verre à liqueur de cette solution, qui représente : acide phénique 5 grammes, acide benzoïque 2 grammes, acide salicylique 1 gramme, et pour vingt-quatre heures une vaporisation de 40 grammes d'acide phénique, 16 d'acide benzoïque et 8 d'acide salicylique.

Il doit être bien entendu que ces chiffres représentent une moyenne, suffisante pour la pluralité des cas, et qu'une part doit être laissée à l'appréciation de chaque cas particulier, suivant la gravité du mal, le volume d'air de la chambre.

Deux des malades traités par cette méthode ont présenté un commencement d'intoxication par l'acide phénique ; urine vert olive, pâleur, nausées, vomissements. On leur vaporisait à ce moment 100 à 120 grammes d'acide phénique par vingt-quatre heures et sous une forme très concentrée.

Le malade doit être laissé dans ce milieu jusqu'à disparition entière des symptômes et deux ou trois jours après ; s'il est trachéotomisé, jusqu'à la guérison de la plaie.

Les malades seront alimentés le plus possible ; vin, cognac, café.

En somme, le premier soin que prend M. Renou dès qu'il est appelé près d'un enfant atteint d'angine couenneuse ou de croup est de l'installer suivant les règles ci-dessus.

Si le tirage laryngien est considérable, si le jeu des muscles respiratoires est tel qu'une fatigue prochaine doive s'ensuivre, si l'hématose est compromise, on pratique la trachéotomie dans la chambre antiseptique.

La trachéotomie pratiquée, malgré les conditions de l'air ambiant, on met au-devant de la canule une demi-cravate antiseptique (bande d'ouate et de tarlatane phéniquée). La canule ôtée, cette cravate reste le seul pansement de la plaie, qui guérit avec une grande rapidité.

Enfin on donne au malade une alimentation tonique et excitante.

A l'appui de cette méthode, M. Renou rapporte dix-huit observations, qui peuvent se résumer ainsi :

1° Angine couenneuse et croup, trachéotomie : sept cas, sept guérisons ;

2° Angine couenneuse et croup, sans trachéotomie : six cas, six guérisons ;

3° Angine couenneuse simple sans complication laryngienne : trois cas, trois guérisons ;

4° Deux cas d'angine couenneuse et croup non opéré ; mort par suite de conditions spéciales qui ont rendu la méthode inefficace.

Nous nous sommes assuré, à la lecture des observations qu'il serait trop long de reproduire ici, qu'il s'agissait bien, dans les seize cas terminés par la guérison, d'angines couenneuses vraies, diphtéritiques, dont deux simples, quatorze avec croup, et nullement d'angines herpétiques ou pultacées. Il ne saurait y avoir de doute pour les cas de croup. Pour les deux cas sans croup, c'est-à-dire sans accidents laryngiens, la nature diphtéritique de la maladie était suffisamment démontrée, indépendamment des fausses membranes reposant sur des tissus rouges, turgescents, ulcérés, et de la diphtérie des fosses nasales, par l'élévation du pouls et de la température, l'état de prostration, l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et, plus tard, la paralysie consécutive du voile du palais, etc.

Quant aux deux cas terminés par la mort, les conditions mêmes dans lesquelles cette fin a eu lieu, en font en quelque sorte des cas exceptionnels, qui ne font que mieux ressortir la valeur des autres cas, puisque c'est précisément parce que l'antiseptique a été mal appliqué ou ne l'a pas été du tout que cette issue fatale est survenue. Nous voyons, en effet, dans le premier de ces deux cas, le traitement rendu illusoire

par l'exiguïté extrême du local dans lequel était placé le petit malade, jointe à des conditions d'absolue insalubrité, cette pièce, d'un cubage tout à fait insuffisant, ne recevant l'air que d'une cour intérieure infecte et étant constamment encombrée par tous les membres de la famille, qui, en outre, s'opposèrent à la ressource ultime de la trachéotomie. Dans le deuxième cas, l'enfant a succombé à un œdème de la glotte et non au croup, et la méthode avait été si imparfaitement appliquée par les assistants que l'effet en a dû être absolument nul.

M. Renou, tout en se louant beaucoup et avec raison de ces résultats, se demande si ce ne serait pas s'exposer à une de ces illusions si fréquentes en thérapeutique, que de compter sûrement sur les mêmes succès dans l'avenir. N'y a-t-il pas toujours à tenir compte, en effet, de la question d'intensité morbide suivant les lieux, les temps et les épidémies? Que de déceptions n'ont pas suivi déjà des illusions de ce genre! La réserve de M. Renou est donc très sage. Mais comme la méthode qu'il préconise et qui lui a si bien réussi est très rationnelle, nous ne pouvons que l'encourager à persévérer dans cette pratique et engager nos confrères à l'imiter, à l'occasion.

Action de l'acide phénique dans a paralysie diphtéritique.

La méthode de traitement du croup et des angines couenneuses par les inhalations antiseptiques, dont nous venons de parler, nous remet en mémoire la petite note suivante que nous adressait il y a quelque temps M. le docteur Bernier de Bournonville et dans laquelle l'acide phénique est également recommandé, mais à un autre point de vue, dans la phase paralytique de la diphtérie.

Dans le croup et dans l'angine couenneuse, ou mieux dans l'empoisonnement par la diphtérie, apparaît une sorte de torpeur, de sommeil léthargique, véritable paralysie générale, prélude de la mort.

Cette paralysie diphtéritique semble débuter par l'estomac.

D'une façon presque absolue on peut affirmer que lorsque le vomitif *bien administré* ne produit pas de vomissements, mais simplement un effet purgatif, l'issue de la maladie ne peut être que fatale.

C'est ici que se montre un des plus admirables effets de l'acide phénique comme *convulsivant* et en dehors de ses autres qualités bien connues.

Administré en potion ou en injection sous-cutanée, au début de la paralysie de l'estomac, il la combat utilement, il réveille le système nerveux et provoque une réaction qui favorise le vomissement et avec lui l'expulsion des fausses membranes.

En prolongeant l'existence, il donne au traitement local et au traitement général le temps d'agir et rend ainsi possible une guérison définitive.

Mais le médecin doit surveiller lui-même la dose et la qualité de l'acide phénique.

La dose : l'examen attentif du malade permettra de distinguer la dose thérapeutique de la dose toxique.

La qualité, ne se servir que d'acide phénique pur cristallisé, sachant que l'acide phénique impur est très rapidement toxique.

LE MASSAGE ET LES COURANTS INDUITS DANS UN CAS DE MÉTRITE PARENCHYMATEUSE.

Par M. le docteur L. Couétoux.

30 avril 1882. Mme C..., trente-cinq ans, constitution moyenne, un peu maigre, bien portante jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, époque de son mariage avec un homme très vigoureux. A partir de cette époque elle a vu ses règles devenir très fréquentes, des douleurs continues ont empoisonné son existence. Des injections qu'on lui conseilla il y a deux ans calmèrent temporairement ces symptômes. Pas d'enfant. Jamais de fausse couche.

Depuis deux ans les règles sont peu abondantes, régulières, ne durant que deux jours environ. Démangeaisons à la vulve, deux à trois jours avant leur arrivée. Flueurs blanches. Profondeur de la matrice à l'hystéromètre, 8 centimètres. Matrice bien placée, à peine douloureuse à la pression. Érosion du col que je cautérise. Rien au cœur ni aux poumons.

A l'époque de ses règles elle éprouvait jadis des migraines, mais seulement depuis son mariage. Ces migraines ont cessé, dit-elle, depuis le mois d'octobre, époque où elle commença à porter une bague dite bague à migraine. Ce fait est affirmé aussi par les personnes qui l'entourent. Nous n'en pouvons donner aucune preuve. Après toute fatigue, elle éprouve des coliques vers l'hypocondre droit. Traitement : injection, miel contre la constipation; après l'injection, tampon d'ouate sec dans le vagin.

14 mai. L'ulcération du col est guérie. Les injections ont fait cesser les démangeaisons de la vulve. Moins de constipation. Bruit de flot stomacal. Ce bruit de flot est intense, mais, nous ne savons pourquoi, nous n'avons jamais pu arriver à déterminer les limites de la dilatation.

18 juin. La malade éprouve des douleurs que nous attribuons à la dilatation. Le bruit de flot est énorme. Pompage. Soulagement notable. Depuis cette époque jusqu'au 17 octobre nous pratiquâmes tous les deux ou trois jours, quelquefois tous les quatre ou cinq jours, le pompage et le lavage de l'estomac. Le bruit de flot diminuait, puis revenait avec les symptômes douloureux. La ratanhia, qui d'abord sembla soulager la malade, provoqua bientôt des douleurs très vives dans les côtés. La constipation n'était vaincue que par le podophylle, le tamar indien, moyen auxquels nous renonçâmes l'un après l'autre, et nous pensons n'avoir fait que du mal à notre malade en recourant contre la constipation à autre chose qu'aux lavements, comme moyen quotidien.

Le 13 octobre, constatant que nous n'arrivions à aucun résultat sérieux et que notre doigt touche la face postérieure du col, nous essayons l'anneau d'Hodge, sans grande espérance. Durant deux jours il provoque de vives douleurs et nous réduit à l'enlever. La malade a maigri, les traits sont tirés par la souffrance.

19 octobre. Ne souffre pas quand elle est couchée, mais aussitôt qu'elle met le pied à terre. Les douleurs partent du ventre et montent vers les épaules. La matrice est douloureuse à la pression.

8 novembre. Nous avons essayé six sangsues au col. La malade n'a pas été soulagée. L'examen au spéculum augmente les douleurs dans les côtés. Piqûres du col au bistouri. Teinture d'iode sur le col. Tampon de glycérine. Profondeur de la matrice = 7 centimètres 2/3.

25 novembre. A bout de ressources, nous essayons la méthode de Norströnn (rapport à l'Académie du 18 janvier 1876). Nous introduisons deux doigts dans le vagin et nous saisissons fortement (la malade est très maigre et la chose est facile), nous saisissons la matrice entre les doigts de la main droite qui presse la face postérieure et ceux de la main gauche qui déprime le ventre et presse la face antérieure de l'utérus. Trois minutes nous massons avec force en provoquant de vives douleurs. Comme elle est nullipare, il est aussi facile, et nous l'avons fait, de presser la face antérieure de la main droite et la postérieure de la main gauche. Il arrive, en effet, de sentir très facilement la face antérieure de la matrice chez les nullipares par le toucher vaginal.

28 novembre. La malade a été immédiatement soulagée par le massage. Le lendemain elle faisait trois lieues à pied. Encouragé

autant qu'étonné, nous faisons une nouvelle séance et retirons les doigts imprégnés d'abondantes mucosités épaisses et sanguinolentes. Cette vue nous fait penser que dans l'expulsion de ces mucosités est le secret de notre succès rapide et imprévu. Peut-être les courants induits provoqueraient-ils cette expulsion. D'ailleurs la malade s'effraie des douleurs que provoque le massage.

30 novembre. Nous introduisons le spéculum de Cusco, et adaptant à la vis de l'hystéromètre de Valleix le pôle + de l'appareil d'induction de Gaiffe, tandis que le pôle — est appliqué sur l'abdomen, nous faisons passer le courant. L'hystéromètre est introduit jusqu'au fond de l'utérus, comme le conseille Gaillard Thomas, c'est-à-dire à 7 centimètres 1/2. Séance de cinq minutes. Ensuite teinture d'iode et glycérine sur le col.

2 décembre. L'électricité a mieux réussi encore que le massage. Les douleurs ont été plus complètement supprimées. La malade mange avec appétit sans choisir ses aliments, alors qu'elle suivait depuis si longtemps un régime animal sans aucun résultat. Le bruit de flot subsiste cependant, et très intense. Les séances d'électricité se succèdent, les courants sont employés très forts, le tube graduateur étant retiré à 3 ou 4 centimètres. Nous regardons avec soin avant et après l'introduction de l'hystéromètre si l'électricité a provoqué l'évacuation hors de la matrice des mucosités qu'expulsait le massage. Le col est aussi propre après qu'avant la séance.

28 décembre. Nous n'avons pas vu la malade depuis le 23 décembre. Les douleurs reviennent à droite au-dessus du sein et à gauche en arrière du sein, comme elles se montraient avant l'application du massage et de l'électricité. Électrisation : 5 minutes.

1883. 2 janvier. La malade a souffert depuis le 30. Ce n'est pas la première fois que nous observons que l'électricité ne la soulage encore que deux jours. Elle nous dit sans question de notre part à ce sujet : La dernière séance d'électricité a été faite la veille de mes règles ; elle a complètement calmé les douleurs qui ne m'épargnent jamais à cette époque. Peu ou pas de troubles de l'estomac, mais bruit de flot. Nous essayons l'iodure de potassium, une cuillerée à café en poudre dans un peu d'eau avant le repas de midi et celui du soir.

15 janvier. Après quelques semaines, nous constatons que l'iodure de potassium que conseille M. Leven dans la dilatation de l'estomac a supprimé le bruit de flot. La malade va très bien.

Nous avons fait faire, par un ferblantier, une ceinture composée de plaques de zinc et de cuivre et que la malade porte sans cesse sur elle. Déjà une fois les menstrues ont fait apparition sans provoquer les douleurs habituelles ; seulement un ou deux commencements de coliques, dit la malade. Quelques crampes aux jambes se sont montrées, dues, pensons-nous, à une vie un peu sédentaire. Profondeur actuelle de la matrice, 7 centimètres 1/2.

Notre malade se regarde comme guérie.

Nous espérons que la ceinture qu'elle conserve lui sera surtout utile à l'époque de ses règles. Quand on mouille les contacts de cette ceinture avec du vinaigre et qu'on unit ses extrémités par un fil de fer, les pôles d'une boussole ordinaire ne sont pas déviés, mais à la langue l'application des deux extrémités des fils provoque une sensation irradiant jusque vers les incisives.

Le massage, pratiqué suivant la méthode de M. Norströnn, a calmé subitement des douleurs tenaces, intenses, très anciennes.

Les courants induits ont été moins douloureux que le massage. Leur action a été encore plus marquée. La malade vaquait à ses affaires, sitôt la séance terminée. A ces moyens ont cédé les symptômes gastralgiques métropathiques ; l'exercice est devenu possible ; la malade a repris, comme par enchantement, son poids et ses forces.

Le massage ne pourrait-il pas servir à faire présager l'action qu'auront, dans un cas donné, les courants induits ?

Nous n'avons pu réussir à l'appliquer chez une femme un peu obèse. Il est fatigant pour le médecin, très pénible pour la malade. Fait avec douceur, aurait-il une action marquée ? Nous ne l'avons pas essayé et nous ne nous proposons pas de beaucoup recourir à cette méthode.

M. Norströnn, dans la métrite chronique, l'emploie jusqu'à deux fois par jour ; sans doute il emploie sa méthode avec plus de douceur.

L'état anatomique de l'utérus n'a pas été modifié, car la profondeur indiquée au début de notre observation tient, pensons-nous, à une erreur de notre part. En cela, il n'en est guère autrement des divers traitements de la métrite parenchymateuse (Churchill).

L'action de l'électricité ne tient pas à des contractions immédiates de la matrice qui nous seraient révélées par l'expulsion de mucosités hors du col ; pourtant, dans le cas actuel, le soulagement se montra, comme pour le massage, aussitôt la séance terminée.

N'y aurait-il pas lieu d'examiner le col dix minutes après la séance d'induction, pour juger si le courant provoque l'expulsion de mucosités utérines ?

En tout cas, il faut se rappeler que les courants induits ont une action analgésique très prononcée dans des affections, comme la gangrène spontanée des extrémités, où leur action est vraiment bien difficile à expliquer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 février 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

M. Guéniot remercie de nouveau ses collègues et invite M. Marc Sée, son successeur, à prendre place au fauteuil de la présidence.

M. Marc Sée exprime à la Société sa reconnaissance pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence et remercie, en son nom, les membres du bureau sortant.

COMMUNICATIONS

Du pied plat douloureux. — M. Chauvel, à l'occasion de la communication de M. Le Fort sur les origines du pied plat douloureux, a relevé le nombre des exemptions du service militaire par suite de cette affection, de 1876 à 1883. Ce nombre est très variable selon les régions. Très rare dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, cette affection est, au contraire, très commune en Bretagne. Ces statistiques semblent démontrer que le pied plat douloureux est beaucoup plus une affaire de race que la conséquence d'une profession, du sol, etc.

M. Després commence par s'excuser auprès de ses collègues de laisser de côté, pour un instant, les opérations extraordinaires et, contrairement aux tendances actuelles, de venir simplement traiter une question d'étiologie et d'anatomie pathologique.

Il a pour but, dans cette communication, de prouver que c'est bien à Duchenne (de Boulogne) que revient le mérite d'avoir reconnu et bien décrit la vraie pathogénie du pied plat valgus douloureux. Les chirurgiens qui n'ont pas accepté la théorie de Duchenne (de Boulogne), Nélaton, Gosselin, Le Fort, Tillaux, entre autres, ont évidemment commis une erreur, en voyant seulement le dernier degré du pied plat valgus accidentel, en prenant, les uns la première phase de la maladie, les autres une de ses complications pour les causes de cette affection. Le pied plat douloureux, ou valgus acquis, ou tarsalgie, n'est pas douloureux au début. C'est pour cela qu'il a échappé à la sagacité des chirurgiens. Il n'y a, au début, qu'un peu d'hésitation dans la marche. Les jeunes sujets usent leurs souliers en dedans ; les marches longues les fatiguent ; plus tard le pied tourne, puis il s'aplatit pendant la marche et la station debout seulement. Jamais les enfants aisés ne sont arrivés à l'aplatissement du pied et à la douleur comme

les enfants pauvres, parce qu'ils ne sont jamais surmenés et qu'on les soigne dès le début.

Les observations présentées par M. Le Fort sont trop incomplètes pour pouvoir servir à la discussion. M. Després passe en revue les observations qui se trouvent dans la thèse de M. Froustey, faite en 1873 sous la direction de M. Gosselin ainsi que celles que contient la thèse de M. Descos, élève de M. Tillaux, thèse qui a été faite en 1874. La première de ces thèses a pour but de démontrer que le pied plat est la conséquence de la tarsalgie et non de l'impotence du long péronier latéral, comme le dit Duchenne (de Boulogne). La seconde soutient la théorie ligamenteuse de M. Tillaux. Ces observations ne sauraient entraîner la conviction.

M. Després termine en présentant trois jeunes malades qui représentent à elles trois les différentes phases du pied plat valgus douloureux. C'est toute une observation de pied plat répartie sur trois sujets. La première n'a pas encore de pied plat. On a le tort de ne prendre la maladie qu'à partir du moment où celui-ci s'est produit; mais avant, il y a toute une série de phases douloureuses. L'étude attentive des faits montre que Duchenne (de Boulogne) seul a vu la vérité quand il attribue cette affection à l'impotence du long péronier latéral.

L'une des malades présentées par M. Després a une scoliose légitime, sans rachitisme, due à un défaut d'équilibre entre les puissances musculaires de droite et de gauche. Ce qui s'est produit pour la taille s'est également produit, chez elle, pour le pied. C'est la même origine musculaire si bien démontrée par Duchenne (de Boulogne).

M. Le Fort dit que l'électrisation du long péronier latéral ne rétablit pas la cambrure. Cela est facile à comprendre et s'explique par ce fait que M. Le Fort fait intervenir trop tard l'électrisation, puisque ce qu'il regarde comme le point de départ de la maladie en est une période déjà avancée.

M. Després critique le coussin pyramidal prescrit par MM. Le Fort et de Saint-Germain et que fournit le Bureau central. On obtient de très bons résultats de l'électrisation pourvu qu'elle soit appliquée à la première période. L'appareil ouaté, silicaté et le repos sont très utiles et très efficaces quand les malades souffrent. Beaucoup de malades arrivés à une certaine période ne souffrent plus et marchent très bien tout en conservant leurs pieds plats. Il faut les laisser tranquilles. En résumé, M. Després pense qu'il appartient à la Société de chirurgie de rendre un légitime hommage à Duchenne (de Boulogne), qui, seul et le premier dans cette question, a bien vu et bien fait connaître la vérité.

M. TRÉLAT partage d'une façon générale l'opinion de M. Després. Il s'en écarte seulement sur ce point que c'est là une étude très complexe. Il s'agit, en effet, d'une maladie à étapes diverses, à phases successives, n'ayant rien de fatal dans sa marche, variant selon la prédisposition des races et des sujets, selon la gravité des causes déterminantes, selon le traitement, procédant par à-coups successifs, par phases diverses séparées par des espaces de temps plus ou moins longs. Il y a des cas, en effet, dont l'évolution dure trois ans; il y en a d'autres où elle dure à peine quelques mois. C'est là une des causes qui rend l'étiologie si obscure. L'impotence du long péronier latéral est sans doute une fort belle découverte qui fait le plus grand honneur à son inventeur; mais ce n'est pas la cause première du pied plat valgus douloureux. Les choses se passent de la manière suivante : Pour que se produise l'aplatissement du pied, il faut tout d'abord un individu prédisposé, c'est-à-dire disposé à mal subir la fatigue; puis survient de la douleur dans la marche; où est cette douleur? Nous n'en savons rien au juste. Quiconque a regardé ces bandes de collégiens rentrant tard le soir d'une longue promenade en a vu exprimant la souffrance, se défendant contre la douleur par des contractions musculaires, par une certaine adaptation du pied à la forme ou à la position les plus propres à diminuer cette douleur. Ces enfants marchent en état de contraction du long péronier latéral et du jambier antérieur. La contraction fait bientôt la contracture, la contracture fait bientôt la douleur et l'impotence fonctionnelle du muscle. Il suffit parfois de quelques jours. Duchenne (de Boulogne) a bien découvert l'influence de l'impotence du long péronier latéral, mais il a méconnu le rôle déambulatoire, pour ainsi dire, du jambier antérieur.

M. TERRILLON rappelle à M. Després les termes mêmes de la communication qui avait seulement pour but de démontrer que dans certains cas de pied plat valgus acquis il existait une douleur au niveau de la malléole externe, en même temps que le jambier antérieur devenait impotent. Or ce fait n'a été signalé dans aucune des observations rappelées par M. Després.

M. DANIEL MOLLIÈRE considère le pied plat comme ayant une très grande influence sur le développement du genu valgum.

M. TILLAUX n'est pas convaincu par les arguments de M. Després; il reste persuadé que l'impotence du long péronier latéral est secondaire. Du moment que la voûte plantaire est aplatie, c'est que le long péronier latéral ne fait plus son office; du moment que le pied s'affaisse, c'est que les ligaments sont distendus. Or M. Tillaux pense que la douleur tient à cette distension des ligaments. Au repos, toute douleur disparaît. Il ajoute qu'il a guéri beaucoup de pieds plats valgus douloureux sans jamais recourir à l'électrisation.

M. DESPRÉS dit que M. Tillaux fait commencer le pied plat là où, lui, il le fait finir.

PRÉSENTATIONS DE MALADES.

M. ROBIN (de Lyon) présente quinze malades anciennement atteints de genu valgum qui ont été opérés et guéris, à Lyon, par son procédé d'ostéoclasie. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1189 et 1884, p. 121. — Comm. M. Tillaux.)

Hernie épiploïque. — M. FAUVEL (du Havre) présente un blessé atteint de hernie épiploïque. La plaie, produite par un coup de couteau, siège dans le dixième espace intercostal gauche et laisse passer une petite tumeur du volume de la dernière phalange du médius. Le blessé avait présenté, comme symptômes particuliers, de l'hémoptysie et du pneumothorax, conséquence d'une lésion concomitante de la plèvre et du poumon.

M. DESPRÉS pense qu'il s'agit là d'une hernie épiploïque et engage M. Fauvel à ne rien faire.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

38. M. Dubois. De la névralgie sciatique dans la syphilis. — 39. M. Hainaut. Sur quelques cas de tuberculose pneumonique à marche rapide. — 40. M. Jaillet. De l'alcool; sa combustion, son action physiologique, son antidote. — 41. M. Henrionnet. De l'engagement de l'extrémité pelvienne pendant la grossesse. — 42. M. Cauvet. Contribution à l'étude de la montée du lait. — 43. M. Voukchewitch. Étude sur le traitement de l'ophtalmie granuleuse par l'excision du cul-de-sac conjonctival. — 44. M. Antelmy. Contribution à l'étude des troubles nerveux dans les entorses et en particulier des atrophies et des paralysies musculaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le prix Corvisart pour l'année 1883 est décerné à M. Jules Para, externe des hôpitaux de Paris. La question était : De l'ascite.

— La question donnée par la Faculté dans la dernière assemblée des professeurs pour le prix de l'année 1884, est : De l'ictère. Les candidats devront déposer leur mémoire au secrétariat de la Faculté avant le 1er décembre 1884.

— Le prix Châteauvillard, sur l'avis de la commission, ne sera pas décerné pour l'année 1883.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Helmer (Oscar) est nommé préparateur au laboratoire de recherches physiques, en remplacement de M. Deville, démissionnaire.

— Un concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission sera ouvert le lundi 31 mars 1884, à midi, à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 1.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le jeudi 28 février 1884, à midi, et sera clos le samedi 15 mars 1884, à trois heures.

— *Hôpitaux de Toulouse.* — M. le docteur Dupau, chirurgien-adjoint des hôpitaux, est nommé chirurgien en chef de l'hospice de la Grave.

— Par arrêté préfectoral, en date du 30 décembre 1884, sont nommés membres de la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, pour une durée de cinq années, à dater du 1er janvier 1884 : MM. Puteaux et le docteur Du Mesnil.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15731.

N° 18. — MARDI 12 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. MARDI 12 FÉVRIER 1884. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les accidents cérébraux dans le diabète. État mental des diabétiques. — CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS. Du ralentissement du pouls : asystolie, syncopes. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les accidents cérébraux dans le diabète.

ÉTAT MENTAL DES DIABÉTIQUES.

I

Les accidents cérébraux du diabète constituent l'un des épisodes les plus intéressants et les plus nouveaux de l'histoire de cette maladie, intéressante déjà à tant de titres. L'un des plus nouveaux, en effet, car il y a peu de temps que les accidents dont il s'agit ont fixé l'attention. Je n'en veux pour preuve que cette phrase extraite du traité relativement récent de M. Durand-Fardel : « J'ai peine à croire que de semblables éventualités (l'affaiblissement des facultés mentales, l'altération de la mémoire, les troubles intellectuels de diverses natures) doivent prendre place dans l'histoire du diabète (1) ». C'est en 1869 que M. Durand-Fardel émettait de pareils doutes, et, depuis cette époque, la question que je me propose d'étudier devant vous a fait bien des progrès ; vous allez en juger.

Je crois avoir été l'un des premiers à appeler l'attention sur les troubles intellectuels chez les diabétiques (2). Marchal (de Calvi), à la vérité, avait déjà naguère entrevu ces troubles, mais sans y attacher une suffisante importance. D'intéressantes études poursuivies, dans ces dernières années, sur les différents accidents cérébraux du diabète, particulièrement sur le *coma diabétique*, ont fait de la question un sujet tout d'actualité. Ainsi en a jugé la Faculté de médecine de Paris en proposant tout récemment comme sujet de thèse d'agrégation l'étude « des accidents nerveux dans le diabète sucré ». Et vous pourrez lire avec fruit le travail très consciencieux qu'a rédigé à ce propos M. F. Dreyfous (3).

Contrairement à ce qu'on avait autrefois supposé, les désordres intellectuels ne sont point rares chez les diabétiques. Vous n'en serez pas étonnés, si vous voulez bien vous pénétrer de cette vérité, mise en relief par les travaux de ces dernières années, que, chez ces malades, le système nerveux est fréquemment troublé et qu'il peut l'être dans ses diverses fonctions (1). La motilité, en effet, la sensibilité, les fonctions vaso-motrices et trophiques sont souvent atteintes comme l'intelligence ; et, avant d'aborder le sujet qui doit plus spécialement nous occuper, permettez-moi de vous rappeler brièvement les altérations qu'on observe du côté de ces fonctions importantes.

On serait en droit de dire que la MOTILITÉ est presque toujours troublée chez les individus atteints de diabète, si l'on comprend parmi les troubles moteurs cette perte des forces, cet affaiblissement musculaire qui constitue l'un des symptômes habituels de la maladie, qui rend la marche incertaine et difficile, ou tout au moins provoque rapidement la fatigue. Mais à côté de ce symptôme dont la notion est devenue pour ainsi dire banale, particulièrement depuis les travaux de Marchal (de Calvi) et de M. G. Sée, il en est d'autres, plus rares à la vérité et plus récemment connus. Il s'agit de véritables paralysies motrices dont la topographie, le degré, la durée, sont d'ailleurs essentiellement variables. Ces paralysies peuvent, en effet, affecter la forme *hémiplégique* ou *paraplégique ;* plus communément, on se trouve en face de *monoplégies* qui intéressent le membre supérieur ou l'inférieur, une moitié de la face, quelquefois un groupe musculaire isolé ou même un seul muscle. Ogle, Leber, M. Charcot, ont, par exemple, constaté des parésies limitées à un ou plusieurs des muscles de l'œil ; Fritz a cité un cas dans lequel la paralysie intéressait exclusivement les muscles du pied ; chez un autre malade elle affectait seulement l'extenseur de l'index droit (Charcot). Souvent plusieurs monoplégies s'associent sur le même sujet : chez celui-ci on constate une paralysie du membre supérieur et une paralysie du releveur de la paupière (Charcot), chez un autre une triple monoplégie du bras droit, du bras gauche, du côté droit de la face (Ogle).

Ces paralysies sont rarement complètes. On a plutôt affaire en général à un simple affaiblissement qu'à une perte absolue de la motilité ; elles sont souvent passagères, mais susceptibles de récidiver.

Chez certains diabétiques, les troubles moteurs se présentent sous une autre forme que la forme paralytique. Il

(1) Durand-Fardel. *Traité clinique et thérapeutique du diabète*, Paris, 1869.

(2) Legrand du Saulle. *L'état mental de certains diabétiques.* Communication à la Société médicale du VIe arrondissement, 1872, et *Gazette des hôpitaux*, 1877, n° 148.

(3) F. Dreyfous. *Pathogénie et accidents nerveux du diabète sucré.* Th. agr., Paris, 1883.

(1) Voir : Bernard et Féré. Des troubles nerveux observés chez les diabétiques. *Revue critique. Archives de Neurologie*, novembre 1882.

s'agit alors d'accès de convulsions générales ou partielles, rappelant quelquefois l'épilepsie jacksonienne, et habituellement suivies, dans ce dernier cas, de phénomènes parésiques dans le membre affecté, ou bien, comme dans une observation de Marchal (de Calvi), la démarche est troublée de telle manière qu'elle ressemble à celle des malades atteints d'ataxie locomotrice progressive.

La SENSIBILITÉ peut être lésée de bien des façons dans le diabète : elle est tantôt EXALTÉE et l'on observe alors des *douleurs* ou de l'*hyperesthésie,* tantôt diminuée ou ABOLIE, et l'on constate dans ce cas des *anesthésies* de la sensibilité générale ou spéciale.

Les *douleurs* revêtent elles-mêmes divers caractères. Elles peuvent affecter celui de douleurs fulgurantes, comme dans le tabes (Raymond et Oulmont); plus communément, il s'agit de névralgies qui sont d'habitude très douloureuses, persistantes et tenaces, qui résistent à toutes les médications autres que le régime antidiabétique. Ces névralgies ont les sièges les plus variés (trijumeau, nerfs intercostaux, pneumogastriques); assez souvent, comme l'a montré M. Worms, elles occupent symétriquement de chaque côté du corps les mêmes branches nerveuses : c'est ainsi que la *sciatique double* est l'une des formes les plus typiques de la névralgie diabétique.

L'hyperesthésie n'est pas très commune dans le diabète. On en a cependant rapporté un certain nombre d'exemples. On a vu cette hyperesthésie intéresser tout le côté droit du corps (Trousseau) ; plus souvent elle se limite à certaines régions circonscrites de la peau (Lasègue). Elle se traduit tantôt par des démangeaisons, une impressionnabilité excessive au froid, ou par de l'hyperesthésie douloureuse au contact.

Plus fréquente est l'*anesthésie.* Dans le domaine de la sensibilité générale, elle intéresse la peau d'un membre, ou se dispose sous forme de plaques, à la surface des téguments. On l'a vu plusieurs fois occuper les membres inférieurs (Lecorché), les organes génitaux. Il s'agit tantôt d'anesthésie tactile, tantôt d'analgésie. Elle constitue souvent un phénomène initial et en quelque sorte révélateur du diabète.

Dans le domaine de la sensibilité spéciale, je vous signalerai l'amblyopie, l'hémiopie et la dyschromatopsie, la surdité, qui est plus rare, l'anosmie et la perte du sens du goût (Jordaö, Leudet) qui sont exceptionnelles.

Tous les troubles précédents peuvent se réunir, se combiner de différentes manières. Les diverses lésions de la sensibilité s'associent entre elles ou avec les désordres du mouvement pour constituer les tableaux cliniques les plus étranges en apparence. Cette bizarrerie dans la combinaison des troubles sensitifs et moteurs n'est pas un des traits les moins caractéristiques des accidents nerveux dans le diabète.

Parmi les phénomènes qui relèvent de l'altération des fonctions vaso-motrices, je vous indiquerai divers troubles de la circulation cutanée analogues à ceux qu'on rencontre chez les névropathes ou les hystériques : c'est ainsi que le grattage de la peau avec le tranchant de l'ongle détermine souvent une raie rouge beaucoup plus marquée que chez un individu sain, ou même une sorte d'urticaire. Chez quelques malades la sécrétion sudorale est diminuée, ou au contraire exagérée, soit sur toute l'étendue, soit sur certains points du corps (Kultz, Koch et Nitzelnadel). Peut-être certains faits d'asphyxie locale des extrémités observés *chez* des diabétiques (Raynaud, Magnin) doivent-ils aussi être mis sur le compte du diabète.

Pour clore cette longue liste d'accidents nerveux, j'ai enfin à vous signaler les troubles trophiques divers : mal perforant, atrophies musculaires (Charcot) qui ont été relatées dans quelques observations, et surtout les gangrènes, très communes, vous le savez, et qui relèvent certainement au moins en partie de l'altération des fonctions nerveuses.

Vous le voyez, nombreux sont les troubles d'origine nerveuse chez les diabétiques ; aussi s'étonne-t-on qu'on ait été si longtemps avant de saisir la relation qui relie ces troubles à la glycémie. Quelque vagues, en effet, que soient les notions aujourd'hui acquises relativement au mécanisme instrumental au moyen duquel le diabète engendre de pareilles manifestations, il n'est pas douteux que ces manifestations soient sous la dépendance directe de cette maladie. Le système nerveux est souvent et profondément affecté chez les diabétiques : voilà, si je ne m'abuse, une proposition dont la vérité est aujourd'hui démontrée et désormais à l'abri de contestation.

Aussi comprendrez-vous aisément que les *facultés intellectuelles* ne restent pas intactes au cours d'une maladie qui apporte une pareille perturbation dans les fonctions du cerveau et de la moelle. Elles sont touchées, en effet, au même titre que la motricité et la sensibilité et souvent d'une façon beaucoup plus profonde. Tantôt, vous allez le voir, il s'agit de troubles accidentels, passagers, sans portée sérieuse, tantôt d'une altération plus durable et plus grave des facultés psychiques et affectives ; tantôt enfin d'une suppression brusque, foudroyante quelquefois, de l'activité cérébrale. Et la mort est la conséquence à peu près obligée d'une aussi fâcheuse complication.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Du ralentissement du pouls : asystolie, syncopes.

Par M. E. SONRIER, médecin principal en retraite.

Les affections cardiaques présentent parfois des caractères si effrayants, tels que palpitations, lenteur du pouls, arythmie, vertiges, syncopes, dyspnée, qu'on a bien raison d'en être effrayé. En effet, un cœur qui bat mal, un cœur qui ne bat plus, qui ne met plus en mouvement la machine vivante, mais c'est la vie qui s'arrête, c'est presque la mort qui commence.

D..., cinquante-cinq ans, capitaine en retraite dans les environs de Mirecourt, belle constitution, tempérament mélangé, embonpoint modéré, vient nous consulter le 17 août 1882 pour vertiges et ralentissement du pouls.

Jusqu'alors sa vie a toujours été correcte, aucun excès à signaler qu'un abus immodéré du tabac à fumer, habitude qu'il a quitté en 1882.

Il raconte qu'en 1858, à la suite de fièvres tierces rebelles contractées en Corse, il eut des épistaxis répétées pendant un mois, qui nécessitèrent le tamponnement des fosses nasales et qui furent suivies d'anémie profonde et de palpitations qui durèrent pendant quinze jours.

Dix ans plus tard, douleurs rhumatismales localisées aux épaules. On n'a pas constaté, à cette époque, s'il existait une complication cardiaque.

En 1875, les palpitations reparaissent à la mort de son père, puis son état s'améliore, puis les palpitations reviennent encore en 1880, pendant quinze jours, au mois de mars.

En 1881, nouvelle phase du mal, les palpitations quotidiennes reparaissent bien en janvier, mais cette fois sont immédiatement suivies de ralentissement du pouls qui ne s'accentue définitivement qu'un an après.

Notons qu'à cette époque le capitaine avait constaté lui-même que son pouls battait cinquante-cinq ou soixante fois par minute.

Tels sont les commémoratifs de cette affection qui nous semble assez digne d'intérêt pour figurer à côté de celle qu'a publiée la *Gazette des hôpitaux*, dans son n° 88 du mois d'août dernier.

A notre première visite, nous constatons une matité un peu plus étendue à la région précordiale, léger bruit de souffle au premier temps qui se prolonge sur le deuxième et le voile: le cœur ne bat que trente-deux à trente-cinq fois par minute au repos; mais ce qu'il y a de plus étrange, c'est que le ralentissement augmente encore alors que la marche est précipitée : plus le malade respire vite en montant une côte, plus le pouls retarde; un vrai pouls paradoxal, qui devient intermittent, vertiges, syncopes, durant deux à quatre secondes, puis tout se dissipe et rien, sur le facies, ne trahit une affection aussi grave.

Pilules scammonée, scille et digitale. Vésicatoire au cœur. Diurétique.

26 août. Légère amélioration, n'a plus autant de vertiges, moins d'intermittences, mais le pouls reste lent. Teinture d'iode sur la région précordiale.

Du 7 au 15 septembre, les intermittences ont disparu. Pouls, 35 le matin et 50 le soir, un peu de dyspnée, marche pénible, léger œdème des extrémités inférieures, anémie, débilité. Préparations martiales, teinture de digitale.

Du 11 au 25 octobre. Même irrégularité des bruits du cœur. État général meilleur, moins de dyspnée, n'est plus forcé de s'arrêter en montant la côte.

7 novembre. Trente-deux pulsations en arrivant à mon cabinet, lorsqu'il en avait soixante à son réveil. On supprime la digitale.

17 novembre. Trente-huit pulsations, bruit net dans la systole. Infusion concentrée de café (caféine).

Rien à signaler pendant le mois de décembre.

12 janvier 1883. Depuis huit ou dix jours, les vertiges sont revenus. Obnubilation intellectuelle : syncopes fréquentes et de courte durée. Je l'envoie dans son village.

Il m'écrit qu'il se porte beaucoup mieux; il revient le 31 octobre dernier avec une santé bien améliorée, il peut faire à pied 10 à 12 kilomètres par jour. Les vertiges et syncopes ont disparu, depuis le mois de mars. On ne trouve plus rien d'anomal au cœur. Pouls à 41. Au mois de mars, il ne battait plus que vingt-huit fois par minute; c'est alors, qu'à l'exemple de notre confrère le docteur Sorbets (des Landes), nous avons administré la teinture de noix vomique, mais sans succès; les intermittences et les syncopes ont reparu, et le pouls a oscillé entre 35 et 40. Aussi notre capitaine est-il bien décidé à ne plus rien faire, car depuis qu'il a cessé le traitement, les battements de cœur sont devenus réguliers, il n'a plus de palpitations, l'oppression a disparu, et il se croirait guéri s'il ne constatait encore une grande lenteur du pouls.

Dans cette observation si intéressante, au point de vue de la pathogénie, tout est obscur et énigmatique; l'expression symptomatique, si mobile et si fugace, semble être en contradiction évidente avec les données de la physiologie la plus rationnelle; comment expliquer, en effet, cette lenteur du pouls lorsque, par une marche accélérée, l'irrigation cérébrale sanguine devenue plus abondante, et l'excitation plus active des centres psychologiques, devraient au contraire augmenter le nombre des pulsations. Et ces syncopes qui sont ordinairement produites par ischémie, comment les expliquer alors qu'en vertu du syndrome cérébro-cardiaque, l'afflux sanguin plus rapide devrait au contraire les empêcher? Invoquera-t-on les effets d'inhibition moratoire exercés sur le cœur par le nerf pneumogastrique altéré à son origine bulbaire? ou les influences accélératrices, paralysies du grand sympathique? ou bien, enfin, dans un autre ordre de recherches, avons-nous affaire à une dégénérescence graisseuse du myocarde? à une insuffisance aortique?... Autant de questions que, dans l'état actuel de notre ignorance, nous regrettons de ne pouvoir résoudre pour saisir quelque indication thérapeutique. Souvent le remède qui interroge est le réactif qui décèle la cause du mal qu'il guérit.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 9 février 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

M. MÉGNIN dépose sur le bureau, au nom d'un vétérinaire de province, une note sur un produit de l'accouplement d'une truie avec un sanglier.

Métallothérapie. — M. BURQ fait hommage à la Société d'un rapport fait à l'Académie royale de médecine de Belgique par M. le docteur Victor Desguin, au nom d'une commission composée de MM. Mafoin et Desguin, rapporteur, chargée d'examiner l'ouvrage de M. Burq sur les origines de la métallothérapie. Ce rapport, qui a pour titre : *le Burquisme, métalloscopie et métallothérapie*, se termine par les conclusions suivantes qui ont été adoptées : 1° remercier l'auteur pour l'envoi de son ouvrage; 2° recommander tout spécialement le nom de M. le docteur Burq à la Commission qui sera chargée ultérieurement des présentations des candidats au titre de correspondant étranger.

Le placenta des oiseaux. — M. MATHIAS DUVAL fait une communication sous ce titre : *Étude sur le placenta des oiseaux*, sans se dissimuler ce que ce titre pourra paraître avoir d'étrange. Il rappelle que, dans l'une des séances du mois de mai dernier, il a communiqué à la Société les résultats de recherches qu'il avait faites sur des œufs de petits oiseaux (la fauvette en particulier) pour étudier, grâce à leur transparence, les oscillations rythmiques que l'amnios imprime au corps de l'embryon, recherches qui lui ont permis de constater, entre autres résultats, que ces contractions dues à des fibres musculaires lisses formant la couche fibreuse de l'amnios, sont bien un fait physiologique, représentant une fonction de l'amnios. Il fut frappé, en outre, à cette époque de ce fait que l'albumine, le blanc de l'œuf, n'est que peu à peu résorbée, et qu'à une période assez avancée de l'incubation, il en reste encore une masse notable accumulée à la partie inférieure de l'œuf, vers le pôle non embryonnaire de la vésicule ombilicale, entre cette vésicule et l'allantoïde. En poursuivant ces études sur l'histoire de l'allantoïde à ses diverses évolutions, M. Mathias Duval est arrivé à constater dans les petits œufs l'existence d'une sorte d'appendice qui lui a paru représenter une sorte de placentoïde ou même de véritable placenta dont la fonction consisterait à absorber par l'une de ses faces l'albumine déposée sur les villosités de l'extrémité de l'œuf, par l'autre à respirer. Il y aurait effectivement dans ce placentoïde une surface respiratoire et une surface digestive ou d'absorption. Cet organe marquerait la transition entre l'embryologie des oiseaux et celle des mammifères.

Trichine. — M. POUCHET fait une communication sur les viandes américaines trichinées. Il a recommencé les expériences déjà faites. Vers le milieu de janvier dernier, quatre rats ont été enfermés dans des cages de fer-blanc et nourris avec du pain et des fragments de viande dans lesquels l'examen microscopique avait fait constater l'existence de trichines. Deux autres rats ont été nourris exclusivement avec cette viande seule. On a constaté au début chez ces animaux un peu de diarrhée, seul phénomène morbide observé et qui a même cessé assez promptement. Il y a aujourd'hui près d'un mois que ces expériences ont été commencées et ces animaux paraissent en ce moment en très bonne santé.

M. LABORDE rappelle à cette occasion les expériences de

même genre qu'il a faites avec M. Mathias Duval. Ils ont constaté que les trichines étaient parfois très inégalement réparties, abondantes en certains points, rares ou absentes dans d'autres. Peut-être pourrait-on trouver là l'explication des différences constatées dans les diverses expériences qui ont été faites. J'ai trouvé des trichines sur des cadavres de sujets qui n'en avaient présenté aucun symptôme pendant la vie. Elles peuvent donc passer inaperçues.

M. BERT. On semble oublier que la trichine n'est pas un virus. Quand il s'agit de virus, comme le charbon par exemple, la quantité importe peu. Il n'en est pas de même de la trichine : suivant qu'elle est en grande ou en petite quantité, il y a de très grandes différences dans les résultats.

M. POUCHET. Cette question m'a préoccupé. D'après M. Colin, il faut de très grandes quantités de trichines pour que la contagion se produise. Je suis de son avis; aussi ai-je prolongé longtemps mes expériences faisant prendre de la viande trichinée à mes rats tous les jours.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Cancer pharyngo-laryngien. — M. GOUGUENHEIM présente des pièces anatomiques provenant d'un sujet mort d'un cancer pharyngo-laryngien. Les symptômes présentés par le malade ont été les suivants : obstruction de l'orifice du larynx par la tumeur; quelques accès insignifiants de dyspnée, surtout à l'examen laryngoscopique ; dysphagie très pénible, adénopathie cervicale énorme ; mort dans un accès violent de dyspnée laryngienne.

L'autopsie a permis de constater l'existence d'une tumeur épithéliomateuse du pharynx propagée au larynx et ayant envahi les replis aryténo-épiglottiques dans une partie de leur étendue ; pas d'œdème de ces replis. Le nerf récurrent droit était atrophié et comprimé par une tumeur ganglionnaire située à la partie supérieure de la trachée. Il y avait une adénopathie cervicale considérable.

A l'examen histologique du tissu pathologique qui était d'une dureté pierreuse, on a constaté l'existence de globes épidermiques.

Tuberculose urinaire. — M. FÉRÉOL communique l'observation et les pièces d'un malade qui a succombé à une tuberculose urinaire probablement primitive. Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, d'une assez bonne constitution, mais ayant subi des privations et des fatigues, atteint depuis quatre ans d'une bronchite, n'ayant jamais eu d'hémoptysies, qui, il y a environ un an, fut pris subitement et sans cause appréciable d'une cystite extrêmement douloureuse qui devint très rapidement purulente et que les instillations de nitrate d'argent ne firent qu'exaspérer. Cet homme succomba manifestement à cette cystite. A l'autopsie, on trouva en effet une cystite avec des abcès tuberculeux du côté des uretères, aboutissant à une néphrite tuberculeuse avec cavernes; il y avait des tubercules dans les deux reins. La prostate était également envahie. Il y avait très peu de chose dans les poumons. En présence de ce fait, on est autorisé à se demander s'il ne s'agit pas là d'une tuberculose ayant débuté par les organes urinaires, d'une tuberculose urinaire primitive.

Tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. — M. FERNET lit un travail sur ce sujet. La péritonite tuberculeuse est décrite dans les livres classiques sous deux formes distinctes, l'une chronique et l'autre aiguë. M. Fernet en distingue une troisième, qui diffère des deux formes classiques et qu'il appelle la tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. Il appuie ce travail sur quatre observations.

Trois de ces observations concernent des sujets jeunes encore, ayant présenté des phénomènes de péritonite subaiguë dans le cours de laquelle apparut une pleurésie simple ou double, puis tous les symptômes habituels de la tuberculose. La quatrième observation a trait à une femme de cinquante-sept ans, qui eut d'abord une pleurésie dont elle guérit, puis, six mois après, une péritonite tuberculeuse dont elle put également se relever. Mais elle a, depuis, conservé dans le ventre des indurations tuberculeuses superficielles et profondes parfaitement appréciables.

La règle est que c'est la pleurésie qui est consécutive à la péritonite ; cependant, dans quelques cas, c'est celle-ci qui apparaît primitivement. Avec la conception actuelle de la tuberculose, on peut admettre qu'il se fait une propagation de proche en proche de l'agent infectieux par migration à travers les vaisseaux lymphatiques. Il en serait de même à ce point de vue pour le tuberculose que pour le cancer.

La maladie débute lentement, sourdement, par les symptômes généraux qu'on observe habituellement au début de toutes les affections tuberculeuses. Le pronostic de cette affection, d'après les faits observés par M. Fernet, serait assez généralement favorable et la terminaison souvent heureuse. Toutefois multiples sont les chances de mort : perforation intestinale, phtisie pulmonaire granuleuse ou méningite tuberculeuse.

Le traitement consiste dans l'emploi de révulsifs locaux, tels que la teinture d'iode, les vésicatoires, les pointes de feu ; en cas d'épanchements abondants, la ponction abdominale ou la thoracentèse. Puis il convient de mettre l'organisme dans les meilleures conditions de résistance, à l'aide des toniques, des amers, de l'arsenic, de la suralimentation, de la poudre de viande, du lait et des œufs.

Réflexe cubital dans la dyspepsie gastro-intestinale. — M. TREILLE fait une communication sur l'apparition très fréquente d'un réflexe douloureux cubital dans certains cas de dyspepsie gastro-intestinale ou de diarrhée.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour.

I

AVANT-PROPOS

Et meminisse juvat.

C'est chose assez délicate que d'inscrire soi-même dans le carnet intime de ses pensées le tableau sommaire des divers actes de sa longue vie, de ses pérégrinations, de ses relations scientifiques et autres, des évènements dont on a été témoin, des incidents d'un passé très actif, en un mot de faire son histoire, sa biographie.

En traçant ces lignes très souvent personnelles, je n'ai aucune arrière-pensée de publicité ni avant ni après tombe.

Ce seront de simples documents privés destinés tout au plus aux archives de la famille.

En cherchant à dérouler les phases d'une vie constamment occupée pendant les deux grands tiers d'un siècle, j'éprouve à les écrire une complaisance et une satisfaction qui justifient mon épigraphe en même temps qu'elles deviennent mon excuse et mon dédommagement.

Tout ce qu'à l'âge avancé où je suis j'écris sur ces feuilles n'est point le résultat d'un simple appel à ma mémoire. Depuis soixante ans, j'ai contracté l'habitude de consigner dans des livrets particuliers et parfois dans des volumes compacts les évènements de ma vie au moment même où ils se passaient ; c'est là une chronologie authentique et vivante, une prévision contre l'infidélité des souvenirs, une consécration de l'adage : *Verba volant, scripta*

manent.. Enfin, j'ai obéi à un esprit d'ordre et de classification inspiré et entretenu par mes études d'histoire naturelle. Il est des faits historiques propres à ma cité natale sur la notoriété desquels j'ai dû recourir et au témoignage des vieillards intelligents et mémoratifs et à des documents traditionnels offrant une garantie.

J'ai fait imprimer dans divers recueils de fort nombreux travaux de science, plus de deux cents. On trouvera ailleurs l'indication de mes œuvres dans l'ordre de leur publication.

Je me sens disposé à en augmenter le nombre puisque je ne ressens point encore les glaces de mes quatre-vingts hivers et que je conserve pour les recherches et pour l'étude une ardeur que je ne sens pas décliner.

J'apprécie toute la valeur de ce privilège et j'en remercie Dieu.

J'aime avec une sorte de sensualité à me retremper, à revivre dans les étages chronologiques de mes souvenirs : c'est là une philosophie égoïste, si l'on veut, que la vieille raison comprend et où elle trouve son excuse.

SOUVENIRS D'ENFANCE (1789-95).

Je suis né le 11 avril 1780. J'avais donc neuf ans lorsque débuta la Révolution de 89 qui agita progressivement toutes les conditions, tous les âges de la société. Ce développement de l'opinion politique ne préoccupait pas seulement les hommes mûrs et leurs femmes ; l'esprit de parti électrisa même les enfants si naturellement imitateurs, curieux et impressionnables. J'étais, sous ce rapport, le plus avancé des gamins de la ville, et, pour le dire en deux mots, un polisson fieffé.

Mes classes de latinité souffrirent beaucoup de cette fièvre politique. Les Bénédictins, chez lesquels j'avais commencé mes études (avec dom Marquès), quittèrent bientôt leur riche couvent. Les religieux des trois autres monastères, Jacobins, Capucins et Ursulines, furent aussi forcés d'abandonner leurs résidences. Je n'étudiais guère plus qu'à bâton rompu. Toutes les institutions se détraquèrent de proche en proche. Les évènements du jour, les gazettes de toutes nuances, les publications à son de trompe, les fêtes publiques, les gardes nationales, les folies de toute espèce, un délire de plus en plus effréné, une véritable contagion progressive gagnèrent tous les rangs, entraînèrent à l'envi grands et petits nobles et roturiers, artisans et bourgeois.

Au milieu de cet immense désordre, quoique les prêtres non assermentés fussent non seulement persécutés, mais traqués de toutes parts comme des bêtes fauves, mes frères et moi nous fîmes clandestinement notre première communion avec un prêtre caché chez des paysans de la campagne : nous nous y rendions pendant la nuit.

Les enfants de Saint-Sever n'échappèrent point à l'entraînement politique. Ils formèrent deux camps opposés; j'étais dans le mien un des plus turbulents, des plus hardis, des plus habiles à manier le poing, le bâton, les cailloux. Nous, B..., C... et nos adhérents du peuple, nous luttions avec énergie contre les démocrates; nous avions organisé un corps de garde dans une grande salle du rez-de-chaussée de la maison B... qui donnait dans la rue : nous eûmes diverses rencontres, des engagements sérieux, des espèces d'actions d'éclat, des plaies et des bosses.

De 92 à 93, nous étions en pleine Terreur. Les évènements de cette époque néfaste sont restés d'autant plus profondément gravés dans mes souvenirs, que la tradition s'en est souvent renouvelée par les personnes qui pouvaient dire : *Quæque ipsa miserrima vidi.* Aussi m'est-il facile de dérouler ceux de ces évènements qui se sont passés dans l'enceinte ou dans le rayon de notre cité.

Les habitants de Saint-Sever se sont fait remarquer dans tous les paroxysmes politiques par une excessive exaltation : cela semble tenir au terroir.

Je vais donc exposer pour ainsi dire en courant, et avec un peu du désordre qui caractérisait l'époque, ce que j'ai vu, de mes propres yeux vu. Je suis parfois à me demander si c'est un songe que d'avoir été témoin de faits si insolites, si difficiles à croire.

En 93, la guillotine fut dressée à Saint-Sever, sur la place du Tour du Sol, et, en peu de jours, vingt-deux personnes y furent exécutées. Les représentants du peuple Pinet, Cavaignac et Dartigoyte étaient en ce malheureux temps les proconsuls de la République.

J'ai vu les *repas républicains ;* chaque famille était obligée de dîner en plein air, devant la porte de sa maison. On était tenu de ne point faire bonne chère pour ne pas insulter à la misère publique. Ces repas n'eurent lieu qu'une seule fois.

Les grands repas dits *repas civiques* eurent lieu à diverses reprises sur la promenade publique de Morlanne, lorsque la nouvelle de quelque grande victoire ou d'un évènement de la capitale retentissait dans nos murs; chaque citoyen apportait son modeste dîner, et le déposait sur de longues tables grossières dressées à cet effet. J'ai assisté comme gamin à trois ou quatre de ces repas civiques. Les braillards populaciers se faisaient les maîtres des banquets.

Les Dimanches furent destitués et remplacés par les *décadis;* on substitua à la semaine le nom de *décade,* aux jours de la semaine ceux de *primidi, duodi, tridi,* etc., et aux mois les noms *germinal, prairial, floréal, messidor, thermidor, fructidor, vendémiaire, brumaire, frimaire, nivôse, pluviôse, ventôse,* puis cinq jours complémentaires appelés les *sans-culottides.* Ces mois républicains qui durèrent plusieurs années, même après le règne de la Terreur, avaient une signification qui s'adaptait assez aux conditions météorologiques de nos contrées; ce fut dix ans plus tard, à l'avènement de l'Empire, que le calendrier grégorien fut restitué à la place du calendrier républicain.

Tous les citoyens assistaient à la célébration solennelle des *décadis,* les uns par peur, les autres par curiosité, fort peu par conviction.

Un prêtre *jureur* officiait. L'église paroissiale s'appelait alors le *Temple à l'Être suprême.* J'ai vu en 93 sur le fronton de la grande porte cette inscription : « Le peuple français croit à l'Être suprême et à l'immortalité de l'âme », idée tombée politiquement de la bouche du fameux conventionnel Robespierre.

Malgré cela, on institua des *Déesses de la Liberté;* on les promenait dans la ville sur le pavois triomphal, coiffées du bonnet phrygien, précédées de la musique, entourées de la foule de tous les sexes, de tous les âges, des enfants surtout, dans le nombre desquels je comptais toujours. Après cette procession républicaine, qui, partant du Tour du Sol, suivait la rue Neuve et faisait une halte sur la place de la Liberté en face de l'arbre de ce nom, la déesse rentrait dans le temple et y était exposée aux regards avides de ses rares croyants simulant une sorte d'adoration. Alors un chœur de bruyantes voix entonnait l'hymne de la *Marseillaise* et on fléchissait le genou au verset *Amour sacré de la patrie.*

Les déesses de la Liberté étaient choisies parmi les jeunes demoiselles jolies ou robustes de tous les rangs. Elles n'auraient point osé décliner cet insigne honneur sans encourir le blâme sévère des municipaux républicains et sans s'exposer à toutes les avanies de la part du peuple souverain. Je pourrais citer les noms des citoyennes de Saint-Sever qui ont figuré dans les solennités du décadi. Tout cela est de la véritable histoire, ce sont des faits authentiques, j'ai vu, j'ai entendu, j'ai participé.

On substitua aux saints de l'almanach les noms des apôtres de la liberté ou ceux du calendrier républicain ; je connais encore à Saint-Sever deux femmes nées à cette époque néfaste dont l'une s'appelle *Thermidore*, l'autre *Messidore ;* celle-ci eut pour parrain le représentant Cavaignac, qui était alors dans nos murs.

Le nom de Montadour fut substitué à celui de Saint-Sever, attendu que tous les saints étaient supprimés ; *citoyen* et *citoyenne* remplacèrent *monsieur* et *madame ;* le *tu* devint à la mode et de rigueur sans considération d'âge ni de sexe. Les fêtes à la Jeunesse, à la Vieillesse, à la Raison, à l'Agriculture sont célébrées le décadi au temple de l'Être suprême ; les chants patriotiques, hurlés de jour et de nuit dans tous les quartiers ; les *farandoles* à toutes les victoires, à tous les évènements qu'enfantait la République. A la réception d'une nouvelle politique de Paris ou d'un *bulletin* de

l'armée, on sonnait le tocsin, la foule se rendait à la maison commune pour en entendre la lecture ; on sortait de là dans une exaltation et avec des vociférations qui retentissaient partout.

Le chapeau avait cédé la place au *bonnet rouge* dont la forme fut variable. La *cocarde tricolore* était de rigueur pour les hommes, les femmes, les enfants, sous peine d'être *suspect*. Les *girouettes* étaient renversées, les *fleurs de lys* arrachées comme signe de féodalité : nécessité, devoir pour tout citoyen d'assister quotidiennement le soir au *Club de la Société populaire* qui se tenait à l'ancien réfectoire des moines, aujourd'hui la salle de théâtre. Il y avait toujours concours prodigieux du peuple ; la séance s'ouvrait par la *Marseillaise* et souvent par la lecture bien accentuée du journal le *Père Duchêne* débutant par des f... et des b... Un honorable citoyen, qui n'était rien moins que républicain, mais qui tenait à le paraître, était chargé de lire cet évangile du jour ; les orateurs plébéiens avaient toujours des dénonciations à faire, des conspirations à révéler ; en descendant de la tribune aux harangues, ils venaient recevoir l'*accolade fraternelle* aux incessantes acclamations des frères et amis. Les cris redoublés de « Vive la république ! vive la Montagne ! vivent les Sans-culottes ! à bas les aristocrates ! » se répétaient au dedans et au dehors. On réservait pour la clôture de la séance le verset : *Amour sacré de la patrie*.

Des séances spéciales étaient consacrées à l'examen du *Tableau de la vie politique* des citoyens pour justifier de leur patriotisme. On ne saurait se faire une idée des absurdités empilées qui se débitaient dans ces contrôles : heureusement, là discussion finissait souvent par une facétie.

Il fut un temps où les *dons patriotiques* pour la prétendue descente en Angleterre se faisaient en pleine séance du club ; l'argent et les bijoux étaient déposés, mais disparaissaient dans les mains des représentants du peuple souverain.

La taxe du pain et de la méture (pain de maïs) à 4 onces par personne eut lieu pendant une quinzaine de jours.

Les *assignats* ou papier-monnaie demeurèrent en circulation active pendant deux ans environ ; les écus et les louis d'or étaient proscrits. La vente des biens nationaux (émigrés et clergé) coïncida avec l'époque de la dépréciation des assignats dans le commerce tandis que le gouvernement en maintenait la valeur légale ; on achetait alors pour cent francs en argent deux et trois mille francs en assignats ; aussi fit-on de bonnes affaires dans toutes les classes de la société. Je me rappelle fort bien qu'un citoyen put vendre une paire de bœufs pour vingt mille francs en assignats et acheter une grande métairie d'émigré qui, récemment, a été payée quarante-cinq mille francs.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

45. M. FOURNIER (Henri-Charles). Étude sur les perforations de la cloison interventriculaire dans l'endocardite ulcéreuse. — 46. M. CHANTEMESSE. Étude sur la méningite tuberculeuse. — 47. M. SCHMITT. De la phlébite rhumatismale. — 48. M. de GENNES. Étude clinique expérimentale sur l'acétonémie. — 49. M. GOUTTIÈRE-CACHERA. Des pleurésies cloisonnées. — 50. M. THUVIEN. Contribution à l'étude clinique des adhérences pleurales. — 51. M. DE BRUN. Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens. — 52. M. PETITOT. De l'intervention chirurgicale dans les cas de tuberculoses externes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 février 1884, M. le docteur Vidal, médecin en chef de l'hospice d'Hyères, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Legendre. Ce jeune confrère, — il n'avait que vingt-sept ans, — ancien externe, lauréat des hôpitaux, avait passé en décembre dernier une thèse remarquable sur les anévrysmes spontanés de l'aorte descendante.

Une fièvre typhoïde l'a enlevé en douze jours à son malheureux père qui l'avait vu, il y a trois semaines, s'installer près de lui à Bléneau.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Par décision spéciale de la commission scolaire, les consignations pour les examens, dont la désignation suit, seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

1° Ancien régime d'études : *a.* pour le premier examen de doctorat jusqu'au mardi 8 avril 1884 inclusivement ; *b.* pour le deuxième examen de doctorat jusqu'au mardi 22 avril 1884 inclusivement.

2° Nouveau régime d'études : *a.* pour le deuxième examen de doctorat, première partie, jusqu'au mardi 8 avril 1884 inclusivement ; *b.* pour le troisième examen de doctorat, première partie, jusqu'au mardi 22 avril inclusivement.

3° Pour le troisième examen de doctorat, *a.* ancien régime et *b.* nouveau régime, deuxième partie, jusqu'au mardi 27 mai inclusivement ; pour le quatrième examen de doctorat (ancien et nouveau régime), jusqu'au mardi 10 juin inclusivement ; pour le cinquième examen de doctorat (ancien et nouveau régime), jusqu'au mardi 24 juin inclusivement ; pour le troisième examen d'officiat et les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 24 juin inclusivement ; enfin, pour les thèses, jusqu'au mardi 15 juillet inclusivement.

4° Les élèves ajournés après le 15 juin 1884 à un examen quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

5° Passé le 15 juillet 1884, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

6° Les étudiants inscrits pour subir leurs examens seront placés en séries d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser *par écrit la demande à M. le Doyen de la Faculté.*

— M. le docteur Gache est nommé membre du Conseil départemental de l'instruction publique de l'Isère.

— *Faculté des sciences de Paris.* — MM. Duter et Mangin, docteurs ès sciences, sont nommés maîtres de conférence.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Huet, docteur ès sciences, est nommé maître des conférences de zoologie.

— *Faculté des sciences de Marseille.* — M. Gourret (Paul), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Vayssière.

M. Vayssière, docteur ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques, chargé des conférences d'anatomie au laboratoire de zoologie marine, annexé à ladite Faculté (emploi nouveau).

— *Hôpital civil de Mustapha.* — Sont nommés : internes en médecine, MM. Pellerin, Combes, Chalancon et Renault. — Internes provisoires, MM. Gèghre et Fourchault. — Externes, MM. Labbé, Poncin, Castelli, Hanoune, Vo-Levan, Fassina, Cluzel et Kadda-ould-Morsly.

— *Hospices civils de Saint-Étienne.* — Le lundi 30 juin 1884, un concours public pour deux places de médecin sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le concours durera cinq jours et se composera de cinq épreuves. — Les médecins nommés à la suite de ce concours entreront en exercice le 1er août 1884. Leur traitement sera de 1,500 francs par an. La durée des fonctions est fixée à vingt ans.

S'adresser pour les conditions particulières au secrétariat des hospices, à Saint-Étienne (Loire), rue Valbenoîte, 40.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La dixième livraison est sous presse. — Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Clinique médicale. Tome III. *Traité théorique et pratique de la fièvre typhoïde ou dothiénentérique*, par Noël Gueneau de Mussy, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-8°. — Prix : 13 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale, par le docteur Sauton. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'influence de l'eau potable sur la santé publique, ou recherches sur l'hygiène, par le docteur H. Michel. 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15747.

N° 19. — JEUDI 14 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 14 FÉVRIER 1884. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Infection purulente. — HÔPITAL MILITAIRE DE TÉBESSA. Contribution à l'étude du pneumothorax tuberculeux. — THÉRAPEUTIQUE. De l'extrait de stigmates de maïs dans les maladies du cœur. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. le professeur Bouchard vient de lire un mémoire dont l'importance pratique n'échappera à personne en un moment où la mode s'établit de faire le plus large abus de la méthode hypodermique.

Les injections sous-cutanées à l'aide d'une seringue de Pravaz mènent à de terribles inconnues. Si l'on fait usage du chloroforme, par exemple, même à doses extrêmement petites, mais répétées plusieurs jours de suite, la mort peut survenir, tardive, inopinée, inexplicable même à l'autopsie, mais ne manquant jamais chez les animaux qu'on soumet à ces expériences. Or, par la méthode des inhalations, par l'estomac, de toute autre manière, on peut faire absorber à des animaux de même espèce sans qu'ils en meurent, des quantités beaucoup plus grandes de chloroforme, renouvelées beaucoup plus souvent.

Les recherches de M. Bouchard, poursuivies depuis l'année 1876, ne sont pas isolées. M. Colin, d'Alfort, a fait de son côté des expériences analogues avec le chloral, et, ainsi qu'il l'a raconté précédemment à l'Académie, il a vu pareillement les animaux restés parfaitement portants en apparence à la suite de l'introduction de cette substance sous la peau mourir subitement au bout de quelques heures.

Et il paraît que ce ne sont pas là les seules substances médicamenteuses qui, par un mécanisme encore mystérieux, puissent amener la mort quand on en fait usage par la méthode sous-cutanée. Les praticiens doivent se le tenir pour dit et se montrer désormais extrêmement réservés dans l'emploi de cette méthode.

La loi de 1838 sur les aliénés n'a pas trouvé jusqu'à présent un seul adversaire dans l'Académie. C'est pour la défendre, au moins en principe, que les médecins aliénistes se succèdent à la tribune. Ils ne consentent qu'à regret, et à titre de transaction, à ce qu'on y apporte sur quelques points des modifications légères pour ne pas se heurter de front à un mouvement actuel de l'opinion publique ; et ils tiennent à établir que ce mouvement n'a pas de sérieuses raisons d'être. M. Luys surtout s'est exprimé dans ce sens avec la plus grande énergie. Il a insisté vivement sur l'incompétence absolue des magistrats et administrateurs qu'on voudrait substituer aux médecins comme juges de toutes les questions d'aliénation mentale. D'ailleurs, suivant lui, certains fous interrogés par le magistrat, pourront simuler la raison pendant sa visite, de même que des hommes raisonnables peuvent simuler la folie quand ils y trouvent leur intérêt. Ce mot, qui a eu du succès, renferme une grande vérité sous son apparence paradoxale. Il est des formes de délire auxquelles les malades s'abandonnent en en ayant conscience, et qu'ils peuvent encore maîtriser pour quelque temps, dans certaines circonstances, par un effort raisonné et puissant. Ce sont des problèmes bien délicats, bien attachants pour le penseur que ces états intermédiaires entre l'aliénation complète et les entraînements passionnels de l'homme doué de toute sa raison avec les idées vraiment délirantes, et les impulsions automatiques que la passion surexcitée provoque. Il se rencontre des théoriciens qui veulent ranger parmi les aliénés tous ceux qui, sous l'empire d'une idée dominante, d'une appétition déraisonnable, ont cessé un instant d'être maîtres d'eux-mêmes ; et si l'on admet des folies larvées, qui ne cessent pas d'exister, mais qu'un effort de volonté à l'occasion domine et dissimule, il est bien à craindre que les asiles, quelque grands qu'ils soient, ne soient trop étroits pour les fous de ces dernières catégories.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Infection purulente.

(Leçon recueillie par M. DEMOULIN, interne du service.)

L'infection purulente classique telle qu'on la connaissait jadis reparaît dans nos hôpitaux. J'en ai observé l'année dernière cinq cas, dont trois à la suite d'amputations dans la continuité des os, deux dans le cours de suppurations chroniques. Il y avait environ neuf ans que je n'en avais pas vu, sauf dans un cas de castration et dans un cas d'amputation sous-astragalienne, et cependant je n'ai rien changé à mes pansements. D'où vient cette nouveauté? Je n'hésite pas à le dire, aux conditions physiques et morales de la population parisienne : par le temps qui court, un pareil langage vous étonnera peut-être. Aujourd'hui tout est subordonné à un système, le système de la septicémie contagieuse de l'empoisonnement des tissus et des organes par des microbes, l'influence des saisons et du milieu n'est plus rien ; l'influence de la pensée sur la matière, de l'esprit sur

le corps, tout cela est aujourd'hui traité de vieilleries. Eh bien, messieurs, je réagirai ici une fois de plus contre les adorateurs des nouvelles idoles et je vous dirai, en appliquant un mot célèbre, qu'on nous fasse une politique sensée qui assure la marche des affaires, et la chirurgie aura le maximum des résultats heureux.

Aujourd'hui les affaires vont mal, les marchands de vins seuls sont à peu près dans la prospérité. Les ouvriers travaillent peu dans les temps où ils ne font pas de grèves, ils mangent mal, des chimères politiques et des haines sociales aigrissent les esprits et, quand vient la maladie, le ressort moral manque. Il y a une misère physiologique morale comme il y a une misère physiologique physique ! et la première n'est pas moins dangereuse que la seconde. Ajoutez à cela une année dont les saisons irrégulières ne sont ni des étés ni des hivers et vous comprendrez que la santé générale de Paris a toutes sortes de raisons pour être mauvaise.

On dira qu'il y a eu des hôpitaux où les accidents ont été moins graves, où il y a eu moins de morts, mais il faut faire la part du milieu et du public qui fréquente les hôpitaux. J'ai eu cette année des campagnards qui ont supporté des opérations auxquelles n'ont pas résisté les Parisiens, quoique ayant été pansés et soignés de la même façon.

Je ne serais pas aussi affirmatif si des chirurgiens n'avaient pas parlé dans le même sens. Larrey n'a-t-il pas dit que les blessés d'une armée vaincue mouraient plus que les blessés d'une armée victorieuse. De 1871 à 1874 j'ai vu le même état de la santé générale de Paris que j'observe aujourd'hui. C'était une autre cause qui l'avait altérée : les ouvriers qui avaient été à Paris pendant le siège, ceux qui avaient vécu sur les pontons, à la suite de la Commune, mouraient d'infection purulente, tandis que les provinciaux résistaient. Cette influence des souffrances physiques et morales s'était fait sentir ainsi pendant trois années.

Il y aura toujours des exceptions à toutes les règles parce qu'un malade ne ressemble point à un autre, c'est ainsi que tel provincial a moins résisté qu'un Parisien, mais cela tient à ce qu'il faut considérer aussi les conditions individuelles de chacun : un provincial tuberculeux que l'on opère résistera moins qu'un Parisien jeune et vigoureux et ayant un bon moral. A blessure égale, un enfant guérit mieux qu'un adulte. Ces vérités sont banales.

Ce n'est pas seulement l'infection purulente qui s'est montrée de nouveau, ce sont aussi les complications inflammatoires des plaies. J'ai vu des adénites, qu'une seule incision guérit d'ordinaire, exiger des débridements; des adénites se sont montrées au voisinage de plaies régulièrement traitées et qui jamais ne m'avaient présenté cette complication. Les plaies aussi ont été plus longues à se cicatriser ; enfin j'ai vu cette année une angioleucite qui a compliqué, un eczéma des mains.

Enfin, dans cet hôpital, dans un service de médecine, M. Cuffer voit une infection purulente sans plaie. Nous avons perdu un de nos internes de diphtérite ; la salle d'accouchements, où cependant tout est à l'acide phénique, a été fermée par suite de nombreux cas de diphtérite.

Combien de temps durera cette mauvaise disposition ? On ne saurait le dire. Aussi vais-je prendre mes précautions et je reviendrai sur ce sujet à propos d'une malade que nous devons opérer d'un énorme sarcome de la région mammaire.

Voici l'histoire du dernier malade mort d'infection purulente :

Joseph B..., trente-trois ans, camionneur, couché au n° 9 de notre salle Saint-Jean, était entré à la Charité le 14 décembre 1883, pour une fracture comminutive de la partie inférieure de la jambe, compliquée de contusion grave des muscles de ce segment du membre inférieur et de ceux de la cuisse. Un tonneau plein avait écrasé sa jambe.

L'artère tibiale antérieure avait été rompue, une grande quantité de sang avait été perdue ; le membre était froid et ne pouvait être conservé.

L'amputation jugée nécessaire fut faite dès l'entrée du malade à l'hôpital, c'est-à-dire le 14 décembre. Elle fut pratiquée aussi loin que possible de la blessure, au tiers inférieur de la cuisse. Il y avait, en effet, je le répète, des contusions graves, de nombreuses ecchymoses remontant au delà du creux poplité, sans quoi on aurait pu faire l'amputation en haut de la jambe au lieu d'élection.

Cet homme avait été blessé en état complet d'ivresse, l'accident ne l'avait point dégrisé, de sorte que je pus l'amputer sans chloroforme et qu'il ne sentit rien.

Les muscles eux-mêmes présentaient des ecchymoses interstitielles dues à des contractions trop énergiques des fibres musculaires, contractions qui se produisent généralement à l'occasion du traumatisme et amènent la rupture de ces fibres.

Vingt-quatre après l'amputation, la plaie suppurait déjà, la température s'élevait à 40 degrés. La suppuration s'étendait les jours suivants.

Cependant, malgré cette complication, la fièvre était modérée, le malade oscillait entre 38°,5 le matin et 39° le soir, le malade se nourrissait bien ; l'état général était satisfaisant.

Malgré tout, j'avais de sérieuses craintes à son sujet ; car, jusqu'au vingt-deuxième jour, les malades sont exposés à l'infection purulente.

Le dix-septième jour après l'amputation, c'est-à-dire le 30 décembre, le jour de la visite, le malade est pris de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, et, dans la nuit, d'un frisson léger qui dure de dix à quinze minutes.

L'infection purulente a eu ici une marche insolite, au lieu de débuter par un bien-être apparent, comme c'est la règle, et de voir survenir, vingt-quatre heures après, un frisson très prononcé ; le vomissement a été le premier symptôme de la complication. L'anorexie la plus complète est survenue, le malade a refusé tout aliment.

La marche de l'affection a donc été celle-ci : Vomissement, perte de l'appétit, petits frissons peu intenses ; elle a été la même dans les quatre autres cas que j'ai observés cette année.

Quant à la marche de la température, elle a été typique : à partir du début de l'infection, les grandes oscillations de la température n'ont pas fait défaut.

Dans les quelques jours qui ont suivi le premier vomissement, le moignon a maigri, l'état général du malade est devenu mauvais.

Le vingt-deuxième jour après l'amputation, la plaie était blafarde, les bourgeons charnus petits, le pus mal lié, sanieux, en petite quantité ; ces phénomènes rentrent bien dans la règle.

Le 6 janvier, la plaie est dans le même état ; la suppuration tarie.

La mort est arrivée le 7 janvier, à dix heures du matin, après délire peu intense.

Tout le temps qu'a duré l'infection, le malade n'a point

toussé, n'a accusé aucune gêne thoracique; tout au plus se plaignait-il d'une légère douleur quand on pressait l'hypocondre droit.

L'autopsie faite ce matin 8 janvier, et dont vous avez les résultats sous les yeux, a révélé l'existence de trois abcès métastatiques dans le lobe moyen du poumon droit et de deux autres dans le lobe inférieur du poumon gauche. Ces abcès étaient sous-pleuraux et siégeaient à la partie postérieure du poumon. Vous pouvez constater de plus à droite l'existence d'une pleurésie purulente limitée avec fausses membranes.

Le foie est gros et gras, son hypertrophie avait été constatée pendant la vie.

Les reins sont gras, de même que le cœur, mais on ne trouve pas d'abcès métastatiques dans ces organes.

Le cerveau est absolument sain.

La plaie était bien réunie, mais sous la peau étaient des muscles noirâtres nageant au milieu d'un pus sanieux.

Il y avait de plus de l'ostéomyélite dans le fémur.

Quelle est donc la cause de l'infection purulente? Il est de mode aujourd'hui de dire qu'elle est due à des germes extérieurs.

Nélaton, dans le premier volume de son Traité de pathologie, où vous devrez relire l'infection purulente, où elle est admirablement décrite, admet, avec Bérard, que « la phlébite est une cause puissante de diathèse purulente, mais, dit-il, nous ne craignons pas d'avouer que le mode d'action de cette cause nous est encore inconnu. »

Cependant la doctrine de la phlébite doit l'emporter sur les autres. Ce n'est pas à la phlébite de la veine principale du membre qu'est due l'infection, vous pouvez voir ici que la veine fémorale est absolument saine, mais c'est à la phlébite capillaire qui siège surtout dans les os; ce qui nous explique la fréquence de l'infection purulente dans les opérations qui portent sur le squelette, fait du reste bien constaté par Cruveilhier auquel appartient la doctrine de la phlébite capillaire. En réalité, des embolies capillaires vont aux poumons et sont le point de départ des abcès métastatiques : MM. Coze et Feltz les ont observés. Cette théorie est justifiée par les cas d'infection purulente chez ceux qui ont une inflammation osseuse et n'ont pas de plaie et chez lesquels on ne saurait incriminer l'introduction des germes extérieurs.

Parmi les causes occasionnelles qui favorisent l'apparition de l'infection purulente, il en est plusieurs sur lesquelles on n'a pas assez insisté : les impressions morales, les refroidissements et un purgatif intempestif.

Pendant la guerre, j'ai vu souvent la mort d'un camarade, d'un *pays*, frapper un soldat qui a été pris d'un frisson prélude de l'infection purulente, immédiatement après l'émotion morale. La visite inattendue d'un père, d'une mère a été suivie du même accident.

Pour ce qui est du refroidissement, la théorie de l'infection purulente que j'ai adoptée suffirait pour justifier l'action du refroidissement. Vous savez que MM. Coze et Feltz ont montré des embolies capillaires dans les poumons des blessés; ces embolies ressemblent en petit à ces hémorragies pulmonaires localisées au voisinage d'une fracture de côte, et l'on sait qu'un refroidissement cause alors la pneumonie au point vascularisé du poumon.

J'ai eu plusieurs fois un refroidissement perçu par le malade précéder de quelques heures l'apparition du premier frisson de l'infection purulente.

Enfin le purgatif qui exerce une perturbation dans les fonctions m'a paru deux fois au moins être comme la goutte d'eau qui fait déborder le vase, la cause occasionnelle de l'apparition des premiers symptômes de l'infection purulente, le jour même où le purgatif avait été donné.

Pour ce qui est de notre malade alcoolique, encore jeune et dont les viscères, sauf les reins qui sont un peu chargés de graisse, ne présentaient pas les caractères de la diathèse alcoolique, j'attribue la disposition à l'infection purulente à l'état de la santé parisienne et la cause occasionnelle me paraît être une impression morale. C'est, en effet, peu après la visite de sa femme, le dimanche 30 décembre, que les premiers symptômes ont apparu. Une dispute a-t-elle existé, sur question d'affaire ou d'intérieur, je n'ai pu l'approfondir; mais je suppose l'une ou l'autre.

HOPITAL MILITAIRE DE TÉBESSA. — M. MOTY.

Contribution à l'étude du pneumothorax tuberculeux.

I

L'attention du public médical a été récemment appelée sur les formes anomales du pneumothorax tuberculeux et sur les conséquences variables de cette complication : l'observation suivante montre la question sous un nouveau jour et présente un grand intérêt au point de vue du diagnostic, de l'intervention chirurgicale et de l'anatomie pathologique.

Le nommé S..., âgé de vingt-deux ans, soldat au 34e de ligne, entré à l'hôpital militaire de Tébessa le 15 septembre 1883. D'après les renseignements qu'a bien voulu nous donner le médecin-major Levesque, il toussait depuis six mois, mais il avait continué son service sans interruption, lorsqu'il y a deux jours il fut réveillé par une douleur vive dans le côté droit de la poitrine avec oppression; la douleur diminua peu à peu et devint supportable après vingt-quatre heures, mais, l'oppression persistant, il dut se présenter à la visite et fut envoyé d'urgence à l'hôpital.

Il entre en cet état et voici les résultats de notre examen : langue nette, fonctions digestives à peu près normales; pommettes saillantes colorées, un peu amaigries, légère teinte cyanique des lèvres. Température + 40°, pouls rapide et petit.

Du côté de la poitrine, augmentation de sonorité à la percussion, élargissement des espaces intercostaux et dilatation totale du côté droit du thorax. Souffle amphorique à l'expiration.

L'exagération de sonorité occupe toute l'étendue de la partie malade de la poitrine, les bruits respiratoires ne s'étendent en aucun point, l'égophonie fait défaut, mais la voix retentit avec le timbre amphorique. L'absence de matité à la base écarte tout soupçon d'épanchement; le diagnostic du pneumothorax résultant de perforation pulmonaire est établi, mais la cause de la perforation reste à déterminer.

Le sommet gauche, ausculté avec soin, ne révèle qu'un renforcement des bruits respiratoires, correspondant au surcroît de travail du poumon gauche, sans rudesse, sans craquements et même sans râles de bronchites. Pour en finir avec les symptômes, signalons de nombreuses pétéchies circulaires très petites sur la poitrine, l'abdomen et la face interne des membres; ces pétéchies, qui ont l'aspect d'un purpura miliaire, et qui sont dues très certainement à des embolies capillaires formées par les déchets sanguins, sont un des signes de l'intoxication paludéenne à sa première période. On les rencontre surtout en automne, à l'époque où, les nuits devenant fraîches, les fonctions cutanées subissent un ralentissement prononcé.

En résumé, nous étions en présence d'un pneumothorax récent,

sans réaction inflammatoire vive du côté de la plèvre, et résultant d'une lésion pulmonaire dont rien ne permettait de préciser la nature ; la fièvre paludéenne compliquait l'affection. Le diagnostic était donc incomplet.

Traitement. — La quinine est administrée en débutant par 1gr,50 en pilules de 10 centigrammes, à raison de deux pilules par heure; une cuirasse de Vigo et un bandage de corps immobilisent la poitrine.

21 *septembre.* — La fièvre est tombée en décroissant régulièrement; toute douleur a disparu, et il ne reste qu'un peu d'oppression; le malade se lève un peu. La toux, combattue par l'opium et la noix vomique, cède peu à peu, mais rien ne vient jeter un nouveau jour sur la nature de la maladie.

26 *septembre.* — Les choses restaient dans le même état : expectoration peu abondante et pneumothorax invariable, le malade ne souffrait presque plus, quand tout à coup, vers huit heures du soir, étant sorti de son lit pour aller sur la chaise, il se sent défaillir. M. le docteur Pailloz, appelé aussitôt, le trouve dans un état grave : pouls imperceptible, respiration râlante et de plus en plus rare. Il applique des sinapismes et me fait mander. Je crus d'abord la situation désespérée ; puis, dans la pensée qu'il y avait congestion pulmonaire, compensatrice à gauche, je tentai de faire une saignée; elle ne donna que quelques gouttes de sang en raison de l'arrêt presque complet de la circulation. Me rappelant alors que le souffle amphorique du côté droit se produisait uniquement à l'expiration, je pensai que peut-être il y avait dans la perforation pulmonaire une disposition en soupape occasionnant l'accumulation d'air dans la plèvre et la compression de tous les organes thoraciques et, poursuivant la vérification de cette idée, je constatai en effet que le soulèvement des espaces intercostaux et l'élargissement de toute la moitié droite du thorax avaient augmenté; la percussion donnait un son tympanique sourd indiquant un haut degré de pression dans la cavité.

Cependant le malade, qui n'avait pas repris connaissance, semblait sur le point d'expirer ; le pouls avait totalement disparu, il n'y avait plus qu'une respiration râlante et convulsive toutes les huit secondes. Je pris donc, sans hésiter, un trocart de 4 millimètres de diamètre, convenablement nettoyé et rendu aseptique, et l'enfonçai dans le neuvième espace, immédiatement au-dessus du bord supérieur de la dixième côte et dans la ligne axillaire. L'air s'échappa aussitôt pendant quinze à vingt secondes et le thorax s'affaissa sensiblement; je retirai la canule qui, après l'évacuation de l'air, était arrivée au contact du diaphragme; je comprimai un instant la petite plaie de ponction et j'observai le malade. La respiration parut devenir un peu plus fréquente, mais il n'y eut pas d'amélioration décisive. Pendant que l'air recommençait à s'accumuler dans la poitrine, j'enfonçai de nouveau le trocart un peu plus en avant et dans le huitième espace. Il sortit encore de l'air à une certaine pression pendant dix à quinze secondes, puis les mouvements respiratoires qui se régularisaient de plus en plus déterminèrent des alternatives d'entrée et de sortie de l'air à travers la canule. Il était dix heures du soir; il fallait prendre une décision définitive; plaçant alors le doigt sur l'orifice de la canule, j'attendis un instant, puis je l'enlevai brusquement et cette fois encore un jet d'air comprimé démontra que l'accumulation dans la cavité pleurale continuait à se faire ; quelques gouttes de sérosité rougeâtre étaient sorties en dernier lieu par la canule : munissant donc le pavillon de celle-ci d'une toile imperméable et d'une pièce de gaze phéniquée bien exprimée de manière à permettre à l'air de sortir de la poitrine et non d'y entrer, nous fixâmes le tout par une couche de ouate et un bandage de corps et nous laissâmes un instant le malade.

Revenus vingt minutes après, nous constatâmes, M. Pailloz et moi, que la respiration se faisait assez facilement et avait repris sa régularité; le pouls avait reparu, le malade était revenu à lui sans avoir conscience de ce qui s'était passé; aucune intervention immédiate n'était plus nécessaire.

Le lendemain, la température, à 37°,4 avant l'accident, monta à 39° et oscilla irrégulièrement entre ces deux limites jusqu'au 2 octobre; à cette époque, un peu de liquide séro-fibrineux commença à s'écouler au-dessous du pansement quand le malade se levait.

Un certain doute continuait à planer sur le diagnostic; l'absence de quinte de toux, d'expectoration et de phénomènes cutanés au début ainsi que l'état de vacuité de la plèvre au moment de la ponction rendaient bien improbable l'hypothèse d'un kyste hydatique du poumon ; d'autre part, les phénomènes stéthoscopiques tout à fait normaux au sommet gauche semblaient écarter l'idée de tuberculose en faveur de laquelle parlaient l'irrégularité de la température et l'amaigrissement du malade : le pouls restait rapide et petit. On chercha inutilement à fixer le diagnostic par l'examen des crachats, peu abondants d'ailleurs, qui fournit les résultats suivants : globules muqueux, globules de pus, granulations graisseuses abondantes, pas de fibres élastiques; une trichomonade, bactéries et vibrions mobiles de formes banales ; aucune trace de celle qu'a décrite Koch.

THÉRAPEUTIQUE

De l'extrait de stigmates de maïs dans les maladies du cœur.

Par le docteur Henri Dupont.

A l'époque où parurent les communications sur l'emploi du muguet (convallaria maialis) dans les maladies du cœur, m'inspirant d'un article du docteur Landrieu, médecin des hôpitaux, j'avais déjà commencé une série d'expériences sur l'extrait des stigmates du maïs dans les mêmes affections.

Le moment se trouvait mal choisi pour en publier les résultats, encore incomplets d'ailleurs, et je n'étais pas non plus fâché de les comparer avec ceux que pourrait me donner le muguet.

Aujourd'hui, trois années se sont écoulées; j'ai eu d'assez nombreuses occasions d'employer concurremment la digitale, le muguet et l'extrait de maïs, et je pourrai plus utilement encore faire connaître mon appréciation.

Trois faits saillants me paraissent tout d'abord devoir attirer l'attention sur l'extrait de maïs :

L'action diurétique, la régularisation et le ralentissement des battements du cœur et du pouls, la tolérance.

L'action diurétique se manifeste presque toujours dès le début. Elle va le plus souvent en augmentant jusqu'au troisième ou quatrième jour, et il n'est pas rare de voir les urines monter de 500 à 1,500 ou 2,500 grammes. Aussi est-ce dans les affections cardiaques avec œdème des membres inférieurs ou hydropisie générale, que l'effet de l'extrait de stigmates de maïs apparaît le plus rapidement et le plus clairement.

En même temps que diminuent, et souvent pour disparaître tout à fait, l'œdème ou l'anasarque, on voit la tension artérielle augmenter et la tension veineuse diminuer. Le pouls et les battements du cœur se ralentissent et se régularisent, et l'état général se modifie de la façon la plus favorable. Une chose, en outre, qui m'a frappé, c'est la sensation de calme et de bien-être que procure le médicament, sauf dans les cas où la dyspnée est très prononcée. Ce symptôme, en effet, ne m'a jamais paru favorablement influencé.

Mais, dans l'hypertrophie, les rétrécissements ou l'insuffisance, j'ai presque constamment obtenu un excellent résultat. Et ce résultat double de valeur par la tolérance du médicament.

C'est en raison surtout de cette tolérance que l'extrait de stigmates de maïs me paraît devoir être employé. La digitale présente, en effet, de nombreuses contre-indications, sur lesquelles je n'ai pas besoin d'insister, et l'extrait de muguet lui-même n'est pas toujours sans inconvénient.

Quant à leur action comparative, elle m'a paru plus énergique, plus rapide et plus étendue dans la digitale, mais pour le muguet je n'y fais pas grande différence.

Dans mes expériences, et en tant qu'essai, j'ai toujours employé

l'extrait de stigmates de maïs sans adjonction d'aucun autre médicament.

Mais le résultat expérimental acquis, je n'ai pas négligé les adjuvants habituels et notamment le bromure et l'iodure de potassium, le lait. Et dans la pratique régulière c'est évidemment ainsi qu'il faudra procéder.

Quant aux doses, je n'ai jamais dépassé 3 grammes d'extrait par jour, en trois fois, une heure avant de manger, — en sirop (50 centigrammes par cuillerée). — Et presque toujours 1gr,50 ayant suffi à produire une diurèse abondante, je m'en suis tenu là, considérant comme un critérium suffisant l'action diurétique manifeste.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 février 1884. — Présidence de M. Alphonse GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Une lettre de M. Bochefontaine relative à la préservation cuprique et accompagnant l'envoi de divers ustensiles en cuivre, en usage dans la commune de Villedieu.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. CONSTANTIN PAUL. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie trois modèles de thermomètres, que j'ai fait construire par M. Galante, pour obtenir la constatation des températures locales superficielles.

Ces trois modèles sont : un vertical A, un circulaire B et un horizontal C.

Pour arriver à un pareil résultat, il fallait que le thermomètre

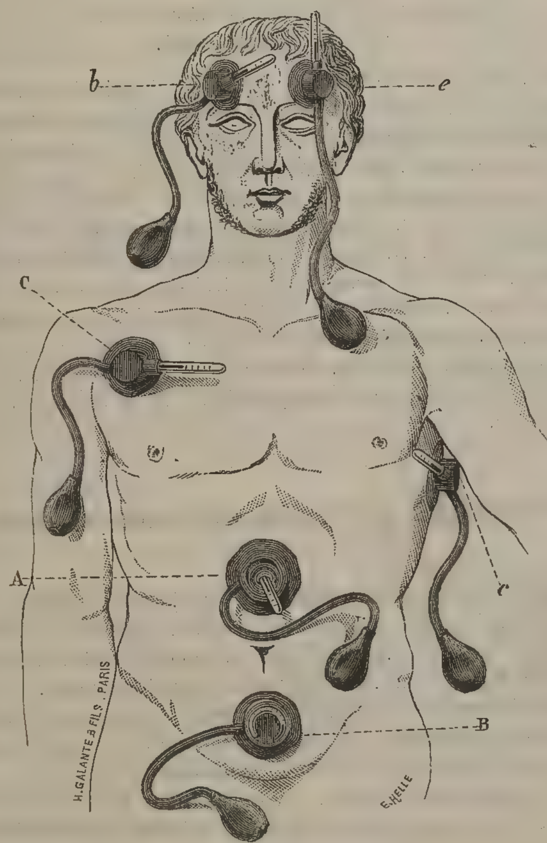


Fig. 9.

présentât deux qualités : l'adhérence à la peau et l'isolement de l'atmosphère. Ces deux conditions sont réalisées par une masse de caoutchouc disposée en forme de ventouse.

L'application de ces thermomètres est des plus simples ; elle est aussi facile que celle du stéthoscope que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie il y a trois ans. Une fois l'instrument en place, on le laisse tant que la colonne de mercure continue à monter ; l'observation en est facile, soit à l'œil nu, soit à la loupe. L'un de ces modèles est à maxima et peut être, par conséquent, transporté en un lieu très éclairé pour en faciliter la lecture ou même être conservé pour l'observation directe du médecin.

Ces thermomètres s'appliquent sur toutes les régions (*b*, *e*), sauf celles qui sont garnies de poils. Cependant, un de ces modèles (l'horizontal) peut servir à déterminer la température axillaire (*c*), avec beaucoup plus de sécurité que les thermomètres habituels.

On remarque, en effet, que la cuvette en spirale du thermomètre exerce une légère pression sur les tissus ; il y marque son empreinte, preuve de son application immédiate.

Je n'ai pas besoin d'insister davantage pour que l'Académie conçoive toutes les applications qu'on peut faire de ces instruments soit à la physiologie, soit à la clinique, soit à la thérapeutique.

PRÉSENTATION DE MALADE

Empyème pulsatile. — M. FÉRÉOL raconte l'histoire du malade qu'il a présenté dans la séance précédente et qui avait été atteint, il y a dix-huit mois, d'une pleurésie grave. Ce jeune homme a été guéri par une succession d'opérations, dont la dernière, connue sous le nom d'*opération d'Estlander,* consiste à enlever sur toute la hauteur de la paroi thoracique une plus ou moins grande quantité de côtes réséquées, de manière à permettre à la cavité pleurale de se rétrécir et de se cicatriser.

L'opération, pratiquée avec beaucoup d'habileté par M. Berger, a parfaitement réussi dans ce cas. Le malade absolument guéri va quitter demain l'hôpital de la Charité. M. Féréol donne ensuite quelques détails de l'observation qui présente également un grand intérêt au point de vue purement médical, parce que le malade a présenté un phénomène rare et curieux décrit sous le nom d'*empyème pulsatile total*. Il insiste sur ce fait pratique que le pronostic n'est pas aussi fatal qu'on l'a dit.

Il s'appuie ensuite sur les circonstances particulières de son observation et sur l'analyse des faits de ce genre déjà connus, pour conclure que l'une des conditions essentielles du phénomène est la présence d'un pneumothorax fermé.

LECTURE

Étude expérimentale sur la mort qui succède à l'injection sous-cutanée du chloroforme et sur l'albuminurie chloroformique. — M. BOUCHARD rappelle que dès 1876 il a observé chez des lapins auxquels il avait injecté hypodermiquement un centimètre cube de chloroforme, une albuminurie souvent accompagnée d'hématurie, et au bout de vingt-quatre heures ou environ de santé apparente, la mort survenant brusquement. Il s'est demandé depuis lors par quel mécanisme se produisaient cette albuminurie et cette mort. Tout d'abord, en se servant de doses décroissantes, il a constaté que les lapins auxquels on injectait en une fois seulement trois quarts de centimètre cube, ou même un demi-centimètre cube, mouraient encore pour la plupart (dans les trois quarts des cas) après avoir présenté de l'albuminurie ; un quart de centimètre cube produirait encore l'albuminurie et la mort dans la moitié des cas.

A des doses moindres (ou à la même dose chez les animaux qui auraient échappé à une première injection), et en injectant de nouveau les jours suivants, le chloroforme a toujours fini par amener la mort des lapins, même quand on ne dépassait pas la dose journalière d'un dixième de centimètre cube.

Chez le chien, l'albuminurie et la mort ne résultent de l'ingestion de chloroforme que quand les doses employées en une seule fois atteignent 2 centimètres cubes par kilogramme de poids du corps.

L'examen histologique des reins ne révèle qu'une congestion intense, celui du sang ne montre pas une accumulation extraordinaire d'urée. On ne peut donc attribuer la mort à une urémie résultant d'une albuminurie aiguë.

Elle ne résulte pas d'actions réflexes nerveuses, dont le point de

départ serait local, car elle survient chez les animaux auxquels les nerfs sciatique et crural avaient été réséqués avant qu'on pratiquât chez eux l'injection sous la peau de la cuisse.

On ne peut pas l'attribuer non plus à un empoisonnement direct par le chloroforme, car les animaux que l'on soumet aux inhalations d'air chloroformé ne meurent pas ainsi, bien qu'ils présentent quelquefois une albuminurie passagère. D'une autre part, quand, au lieu d'injecter le chloroforme sous la peau, on l'introduit dans une veine, à la dose de 20 centimètres cubes, après l'avoir dissous dans de l'eau alcoolisée, on produit de l'anesthésie, de l'albuminurie avec hématurie, mais l'animal survit toujours.

La mort tardive par le chloroforme reste donc encore inexplicable et cela doit rendre très circonspect pour l'emploi des injections sous-cutanées de cet agent. Il faut surtout y regarder à deux fois avant de la pratiquer plusieurs jours de suite, car si l'impressionnabilité de l'homme était la même que celle du lapin, il suffirait chez lui de répéter pendant trois jours l'injection d'une dose de 35 centimètres cubes pour être exposé à produire la mort.

DISCUSSION SUR LES MODIFICATIONS A APPORTER DANS LE RÉGIME DES ALIÉNÉS.

M. BILLOT défend la loi de 1836 dans un discours qu'il résume ainsi :

Ma conviction à l'endroit des mérites de la loi du 30 juin 1838 et de sa suprématie sur tout autre texte de loi est entière, profonde, et je ne pourrais, je le répète, que conclure à son maintien, sauf l'adoption d'un certain nombre de mesures complémentaires d'ordre administratif, si je ne savais avec quelle difficulté on remonte parfois certains courants de l'opinion. Aussi, dans la prévision d'une telle difficulté pour la loi dont il s'agit, je ne puis d'une manière générale que me rallier aux conclusions de M. Blanche et que me confier dans la sagesse de la commission du Sénat.

M. LUYS, en qualité de vice-président de la Commission, développe les impressions de la majorité sur le projet de loi qui lui a été soumis et au sujet duquel ont été adoptés unanimement les conclusions développées dans le rapport de M. Blanche :

« En résumé, Messieurs, tout en approuvant d'une façon complète les termes de l'excellent et consciencieux rapport qui a été soumis à votre appréciation, permettez-moi de vous présenter, en tant que membre de l'Académie, quelques réflexions à ce sujet.

J'ai tenu à vous dire que, si cette loi nouvelle sur le régime des aliénés présentait d'excellentes réformes douées d'un caractère pratique et véritablement humanitaires, donnant satisfaction à des besoins nouveaux que la première loi n'avait pas prévus, tels que la création d'asiles d'Etat analogues à celui qui fonctionne en Angleterre pour les aliénés dits criminels, tels que l'organisation administrative du service médical des aliénés ; néanmoins il y avait à faire certaines restrictions sur certains articles qui ne nous paraissaient pas en accord avec le rôle et la dignité du médecin d'asile.

J'ai essayé, en effet, de vous montrer les conditions psychologiques qui ont présidé à sa genèse, les mouvements de l'opinion publique qui l'ont suscitée et la part prépondérante qu'a prise dans sa confection l'élément judiciaire et administratif, aux dépens de l'élément médical.

Ce sont là des points délicats sur lesquels j'ai tenu tout particulièrement à diriger vos méditations avant d'engager dans une fausse direction l'opinion et la responsabilité d'un corps savant aussi haut placé dans l'opinion publique qne l'Académie de médecine.

« J'ai eu surtout en vue le rôle de médecin, auquel je voudrais voir donner toute l'autorité dont il est digne dans l'application des questions techniques, là où s'exerce surtout sa compétence, surtout celles qui touchent à l'admission et au maintien des malades dans les asiles, — et en cela j'ai pensé, avec beaucoup de bons esprits, que j'étais dans mon rôle de médecin.

Maintenant, l'état des esprits en dehors de cette enceinte, dans le Parlement et ailleurs, ne me laisse pas de grandes illusions sur le succès de nos revendications légitimes. Mais je pense qu'en ces matières, et en présence des responsabilités qui nous incombent ici, il n'y a pas à transiger avec ce que le devoir professionnel et nos convictions nous imposent.

On nous a consultés, en tant que médecins, et c'est en tant que médecins que nous devons répondre et donner notre avis. Notre voix libre et indépendante suscitera peut-être des sympathies et des convictions inattendues, et nous ne savons pas au juste ce qu'un temps d'arrêt et de réflexion pourra produire dans les esprits froids et réfléchis.

Mais, quoi qu'il arrive, nous nous retirerons avec la conviction d'avoir accompli un devoir professionnel, et exprimé loyalement notre pensée, et c'est le cas de répéter plus que jamais : *Fais ce que dois, advienne que pourra.*

En conséquence, Messieurs, j'ai l'honneur de soumettre à vos appréciations les conclusions suivantes :

1° Accentuer d'une façon plus nette le rôle du médecin dans les mesures à prendre pour l'admission et le placement des malades dans les asiles ;

2° Supprimer la demande exigée par la nouvelle loi de deux certificats pour justifier l'entrée d'un malade ou d'un seul certificat muni de deux signatures médicales ;

3° Ne pas donner suite aux propositions de l'article 15 de la nouvelle loi relative à la création d'asiles provisoires inclus dans les grands asiles et destinés à maintenir en observation pendant un mois les malades entrants. Nous considérons cette mesure comme illusoire, impraticable et onéreuse pour le budget des asiles. »

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures un quart.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

53. M. LHUILLIER. De l'adénite strumeuse inguinale (bubon strumeux). — 54. M. VERDIER. Des abcès lymphangitiques chancreux. — 55. M. BITRICHINÉ. Étude sur les symptômes de la pleurésie infantile. — 56. M. PUJOL. De l'influence des maladies du nez et du pharynx sur la production des maladies de l'oreille moyenne. — 57. M. LETAROUILLEY. Contribution à l'étude clinique du cancer de la prostate. — 58. M. BOYER. De la suture du pelletier avec du fil de catgut, et de son usage dans le traitement des plaies opératoires. — 59. M. BOURGUELLE. Contribution à l'étude des suites éloignées de l'ovariotomie. Dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ovariotomie. — 60. M. OZENNE. Du cancer chez les syphilitiques (de l'hybridité cancéro-syphilitique, de la cavité buccale en particulier).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les jurys d'examens et de thèses pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ou excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf aux examens de fin d'année, au premier examen de doctorat (nouveau régime) et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

1° *Examens de fin d'année.* — Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre ; s'ils subissent un échec en juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre ; s'ils sont refusés en octobre-novembre ou s'ils ne se sont pas présentés à cette dernière session, ils sont renvoyés au mois de juillet prochain et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

2° *Premier examen de doctorat (nouveau régime).* — Les candidats

au premier examen de doctorat doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre, à leur choix. Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès le premier examen en octobre-novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

3° Il est imposé aux candidats refusés à l'*épreuve pratique de médecine opératoire* (deuxième examen de doctorat, ancien régime, et première partie du troisième examen, nouveau régime) un ajournement dont la durée ne peut être moindre de six semaines.

— La Société géologique de Londres décernera, vendredi prochain, 15 février 1884, la médaille Wollaston, à M. le professeur Albert Gaudry.

Le seul Français, actuellement vivant, qui ait reçu cette haute récompense est M. le professeur Daubrée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15755.

N° 20. — SAMEDI 16 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 16 FÉVRIER 1884. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Hydropneumothorax partiel. Comment on doit procéder à l'examen pour le diagnostiquer. — Traitement de l'angine de poitrine vraie et des pseudo-angines. — Orchite nécrosique survenue chez un sujet atteint de rétrécissement de l'urètre et de néphrite. — HÔPITAL DENTAIRE DE PARIS. De l'avulsion des dents par le procédé de la religieuse. — Nouveau procédé d'examen spectroscopique du sang et des diverses substances colorées. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hydropneumothorax partiel.— Comment on doit procéder à l'examen pour le diagnostiquer.

Dans notre Revue clinique du 3 mai 1879 de la *Gazette des hôpitaux,* à l'occasion d'une communication importante de M. Jaccoud à l'Académie de médecine sur les pleurésies multiloculaires et sur la possibilité, jusqu'alors contestée, de les diagnostiquer, nous avons exposé un résumé des observations sur lesquelles le savant clinicien s'était fondé pour établir ce diagnostic.

La conservation des vibrations thoraciques remplissant certaines conditions définies et coïncidant avec un ensemble déterminé de signes physiques, tel était pour lui le moyen de diagnostic. Ce n'est pas absolument dans le même ordre de faits, mais dans un ordre de faits qui n'est pas sans analogie avec celui-là, que nous allons voir faire par M. Jaccoud une heureuse application des mêmes signes et d'un mode d'exploration analogue. Il va être question de l'hydropneumothorax partiel.

Au n° 25 de la salle Laënnec, à l'hôpital de la Pitié (service de M. le professeur Jaccoud), était couchée dans les premiers jours de janvier une malade atteinte d'hydropneumothorax partiel, disposition encore peu connue, bien qu'elle ne soit pas rare. C'était le quatrième cas de même nature qui se présentait dans le service depuis le mois d'octobre. Les faits de ce genre ne semblent pas avoir beaucoup attiré l'attention. Ce n'est pas que le diagnostic en soit très difficile, mais il exige beaucoup de temps et un examen très méthodique. C'est peut-être là la cause du silence qu'ont gardé la plupart des pathologistes sur cette variété de l'hydropneumothorax.

Comment doit-on procéder à l'examen pour arriver à ce diagnostic? Voici à cet égard les règles formulées par M. Jaccoud et qui ont été appliquées à la malade en question.

Cet examen doit être fait avec le plus grand soin au double point de la vue de sonorité de la poitrine et des vibrations thoraciques. Il doit porter sur les trois régions naturelles de la poitrine, la paroi antérieure, la paroi latérale et la paroi postérieure. Si l'on néglige l'une quelconque de ces régions, on risque de ne pas découvrir les signes de la lésion cherchée. Cette exploration n'exige pas moins de vingt-cinq à trente minutes pour un seul côté de la poitrine. Elle n'offre pas de difficulté proprement dite, il faut avoir simplement beaucoup de temps à lui consacrer.

La malade qui a été l'objet de ce mode d'exploration est une femme âgée de quarante-cinq ans, tuberculeuse, qui se plaint de gêne de la respiration et de douleur dans le côté gauche de la poitrine. Voici l'état qu'elle présentait à ce moment.

Dans le côté droit de la poitrine on trouve les signes évidents d'indurations tuberculeuses du poumon. Mais dans le côté gauche on constate des signes tout différents.

En explorant successivement les trois parois de la poitrine suivant la hauteur, divisée, par la pensée, en trois zones, une supérieure, une moyenne et une inférieure, la zone supérieure donne à la percussion un son mat; mais tandis que ce n'est qu'une submatité sous la clavicule, c'est une matité complète sous l'aisselle.

La zone moyenne, en avant, est sonore; cette sonorité est exagérée dans la région axillaire, elle devient tympanique dans la partie inférieure.

La troisième zone donne de la submatité.

Voilà pour la percussion. En résumé, le côté gauche présente de la matité dans sa région supérieure, de la sonorité exagérée dans sa région moyenne, de la submatité dans la région inférieure.

En faisant compter la malade à voix haute, on constate que les vibrations thoraciques sont conservées dans toutes les parties mates, abolies dans toutes les parties sonores.

L'auscultation révèle des craquements humides occupant une assez grande hauteur sous la clavicule. Rien de semblable sous l'aisselle, mais en arrière on entend des bruits cavernulaires, signes d'une caverne plus considérable en ce point; au-dessous de l'épine de l'omoplate on perçoit de la pectoriloquie.

Tous ces phénomènes d'auscultation sont accrus par la toux.

Dans la région moyenne, le retentissement de la toux prend un timbre métallique. Dans cette même région, en arrière, voix et toux amphorique.

Dans la zone inférieure, en avant, le bruit respiratoire est très affaibli, notamment sous le mamelon gauche. La per-

cussion dans ce point donne de la submatité. A l'auscultation, on entend çà et là quelques frottements pleuraux.

Les secousses imprimées au tronc de la malade donnent lieu à un bruit de clapotement.

En somme, matité tuberculeuse dans la région supérieure de la poitrine, amphorisme à la région moyenne, submatité à la région inférieure : tel est en résumé l'ensemble des signes que fournit l'exploration de cette malade, tous signes classiques de l'hydropneumothorax, sauf le tintement métallique qui manque ici. Donc cette femme est atteinte d'hydropneumothorax. Mais chez elle il y a absence complète des signes de cette lésion dans la zone supérieure du poumon, où l'on ne perçoit que les signes de la tuberculose ulcéreuse. Dans cette même zone on perçoit très bien les vibrations vocales, preuve qu'on a bien là sous l'oreille et sous la main le poumon.

Pourquoi le poumon est-il présent là, tandis que dans les autres zones il est repoussé par les couches de sérosité et d'air qui se trouvent interposées entre ce viscère et la paroi thoracique? C'est qu'il est très probablement retenu là à sa place par des adhérences.

En somme, le diagnostic d'un hydropneumothorax partiel, dans cette circonstance, repose entièrement sur ce double fait de l'absence des signes caractéristiques de l'hydropneumothorax en ce point et de la présence dans ce même point des bruits pulmonaires superficiels. Lorsqu'on constate sur un sujet cet ensemble de signes, on peut affirmer que l'on a affaire à un hydropneumothorax partiel. Il est évident qu'en clinique les dispositions de l'hydropneumothorax partiel ne seront pas toujours semblables à celles qui viennent d'être constatées chez cette malade ; mais le principe sur lequel repose le diagnostic restera toujours le même.

Traitement de l'angine de poitrine vraie et des pseudo-angines (1).

La distinction établie entre l'angine vraie et les pseudo-angines est tout au moins aussi importante au point de vue du traitement qu'au point de vue du pronostic et de la clinique. Ici, en effet, se présentent des indications différentes et surtout de grandes différences dans l'efficacité des moyens mis en œuvre.

Malgré l'extrême gravité que présente le pronostic de l'angine vraie et la proportion considérable de mortalité qu'elle entraîne, à cause même plutôt de cette extrême gravité, dirons-nous, le médecin ne doit jamais rester inactif, n'eût-il que l'espoir d'atténuer les accès et d'éloigner un peu le terme fatal, à plus forte raison s'il a devant lui, si faible qu'elle soit, la chance d'une guérison.

M. Huchard divise le traitement de l'angine vraie en traitement curatif et en traitement préventif des accès.

Traitement curatif des accès. — L'accès pouvant tuer par excès de douleur ou par syncope sans douleur, la médication doit être recherchée parmi les moyens qui peuvent à la fois supprimer la douleur et combattre la syncope.

L'angine vraie étant démontrée être le résultat d'une ischémie cardiaque, ce fait seul exclut les émissions sanguines locales et générales préconisées jadis, qui sont incapables de guérir les accès et qui pourraient provoquer ou favoriser la syncope.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 131.

Le moyen que M. Huchard met au premier rang est le nitrite d'amyle, expérimenté pour la première fois en 1859 par Guthrie et dans ces dernières années, en France, par MM. Constantin Paul, Veyrières, Bourneville, Franck et M. Huchard lui-même.

Les effets physiologiques produits par le nitrite d'amyle sont : la dilatation des vaisseaux, particulièrement de ceux de la tête, du cou et de la poitrine, la diminution souvent considérable de la pression sanguine, l'augmentation de force et de fréquence des contractions cardiaques.

Dans l'angine de poitrine, notamment, d'après M. Huchard, il active la circulation intra-myocardiaque dans les cas où elle est entravée par le spasme ou l'oblitération des artères coronaires, il agit sur les artères périphériques dont il détermine la dilatation, et en diminuant les résistances périphériques, il favorise, augmente l'énergie et le travail de l'organe central de la circulation.

La nitro-glycérine ou trinitrine (de Berthelot) a été expérimentée. Son action est absolument comparable à celle du nitrite d'amyle. Voici en quels termes M. Huchard a résumé ses effets sur l'appareil circulatoire : « La face se congestionne, rougit et devient vultueuse ; l'impulsion cardiaque devient plus forte, plus rapide, les artères carotides et temporales battent avec violence, le pouls radial s'accélère et présente un dicrotisme assez marqué ; la tension artérielle diminue d'une façon très notable. »

Elle agit, comme on le voit, de la même manière que le nitrite d'amyle, mais avec cette différence, toutefois, que son efficacité est moins rapide.

Le nitrite de sodium se rapprocherait aussi de la trinitrine. L'un et l'autre sont inférieurs au nitrite d'amyle. Voici le mode d'administration de ce dernier agent et les doses auxquelles il a été employé.

Les inhalations amyliques se font à la dose de 3 à 6 gouttes. M. Huchard est d'avis que la première fois que l'on se sert de ce médicament, il faut toujours l'employer à petites doses, commencer par 3 gouttes, que l'on pourra porter par la suite à 5 ou 6 gouttes ; puis, comme l'accoutumance paraît se faire assez rapidement, il faudra élever progressivement les doses jusqu'à 10, 12, 15 et même 20 gouttes. Enfin, comme l'action du médicament est rapide et fugace, on sera obligé parfois, dans les accès de longue durée, de répéter deux ou trois fois ces inhalations.

Dans les cas où le nitrite d'amyle n'aurait pas toute son efficacité habituelle, M. Huchard conseille, comme il l'a fait plusieurs fois avec avantage, de recourir comme adjuvant aux injections de morphine à la dose de 1 à 2 centigrammes, et, lorsque les attaques sont d'une violence extrême, on pourra associer dans une action combinée les inhalations amyliques aux injections morphinées.

La trinitrine étant beaucoup moins rapide que le nitrite d'amyle, M. Huchard en réserve l'usage pour soutenir l'action de ce dernier dans l'intervalle des accès ; il le donne pendant huit ou quinze jours ; il continue l'action bienfaisante du nitrite amylique, favorise la circulation des parois du cœur et tend ainsi à prévenir les attaques.

Prévenir le retour des accès, après qu'on les a calmés ou fait cesser, est la deuxième indication capitale du traitement de l'angine de poitrine vraie. Le traitement préventif est hygiénique et médicamenteux.

Traitement préventif des accès. — Ici le régime hygiénique est des plus importants : vie calme, retirée, habitation à l'abri

de l'humidité, d'un air trop vif, éviter le vent, les ascensions, ne se livrer qu'à des exercices très modérés ; tempérance rigoureuse en toutes choses.

De toutes les médications, agissant sur l'élément causal de la maladie, celle à laquelle M. Huchard donne de beaucoup la préférence est la médication iodurée, l'iodure de potassium, ou mieux encore l'iodure de sodium d'une action moins nocive sur le cœur. Six observations lui ont démontré les excellents effets de cette médication, qui, suivant lui, doit occuper la première place dans la thérapeutique préventive des accès. Viennent ensuite la médication arsenicale qu'il a employée parfois aussi avec un certain succès ; les préparations de quinine dans les cas où les accès paraissent revenir d'une façon périodique.

En résumé, au moment des accès, les deux moyens auxquels on doit avoir recours, sont : les inhalations de nitrite d'amyle et les injections morphinées. Pour prévenir les accès, précautions hygiéniques et iodure de sodium.

Traitement des pseudo-angines. — Les pseudo-angines guérissant presque toujours, la thérapeutique n'a ici pour but que de chercher à calmer les douleurs. Aussi M. Huchard conseille-t-il de recourir aux inhalations de nitrite d'amyle, aux injections de morphine, aux préparations arsenicales, quiniques et au bromure de potassium. Toutefois, dans ces sortes d'angines, c'est vers l'indication causale que les efforts de la thérapeutique doivent être dirigés : hygiène alimentaire sévère, régime lacté, amers, eupeptiques, si l'on a affaire à une angine d'origine gastro-myocardiaque survenant dans les dilatations du cœur consécutives aux affections des voies digestives ; le salicylate de soude dans l'angine de poitrine rhumatismale ; les antispasmodiques, les bromures, et l'hydrothérapie, cette dernière surtout, dans les angines des neurasthéniques, des hypocondriaques, des hystériques ; enfin le traitement hydrothermal approprié à l'état diathésique (dyspepsie, neurasthénie, arthritique, etc.) qui tient l'affection sous sa dépendance.

Orchite nécrosique survenue chez un sujet atteint de rétrécissement de l'urètre et de néphrite.

Un cas rare s'est présenté récemment dans le service de M. Verneuil. C'est un nouvel exemple, — et les exemples se multiplient à mesure qu'on regarde de plus près, — de l'influence qu'exercent les affections si souvent ignorées ou méconnues des reins sur les lésions chirurgicales intercurrentes.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, robuste, ayant le teint coloré, rien dans les apparences de cachectique, et qui est atteint depuis quelque temps de dysurie produite par un rétrécissement de l'urètre. On a déjà fait plusieurs tentatives de dilatation, mais le malade, qui se sondait lui-même, en étant arrivé à ne plus pouvoir introduire la bougie dans son canal, s'est décidé à se faire admettre à la Pitié. M. Verneuil a essayé de procéder à l'aide de toutes petites bougies. Malgré la prudence avec laquelle ont été faites ces nouvelles tentatives, il s'est déclaré une fièvre urétrale. On a laissé reposer le malade et on lui a donné du sulfate de quinine. L'orage a été bientôt calmé. On a recommencé alors de nouveau l'introduction de bougies. La fièvre a reparu et cette fois avec une orchite du côté droit. Cette complication étant assez commune, M. Verneuil ne s'en est pas inquiété autrement, prescrivant le repos, des frictions mercurielles et des cataplasmes. Cependant la douleur testiculaire étant devenue plus vive, il a réitéré la prescription du sulfate de quinine. Le malade a été mieux, les douleurs se sont calmées, mais l'orchite n'en persistait pas moins. Un beau jour, on s'aperçut qu'il était survenu une escarre sur le scrotum ; le lendemain on en trouve une seconde. Jusqu'à quelle profondeur s'étendait ce sphacèle du scrotum ? Il était assez difficile de le savoir. A dater de ce moment on a eu recours aux pansements phéniqués.

On se trouvait donc en présence d'une orchite parenchymateuse survenue spontanément, ou du moins sans cause apparente et tendant à se terminer par sphacèle.

On a vu plusieurs fois des orchites parenchymateuses se terminer par sphacèle, mais cette terminaison n'a été observée qu'à la suite d'épanchements urineux ou d'infiltrations. Ici il n'y avait rien eu de semblable ; le périnée était intact.

Cela se voit aussi, parfois, chez des vieillards cachectiques, chez de vieux urinaires, chez des diabétiques ou chez des individus ayant de grosses hernies.

Pourquoi cet homme a-t-il une orchite avec sphacèle ? — ce qui ne se voit guère que chez les sujets cachectiques, les néphrétiques. Ce malade aurait-il donc une affection des reins ? C'était évidemment ce dont il restait à s'assurer. L'examen des urines a donné raison à cette présomption, il a révélé un dépôt très abondant d'albumine dans l'urine. On avait donc affaire à un albuminurique par néphrite. C'est à cette néphrite que M. Verneuil n'a pas hésité à attribuer la marche insolite de l'orchite dans ce cas.

En présence de ce complément d'informations sur l'état de ce malade et de la découverte de la cause probable de la complication survenue, quelle thérapeutique restait-il à suivre ? Si l'escarre venait à s'éliminer d'elle-même, M. Verneuil serait disposé à laisser les choses en l'état. Si, au contraire, l'élimination tardait à se faire, il aurait recours au thermo-cautère pour arrêter la marche de la gangrène.

Il y a en ce cas un autre danger encore à courir, c'est celui de la formation d'un fongus du testicule, fongus bénin, sans doute, mais il arriverait alors que la tunique albuginée se recouvrirait de bourgeons charnus qui, en se rétractant, entraîneraient secondairement la rétraction de l'enveloppe testiculaire.

Enfin une dernière éventualité pouvait se présenter : celle d'une difficulté d'uriner telle qu'il faudrait à un moment donné recourir à l'urétrotomie, en pleine gangrène, ce à quoi M. Verneuil se sentirait peu disposé, ou à la ponction de la vessie par la région hypogastrique.

On voit que, quoi qu'il advienne de ces différentes éventualités, la situation de ce malade reste fort grave.

Nous tâcherons de nous mettre au courant de l'issue qu'aura eue ce fait. Mais, quelle que doive être cette issue, il faudra toujours retenir de cette observation comme d'un grand nombre d'autres faits analogues que nous avons déjà eu l'occasion de citer, l'utilité de s'enquérir toujours de la composition des urines et de l'état probable des reins, soit pour se rendre compte des anomalies que peuvent présenter les lésions chirurgicales, soit en vue des opérations que l'on peut avoir à entreprendre.

HOPITAL DENTAIRE DE PARIS. — M. DAVID.

De l'avulsion des dents par le procédé de la religieuse.

I

Plusieurs fois, dans mes cours, je vous ai déjà parlé de la diversité des moyens employés pour l'extraction des dents. Je vous ai indiqué entre autres celui que j'ai maintes fois surpris dans les couvents et dans les maisons d'éducation de demoiselles.

Là, notre sexe ne pénètre pas toujours facilement et les sœurs infirmières font souvent œuvre de médecin, de chirurgien, de dentiste. Leur outillage n'étant pas des plus riches, elles ont recours à des moyens quelquefois très simples. C'est ainsi que, pour arracher les dents temporaires, elles attachent au collet un fil bien serré, qui fait, en effet, tomber la dent d'elle-même au bout de trois ou quatre jours.

Si j'attire aujourd'hui votre attention sur ce procédé déjà ancien, auquel j'ai cru devoir donner la dénomination de *procédé de la religieuse*, c'est que ces jours derniers il a été exhumé comme une originalité et présenté comme une découverte par un dentiste de Genève à la Société de biologie (Séance du 24 novembre 1883) (1).

Ce sera pour moi l'occasion de vous exposer le processus pathologique de ce procédé, ses avantages et ses inconvénients.

I. Une anse de fil noué autour du collet d'une dent a pour premier effet de déterminer une gingivite du bord libre contigu et une périostite alvéolo-dentaire. La gingivite et la périostite, d'abord limitées au voisinage du collet, se propagent rapidement, si la cause n'est supprimée. De plus, par la migration du fil sur la racine, le périoste atteint se mortifie rapidement ; en sorte que la dent devient malade et par la perte de ses adhérences alvéolaires au niveau du périoste détruit et par son inflammation sur le reste de son étendue. L'issue de ces lésions provoquées varie avec la nature du lien, la forme et la longueur des racines.

II. 1° *Nature du lien.* — Les liens employés intentionnellement à cet effet, comme ceux que l'on emploie dans le but de corriger certaines déviations dentaires, sont des fils de chanvre, de lin, de soie, ou des anneaux de caoutchouc.

Sous l'influence de l'humidité, les fils se rétractent, comme on sait, chacun à un degré propre ; le plus rétractile est celui de chanvre. Noués autour du collet d'une dent, ils y forment un anneau qui, au contact des liquides buccaux, s'imbibe et par suite se resserre en diminuant de longueur, en même temps qu'il augmente d'épaisseur. Cette rétraction, s'effectuant autour d'un corps résistant qui ne se laisse pas déprimer, tend à faire glisser l'anse vers la partie amincie de la dent, c'est-à-dire vers le sommet de la racine.

Le fil agit en ce cas de deux manières sur les tissus qui l'entourent : comme corps étranger par son contact, et comme instrument pénétrant en vertu de sa rétractilité qui le fait progresser vers le sommet de la racine.

Par son contact, il irrite d'un côté la gencive ou la paroi alvéolaire, de l'autre le périoste dentaire. Par sa migration, il sépare la racine de ses connexions : le périoste dentaire, détaché de l'alvéole, se mortifie. Lorsque ces lésions sont devenues profondes, la racine ayant perdu une partie de ses connexions alvéolaires et d'autre part se trouvant atteinte par propagation de périostite généralisée jusqu'au sommet non encore touché par le fil, la dent n'a plus une solidité suffisante et s'ébranle progressivement.

Il en résulte qu'au bout d'un temps variable, suivant la longueur et la forme de la racine, la dent devrait tomber si la puissance de rétraction du fil était indéfinie ; mais il n'en est pas ainsi, et, dès que celle-ci a atteint sa limite, le fil s'arrête dans sa marche vers le sommet. Toutefois, si la racine est très courte, la migration du fil peut être suffisante pour l'énucléer. C'est ainsi qu'on voit tomber des dents de lait trois, quatre jours après l'application du fil. Après ce délai, si l'organe n'est pas tombé, c'est que la racine est trop longue et que la rétraction du fil a cessé.

Au bout de trois ou quatre jours d'ailleurs, pour les fils de chanvre, de lin, de deux ou trois semaines pour les fils de soie, le contact permanent de l'humidité buccale et la traction continue exercée par le fil lui-même sur ses extrémités tendent à le dénouer ou tout au moins à le dissocier. Alors il tombe, s'il est encore près du collet; ou bien il se trouve retenu s'il est entré plus profondément dans l'alvéole et il n'agit plus que comme corps étranger. Dans ce dernier cas, cependant, il finit par être éliminé avec la suppuration alvéolaire, avec ou sans la dent, suivant les lésions de cette dernière.

Lorsque leurs dimensions sont appropriées au volume de la dent, les ANNEAUX DE CAOUTCHOUC, en vertu de leur élasticité particulière, indéfinie, cheminent rapidement vers la partie effilée de la racine. Si la forme de cette dernière ne s'oppose pas à la migration du lien, le décollement arrive vite à être considérable, sinon complet. En tout cas, la périostite de propagation au sommet est beaucoup plus aiguë, plus intense.

Les liens de caoutchouc résistent en outre très longtemps à la destruction, qui ne les atteint guère d'ailleurs avant qu'ils aient produit au sein de l'alvéole des dégâts considérables.

Donc, si le lien résiste assez longtemps au milieu buccal, et si son élasticité persiste, il finira par atteindre le sommet même de la racine après avoir détruit toutes ses adhérences avec la paroi alvéolaire. Alors la dent tombera d'elle-même. Sur les dents permanentes, les fils arrivent rarement à ce résultat : bien avant de l'avoir atteint, ils s'arrêtent, se décomposent, et finissent par tomber. Après leur chute, la périostite et la gingivite se calment, guérissent; la dent se reconsolide, ne conservant qu'un peu de déchaussement inévitable par suite de la mortification du périoste dentaire atteint.

Mais parfois aussi, et en particulier sur une dent à racines multiples, la migration du lien se trouve arrêtée par leur forme élargie et le processus qu'il occasionne demeure stationnaire jusqu'à ce que l'un tombe en détritus et s'élimine, ou que l'autre aboutisse à une poussée intense, grave, de périostite généralisée qui peut faire perdre la dent.

Forme des racines. — Toutes les dents présentent au niveau du collet un certain rétrécissement qui, suivant l'espèce de dents, cesse après une longueur de quelques millimètres ou se continue en augmentant vers le sommet. Sur les molaires, ce rétrécissement est limité par la divergence des racines très accusée sur les premières. Les deuxièmes et troisièmes présentent une divergence plus faible ; les racines de la troisième sont même habituellement réunies un seul faisceau conique.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 1884.

Les deux prémolaires inférieures et la deuxième supérieure sont à peu près coniques à l'instar des canines; seule la première prémolaire supérieure, normalement bifide, présente une certaine divergence assez loin du collet.

Pour les incisives et les canines, le rétrécissement est au contraire très accusé et continu à cause de la forme conique de leur unique racine.

On comprend donc que, toutes conditions égales d'ailleurs, la migration du lien soit plus facile, plus rapide sur les dents à racine unique et conique que sur les dents à racines multiples et divergentes.

Cette distinction dans la forme des racines perd de son importance avec les dents temporaires.

Celles-ci sont, en effet, rarement extraites lorsque leurs racines sont encore entières. En ce cas, les deux molaires seules sont très divergentes; les autres, canines et incisives, sont coniques. A l'époque où on les extrait habituellement, c'est-à-dire à celle de leur chute normale, les racines sont usées, tronquées et leur longueur importe plus que leur forme.

Sur une racine conique, le lien, se resserrant en vertu de son élasticité propre, s'avance, tend à se rapprocher du sommet et porte de plus en plus loin et le décollement et le siège de la périostite.

Longueur des racines. — De la longueur et du volume des racines dépend l'étendue des connexions alvéolaires et partant la fixité de la dent. Celle-ci résistera d'autant mieux au lien que sa racine sera plus forte et plus longue. Aussi les dents permanentes sont-elles peu justiciables de ce procédé, tandis que les temporaires, dont les racines sont courtes, tombent facilement. Il y a, en effet, une grande importance à faire la distinction, dans l'application du *procédé de la religieuse*, entre les dents temporaires et les dents permanentes.

A une époque voisine de leur chute normale, les premières n'ont plus de racines, qu'a usées la couronne sous-jacente de la dent de remplacement. Aussi se trouvent-elles déjà ébranlées et ne tiennent-elles plus que par quelques adhérences gingivales. L'anse de fil appliquée suffit pour détruire en quelques jours ces adhérences avec le périoste du collet radiculaire et à provoquer la chute de la dent au prix d'une inflammation gingivale très limitée et de peu de durée; quelquefois même il suffit de serrer fortement le fil, sans tirer, pour que la dent soit instantanément énuclée et tombe appendue au fil.

Sur les dents permanentes, au contraire, même sur celles qui se prêteraient le mieux à l'application de ce procédé, c'est-à-dire les dents à racines coniques, le lien met longtemps à atteindre le sommet; il détermine, en outre, des lésions alvéolaires inévitables, quelquefois graves, sur lesquelles nous avons déjà insisté et qui doivent faire rejeter ce procédé d'extraction pour cette espèce de dents.

NOUVEAU PROCÉDÉ

D'EXAMEN SPECTROSCOPIQUE DU SANG ET DES DIVERSES SUBSTANCES COLORÉES AU MOYEN DE LA LUMIÈRE BLANCHE DIFFUSE RÉFLÉCHIE PAR LA PORCELAINE. — APPLICATIONS PHYSIOLOGIQUES, TOXICOLOGIQUES ET MÉDICO-LÉGALES.

Par M. le docteur A. Hénocque.

Ce procédé consiste à examiner avec un spectroscope à vision directe le sang ou les liquides colorés déposés sur une plaque de porcelaine blanche et éclairés par la lumière solaire ou par une source lumineuse quelconque, une bougie par exemple. Les substances qui présentent des bandes d'absorption lorsqu'on les examine par transparence offrent ces mêmes bandes si on les examine à un éclairage direct réfléchi sur une surface blanche polie, soit de la porcelaine blanche, soit le papier glacé dit papier porcelaine, soit une lame de verre émaillé en blanc. Avec la lumière solaire principalement les bandes d'absorption ainsi observées apparaissent plus nettement que si on les regarde par transparence dans les mêmes conditions de lumière et d'épaisseur de la masse liquide. De plus, on peut dans certaines conditions apercevoir par l'examen sur la porcelaine des bandes qu'on ne voit pas par transparence dans une dilution étendue de diverses substances colorantes.

M. Hénocque a appliqué ce procédé à l'étude de l'action du nitrate de sodium sur le sang, examinant à quelques minutes d'intervalle des gouttes du sang des animaux expérimentés déposées dans des godets de porcelaine, et il a pu ainsi constater le moment de l'apparition de la méthémoglobine et la durée de ce phénomène. Il propose d'employer ce procédé dans l'examen des taches de sang colorées sur le linge, sur le bois, sur les tentures. On colle une partie de la tache sur le fond d'un godet de porcelaine, on l'humecte d'eau et on peut l'examiner avec le spectroscope ou des réactifs, sans séparer la matière colorante du tissu qu'elle imprègne.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 février 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Ostéoclasie. Appareil Collin. — **M. RECLUS**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Robin et de sa réclamation de priorité relativement à l'appareil dont il se sert pour pratiquer l'ostéoclasie, fait observer que M. Collin n'a eu d'autre prétention que d'améliorer l'appareil de Lyon en lui permettant de s'adapter à tous les membres.

Tumeur parotidienne. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur une observation de tumeur parotidienne adressée par M. Vieuss. Il s'agit d'un kyste hydatique développé à la partie profonde de la glande et pris, après la ponction, pour un myxtome parotidien. L'extirpation, quoique difficile, a été suivie de guérison. Peut-être l'examen du liquide au microscope et la ponction de la tumeur avec un gros trocart auraient-ils permis d'éviter de faire courir au malade les dangers du traumatisme opératoire.

M. DESPRÉS croit qu'il faut faire de grandes réserves au sujet des kystes hydatiques des glandes; ils sont extrêmement rares et l'on ne saurait admettre leur existence sans l'examen microscopique.

M. VERNEUIL fait observer que les kystes hydatiques des glandes ne sont pas si rares; il suffit de considérer la pathologie du foie.

M. DESPRÉS répond que le foie est une glande à part.

Ganglions tuberculeux de la région cervicale. — **M. CHAUVEL** fait un rapport sur un cas de mort à la suite de l'extirpation de ganglions tuberculeux de la région cervicale par M. Poulet (du Val-de-Grâce). Après un historique très complet de la question, M. Poulet insiste sur les dangers de l'extirpation des ganglions du cou. Aujourd'hui, avec les notions acquises sur la nature tuberculeuse de ces ganglions, sur les dangers d'infection qu'ils constituent, on doit, dit M. Poulet, revenir à la pratique des anciens très discutée depuis le commencement du siècle. M. Chauvel fait des réserves à ce sujet.

L'auteur démontre ensuite la nécessité des ligatures, bien que l'hémorragie, dans le cas actuel, fût de nature septicémique. C'est aussi l'avis de M. Chauvel.

M. DESPRÉS rappelle que la Société de chirurgie a eu plusieurs

fois déjà à se prononcer sur la valeur de ces opérations. Elle les a presque toujours condamnées. M. Poulet insiste sur les nombreuses variétés de ces ganglions, syphilitiques, symptomatiques d'ulcérations de la gorge, scrofuleuses, simples (lymphadénomes, etc.). Il ne faut donc pas les combattre par les mêmes moyens. Le cancer seul des ganglions doit être enlevé. Les adénopathies scrofuleuses doivent être traitées par l'huile de foie de morue, les bains de mer, les bains sulfureux, etc.

M. VERNEUIL partage l'opinion exprimée par M. Chauvel; il croit, comme lui, que l'extirpation des ganglions du cou est rarement indiquée. Les malades succombent très rarement à ces lésions. Quand ils meurent, c'est qu'ils ont d'autres lésions plus graves ; dès lors il n'y a plus de nécessité de toucher aux ganglions cervicaux. On a trop de tendance à opérer, dit M. Verneuil, et je ne parle pas seulement des grandes opérations contre lesquelles il se fait déjà une certaine réaction dans le monde chirurgical, mais aussi d'opérations moins importantes telles, par exemple, que le raclage dont on fait aujourd'hui un singulier abus et dont on torture les affections strumeuses. J'ai gratté, raclé, cautérisé, agrandi des fistules ganglionnaires du cou sans jamais obtenir de résultats bien remarquables. J'ai essayé le fer rouge ; je ne me suis pas laissé prendre longtemps aux illusions de l'électricité appliquée au traitement des ganglions cervicaux. Je n'ai rien obtenu de bien satisfaisant de tous ces moyens. Il en est de certaines opérations comme des somnambules; ça ne réussit pas quand on n'y croit pas. Toutefois ces opérations, le raclage en particulier, peuvent donner une amélioration passagère, mais il faut revoir les malades un an après.

M. RICHELOT s'associe aux réserves de MM. Després et Verneuil relativement au traitement des ganglions cervicaux. Il ne partage pas l'avis de M. Chauvel quand il dit que, pour les adénites scrofuleuses, il faut se fier au traitement général. Celui-ci ne réussit pas toujours et dans ces cas on se trouve souvent très bien des injections interstitielles de teinture d'iode dans les ganglions hypertrophiés ou les adénites chroniques.

M. TRÉLAT dit que le cas malheureux observé par M. Poulet donne lieu à des considérations complexes. Les tumeurs ganglionnaires du cou présentent des variétés très nombreuses, depuis l'adénite commune jusqu'au lympho-sarcome. On ne peut pas combattre toutes ces tumeurs par les mêmes moyens. Selon leur volume, leur nature, leurs connexions, les accidents auxquels elles donnent lieu, ces diverses tumeurs commandent des indications diverses. Pour ne parler que des tumeurs ganglionnaires scrofuleuses chroniques, lorsqu'on a épuisé contre elles, en vain, toutes les ressources du traitement général et tous les moyens locaux, le chirurgien est parfaitement autorisé à en pratiquer l'ablation qui, après tout, n'est pas si dangereuse. Dans certains cas où ces ganglions sont ulcérés ou abcédés, le grattage, bien fait, c'est-à-dire fait de façon à détruire ou à enlever tout le tissu morbide, peut rendre de grands services.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Tableau d'avancement du corps de santé militaire pour l'année 1884.

Médecins principaux de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe : 1883. MM. Balley, Massaloup, Guillemin (J.-F.), Sala, Farine, Guérin, Arnaud (B.), Badour, Kelsch et Jacob.

Médecins-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe : 1882. M. Duchemin. — 1883. MM. Teinturier, Chambé (d'office), Schaumont, Réech, Talon, Morisson, Breton, Flament, Richon, Kiéner, Gavoy, Barthélemy, Laveran, Vanmerris et Czernicki.

Médecins-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe : 1882. MM. Annesley, Péborde, Emmerique, Doubre, Lubanski, Renaud, Plaisant, Cluzan, Darricarrère, Duprey, Castaing, Margantin, Baudouin (C.-J.-N.), Lallemand, Charvot, Delorme (Edm.), Juloux, Michaux, Laurent (H.), Moty et Boucher (L.-J.-B.).

1883. MM. Pons, Pagès, Granjux, Coustan, Rigal, Bélime, Moine, Cazalas et Fournié.

Médecins aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe : 1882. MM. Février, Lecomte, Schneider, Arnold, Paquy, Merz, Baur (J.-B.-F.-A.), Roux (P.), de Balthazar de Gachéo, Comte (H.-M.-P.-F.), Gaillard (J.-B.-R.-O.), Delamare, Sourris, Salle, Joly (A.), Manquat, Langue, Durget, Warnecke et Hussenet.

1883. MM. Masson (H.-J.), Dreyfus, Laurent (M.-J.-A.), Mathelin, Poigné, Salètes, Darde (F.-E.), Baïlls, Riff, Larroque, Lasserre, Liron, Girard (E.-V.-A.), Mackiewicz, Atgier, Achard, Fromentin, Mourey, Ravan, Francou, Dziewonski, Vignol, Brousses, Pauzat, Godet, Debierre, Martin (J.-C.-E.), Torthe, Vack, Morer (E.), Collignon, Rodet, Roblot, Schmit (C.-J.-P.), Follenfant, Gaye, Larue, Lebastard, Mary (P.-L.) et Reboud.

Pharmacien principal de deuxième classe proposé et classé pour le grade de pharmacien principal de première classe : 1883. M. Bouillard.

Pharmaciens-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe : 1882. MM. Parant et Thomas (F.-J.). — 1883. M. Péhéra.

Pharmaciens-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de première classe : 1882. MM. Delahousse (P.-R.), Garnier, Camus (F.-V.), Morel et Mather. — 1883. M. Roman.

Pharmaciens aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de pharmacien-major de deuxième classe : 1882. MM. Puig, Georges (L.-A.), Durand (J.-F.-C.), Jégou, Boutté, Grelety, Corne, Bernou et Colin (E.-A.). — 1883. MM. Darricarrère, Masse et Domergue.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 12 février 1884, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef ; M. Thomas, médecin professeur;

Au grade de médecin principal : premier tour (ancienneté), M. Pougny, médecin de première classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 décembre 1884, la commission des voyages et missions est composée comme suit, pour l'année 1884.

MM. le ministre, président ; — Milne-Edwards, membre de l'Institut, vice-président ; — Édouard Charton, vice-président ; — Xavier Charmes, directeur du secrétariat, membre de droit; — Billotte, chef du 2e bureau de la direction du secrétariat, membre de droit ; — R. de Saint-Aroman, sous-chef au 2e bureau de la direction du secrétariat, secrétaire ; — Mallet, rédacteur au 2e bureau de la direction du secrétariat, secrétaire-adjoint;

MM. Paul Bert, membre de l'Institut ; — Alexandre Bertrand, membre de l'Institut, conservateur du musée de Saint-Germain; — Bureau, professeur au Muséum d'histoire naturelle; — Jean Casimir-Périer, député ; — docteur Chatin, membre de l'Institut, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris ; — Cosson, membre de l'Institut ; — Léopold Delisle, membre de l'Institut, administrateur général, directeur de la bibliothèque nationale ; — Ernest Desjardins, membre de l'Institut, professeur au Collège de France ; — Dislère, conseiller d'État ; — Du Mesnil, conseiller d'État; — Albert Dumont, directeur de l'Enseignement supérieur ; — Duveyrier, membre de la Société de géographie de Paris ; — Fouqué, professeur au Collège de France; — Félix Fournier, membre de la Société de géographie de Paris; —

Girard de Rialle, chef de la division des archives au ministère des affaires étrangères; — Gréard, vice-recteur de l'Académie de Paris; — docteur Hamy, conservateur du Musée d'ethnographie; — Heuzey, membre de l'Institut, conservateur des antiquités asiatiques au Musée du Louvre; — Ferdinand de Lesseps, membre de l'Institut; — Henry Liouville, député; — Maunoir, secrétaire général de la Société de géographie de Paris; — Meurand, directeur honoraire au ministère des affaires étrangères; — Michaux, ancien directeur des colonies au ministère de la Marine; — — Alphonse Milne-Edwards, membre de l'Institut; — Gaston Paris, membre de l'Institut; — Georges Périn, député; — colonel Perrier, membre de l'Institut; — Georges Perrot, membre de l'Institut, directeur de l'École normale supérieure; — De Quatrefages, membre de l'Institut; — Alfred Rambaud, chargé de cours à la Sorbonne; — Olivier Rayet, professeur au Collège de France et à l'École des Hautes-Études; — baron Reille, député; — Ernest Renan, de l'Académie française; — Léon Renier, membre de l'Institut; — Schefer, membre de l'Institut, directeur de l'École des langues orientales vivantes; — comte Louis de Ségur; — Charles Tissot, ambassadeur, membre de l'Institut; — docteur Topinard, membre de la Société d'anthropologie; — baron de Watteville, directeur honoraire au Ministère de l'instruction publique.

— Par arrêté préfectoral en date du 13 février 1884, M. le docteur Paul Rodet est nommé membre de la seizième commission locale du travail des enfants dans les manufactures.

— *Avis.* — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

De la syphilis de l'oreille, état actuel de nos connaissances, par le docteur Jégu, de la Faculté de médecine de Paris. Gr. in-8° de 135 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Jacques Lechevalier, 23, rue Racine.

De l'influence de l'eau potable sur la santé publique, ou recherches sur l'hygiène, par le docteur H. Michel. 1 vol. in-18. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15768.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les accidents cérébraux dans le diabète. État mental des diabétiques. — HÔPITAL MILITAIRE DE TÉBESSA. Contribution à l'étude du pneumothorax tuberculeux. — HÔPITAL DENTAIRE DE PARIS. De l'avulsion des dents par le procédé de la religieuse. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les accidents cérébraux dans le diabète (1).

ÉTAT MENTAL DES DIABÉTIQUES.

II

On observe quelquefois chez les diabétiques, vous ai-je dit, des troubles cérébraux passagers qui n'ont d'ordinaire que peu d'importance. Je fais allusion à la céphalalgie, aux vertiges, aux syncopes, aux attaques apoplectiformes. La *céphalalgie* n'est pas très rare chez les diabétiques ; elle occupe d'habitude la région de la nuque, moins fréquemment la région frontale. Elle coïncide souvent avec des sensations *vertigineuses*. Dans un cas rapporté par MM. Lecorché et Talamon (2), il existait chez une malade glycosurique un vertige à la fois objectif et subjectif. Lorsque la malade marchait, elle était parfois obligée de s'appuyer contre un mur, de se retenir à son prie-Dieu lorsqu'elle s'agenouillait; d'autres fois elle se sentait comme entraînée ou cahotée. Lasègue ne considérait pas ces vertiges comme placés sous la dépendance directe du diabète, mais plutôt sous celle des accidents gastriques qui accompagnent fréquemment la maladie.

Peut-être faut-il aussi rattacher aux troubles de l'estomac les *syncopes* signalées dans quelques observations. Quant aux attaques *apoplectiformes* qui ne sont pas très communes, elles paraissent résulter de poussées congestives vers l'encéphale. Ces attaques ont quelquefois été suivies de mort (cas de Watson, Copland, Aitken, Sexgen).

Les troubles que j'ai maintenant à vous décrire sont plus fréquents et plus importants à connaître que ceux qui précèdent ; ce sont les véritables troubles intellectuels du diabète. Ils consistent tantôt dans une diminution, dans un affaissement des fonctions psychiques, tantôt dans une perversion de ces fonctions et ils constituent alors un véritable délire.

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 février 1884.
(2) Études médicales faites à la Maison municipale de santé, 1881.

A. — Chez la plupart des diabétiques il existe une *apathie intellectuelle* plus ou moins marquée, d'autant plus profonde en général que la glycémie et la glycosurie, qui en est la suite, sont plus intenses. Ces malades ont moins de goût pour l'activité, pour les exercices physiques de tout ordre. Les efforts leur deviennent pénibles, même alors que la faiblesse musculaire dont je vous ai parlé plus haut, n'est pas assez accusée pour expliquer ce besoin d'inaction et de repos. Ils sont comme indifférents aux choses qui les intéressaient jusque-là et n'éprouvent plus le besoin des occupations intellectuelles qui faisaient autrefois partie de leurs habitudes. Il s'agit d'une sorte de déchéance de la volonté plutôt que d'un affaiblissement de l'intelligence elle-même. Toutefois, on constate presque toujours, en y regardant de près, une certaine diminution de la mémoire, quelques difficultés dans les conceptions. Ces troubles, légers d'abord, vont en s'accentuant à mesure que le diabète fait lui-même des progrès. L'inaptitude au travail devient plus grande, la paresse cérébrale plus complète. Le diabétique semble alors avoir un impérieux besoin de calme et de repos ; il s'assoit, se couche, garde l'immobilité, déclare qu'il se trouve bien et reste ainsi une ou plusieurs heures dans son fauteuil ou sur une chaise longue, sans s'occuper à quoi que ce soit, sans lire, sans parler, sans permettre que l'on cause autour de lui et de temps en temps on l'entend seulement dire ces mots : « Ah ! je suis bien... Comme je suis bien ! » Vient-il par hasard à analyser sa situation, à rendre compte de son état, à passer en revue les actes de sa vie, il avoue qu'il manque d'impulsion. « Je comprends, je pense, je juge, je prévois, disait un de mes malades, mais je n'exécute plus... La force impulsive me fait défaut. » Cette insouciance, cette sorte d'optimisme relatif dans lequel se complaisent certains diabétiques leur fait souvent accepter sans inquiétude et sans regret la perte de leurs aptitudes viriles. Tandis que l'impuissance est si amèrement subie par le quadragénaire, lorsqu'elle est produite par toute autre cause ou par le fait seul des progrès de l'âge, tandis qu'elle conduit à des tentatives inavouables ou à de coupables résolutions, là, au contraire, elle est accueillie avec étonnement, mais avec indifférence et résignation. Et, si je m'en rapporte à mes propres observations, je dois considérer comme exceptionnels les cas dans lesquels l'anaphrodisme serait, au dire de M. Durand-Fardel, la cause des vésanies des diabétiques.

Quand la maladie arrive à ses dernières phases, quand la glycosurie est ancienne et abondante, quand l'organisme est profondément miné par suite des déperditions qu'il fait chaque jour, l'état psychique que je viens de vous indiquer,

l'apathie et l'insouciance se prononcent davantage encore. Les malades ont de la soliloquie. Ils causent avec eux-mêmes à demi-voix, et éprouvent comme un véritable besoin de se raconter des histoires. Assis au coin de leur feu, ils restent seuls et ne s'ennuient pas; ils se parlent à eux-mêmes toujours sur le même ton, un peu lentement, arrivent à se suffire et préfèrent volontiers leur propre conversation à celle d'autrui, même à celle d'un entourage aimé. Ces soliloques placides, monotones et prolongés, ne témoignent en général d'aucune conception délirante; ils ne portent évidemment pas l'estampille d'une très grande élévation mentale à ce moment; l'on pourrait dire d'eux qu'ils constituent comme le soleil couchant de l'intelligence, mais enfin ils ne sont point entachés de délire.

Parfois, à l'apathie cérébrale plus ou moins accentuée se surajoute un impérieux besoin de sommeil (G. Ballet). Les malades prolongent leur repos nocturne et on a peine à les réveiller le matin, ou bien, dans la journée, on les voit tout à coup, quelquefois sans cause, d'autres fois à l'occasion d'une émotion, d'une excitation quelconque, s'affaisser, s'endormir d'un sommeil profond, difficile à dissiper, qui peut durer plusieurs heures. MM. G. Ballet (1), Gélineau (2), Landouzy (3), ont rapporté des faits de cet ordre. Il importe de les bien connaître, car ces *attaques* de sommeil peuvent révéler un diabète jusque-là méconnu. C'est ainsi que les choses se sont passées dans le cas de M. Landouzy. Ce cas est relatif à un malade, âgé de quarante-quatre ans, fils de goutteux, graveleux, frère de diabétique, chez lequel des accès de sommeil insurmontable survenaient à divers moments du jour et prenaient le malade à table même ou au sortir de table. La constatation de ce symptôme a permis de dépister la diabète. Les urines renfermaient 58 grammes de sucre par litre.

A l'opposé des accidents qui précèdent et qui tous expriment l'affaissement cérébral, on peut, au contraire, avoir affaire, chez les diabétiques, à un état mental qui révèle une excitation psychique durable ou passagère. Chez ces malades, ce n'est plus de l'apathie cérébrale, ce n'est plus de la somnolence qu'on observe, c'est de l'agitation et de l'insomnie.

L'*insomnie* n'est pas rare dans le diabète. Les individus qui en sont affectés dorment quelques heures à peine, sont réveillés par le moindre bruit, ont des rêves et des cauchemars. Souvent à la vérité cette insomnie ne paraît être qu'indirectement sous la dépendance du diabète; elle résulte plutôt de la soif ardente, des fréquents besoins d'uriner qui fatiguent le malade aussi bien la nuit que le jour.

L'excitation cérébrale se traduit surtout par une modification de l'humeur et du caractère. Tel diabétique, jusque-là de bonne relation, serviable et affectueux, devient irritable, colère, égoïste, se fâche à tout propos. C'était le cas, par exemple, d'un malade dont M. Mary (4) a rapporté l'histoire. Cet homme, autrefois de rapports faciles, devint tout à coup insupportable et querelleur, et fut, à plusieurs reprises, obligé de quitter les services auxquels il était attaché. Ce changement dans le caractère avait coïncidé avec l'apparition du sucre dans les urines.

(1) Contribution à l'étude du sommeil pathologique, in *Revue de médecine*, novembre 1882.
(2) *De la Narcolepsie*, Th. de Paris.
(3) Observation in *Mémoire de G. Ballet*, p. 953.
(4) *Considérations sur le diabète sucré*. Th. de Paris, 1881.

Avant de passer à l'étude du délire, laissez-moi vous signaler enfin un dernier trouble cérébral, qui a été plusieurs fois rencontré chez les diabétiques : je fais allusion à l'*aphasie*. MM. Bouchard, Charcot, Parinaud, l'ont observée. Dans un cas de M. Lecorché, rapporté par M. Dreyfous (*loc. cit.*), l'aphasie fut transitoire et ne dura que quinze jours.

HOPITAL MILITAIRE DE TÉBESSA. — M. Moty.

Contribution à l'étude du pneumothorax tuberculeux (1).

II

Cependant le malade s'affaiblissait et, comme l'incertitude du diagnostic nous obligeait à envisager l'hypothèse la plus favorable, une intervention devenait urgente. Il y avait à craindre en enlevant la canule de ramener la suffocation et, comme la plèvre était ouverte, il semblait plus rationnel d'en agrandir largement l'ouverture afin d'éviter la stagnation et la putridité des liquides dans la cavité; l'indication de l'empyème se posait.

Le 4 octobre, la température qui était retombée pendant deux jours remonte à 39°, les sueurs deviennent abondantes; on retire donc, sans hésiter davantage, la canule thoracique; on passe sans difficulté dans son trajet une sonde cannelée qui sert de conducteur à un bistouri pointu d'abord, puis à un bistouri mousse, avec lequel on incise les tissus sur une étendue de 3 centimètres en suivant le bord supérieur de la neuvième côte; une contre-ouverture est faite 6 à 7 centimètres en arrière, en se guidant sur la saillie d'une grande aiguille mousse recourbée introduite par la première incision, et un drain de crins de cheval phéniqués, de l'épaisseur de 5 millimètres, est introduit en anse dans la cavité pleurale; les extrémités du drain sont reliées entre elles et disposées de manière à n'exercer aucune pression sur les bords des plaies; gaze phéniquée, large plaque de toile imperméable, ouate et bandage de corps.

Au moment de l'incision, il s'était écoulé de la plèvre un peu de liquide rougeâtre suivi d'une petite masse d'exsudats fibrineux à demi purulents qui s'échappa assez difficilement. La fièvre tomba pendant deux jours à la suite de l'opération, mais le pouls resta petit.

On fait dans la plèvre, tous les deux jours, des lotions salicyliques à 3/1000, à la température de 35° à 40°. Le liquide, introduit avec un tube de caoutchouc de 1 mètre, par l'un des orifices, sort par un otoscope engagé dans l'autre; cinq litres de liquide à une pression de 1 1/12 d'atmosphère traversent ainsi la plèvre dans le premier pansement, et, comme le tube d'écoulement est insuffisant, le liquide s'accumulant dans la cavité détermine une assez vive oppression et jaillit avec force lorsque l'on retire le tube d'injection. Dans les séances suivantes, on réduit à un litre le liquide de lavage et l'on donne à l'orifice d'écoulement un plus grand diamètre qu'à celui d'entrée; de plus, on imprime quelques mouvements au malade avant de laisser sortir l'injection, afin de mieux nettoyer la plèvre; le liquide ressort clair et une petite quantité de coagulum fibrineux demi-purulent se présente seulement à la fin du pansement.

Le muco-pus recueilli n'a pas d'odeur, il renferme très peu de bactéries et de vibrions, beaucoup de fibrine, des globules de pus faiblement granuleux, quelques gouttelettes de graisse.

7 *octobre*. — L'état général reste grave, le pouls rapide et faible; la fièvre qui avait cédé reparaît.

15. — Coloration bleue verdâtre très prononcée de la suppuration due à des masses granuleuses opaques très nombreuses (pyocyanine). Aggravation de l'état général, sueurs abondantes, amaigrissement considérable, menaces d'escarres au sacrum; le sommet gauche est toujours intact et la plèvre droite reste vide et sonore.

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 février 1884.

17. — Légère hémorragie diathésique sans origine reconnaissable, lavage de la plaie au tanin au 1/30.

18. — Délire nocturne. Pupille gauche un peu plus dilatée que la droite; toutes deux continuant néanmoins à réagir à la lumière; persistance d'un suintement hémorragique.

Mort le 20, à six heures du soir.

A partir du 6, la température a oscillé régulièrement entre 39° le soir et 37° le matin, sans être sensiblement influencée par la quinine.

Bien que la marche de la maladie rendît fort probable la nature tuberculeuse de l'affection, l'autopsie présentait un grand intérêt.

Autopsie. — Pratiquée quarante-quatre heures après la mort, elle fournit les résultats suivants :

Thorax. — Plèvre droite tapissée d'une couche purulente verdâtre moins épaisse sur le poumon; un peu de liquide de même nature dans la partie déclive de la cavité.

Le poumon a conservé le tiers de son volume en augmentant de consistance; il adhère très solidement à son sommet. Sans déplacer les organes, on reconnaît par l'insufflation que la perforation siège au tiers supérieur de la face externe du poumon droit; puis, l'ayant enlevé avec précaution, on trouva au point indiqué deux ulcérations : l'une circulaire admettant l'extrémité du petit doigt et à bords indurés ne pénètre qu'à 1 centimètre et ne laisse pas passer d'air; l'autre, placée un peu plus haut, elliptique, à grand diamètre vertical de 3 centimètres, pénètre profondément dans le parenchyme pulmonaire et communique avec une petite bronche : c'est par elle que l'air a passé dans la cavité pleurale.

L'orifice de la perforation, que l'on pourrait très exactement comparer à une vulve, présente deux lèvres superficielles à bords indurés correspondant aux grandes lèvres et deux lèvres plus profondes, assez molles, comparables aux petites lèvres et dont les bords, qui entrent en contact d'un côté à l'autre du fond de la perforation, se soulèvent légèrement quand l'air les écarte vers l'extérieur et s'appliquent au contraire plus exactement l'un contre l'autre quand le courant change de direction.

Cette disposition, qui a pu être constatée par MM. les docteurs Levesque, Pailloz et Dumontier, rend parfaitement compte des phénomènes observés pendant la vie et du jeu de soupape qui ne permettait pas à l'air accumulé dans la plèvre de repasser dans les voies aériennes. Les adhérences du poumon droit ne se rompent qu'en entraînant une portion du tissu cellulaire profond du cou; un certain nombre de gros tubercules caséeux assez durs se rencontrent dans les deux lobes supérieurs; pas de granulations récentes, pas de cavernes.

Le poumon gauche adhère totalement et très solidement, mais ne renferme absolument aucun tubercule, ce qui concorde avec l'intégrité des phénomènes stéthoscopiques normaux pendant la vie. Sous la plèvre viscérale gauche se rencontrent de nombreuses ecchymoses semblables à celles de l'asphyxie.

Cœur. — Le péricarde renferme une centaine de grammes de liquide louche contenant de gros flocons fibrineux; des exsudats de même nature se trouvent sur les deux feuillets séreux; cœur gauche absolument vide, cœur droit contenant un caillot rouge peu volumineux.

Aorte. — Endartérite prononcée de la crosse de l'aorte disparaissant insensiblement à la partie moyenne de son trajet thoracique. La péricardite restée latente aurait pu être soupçonnée et rend compte de la rapidité et de la faiblesse du pouls même dans les moments d'apyrexie.

Abdomen. — Péritoine sain; foie rouge pâle, uni, de volume normal; rate pâle non hypertrophiée; reins très dégénérés, surtout celui du côté droit congénitalement moins développé; sur celui-ci les traînées blanc grisâtre de la dégénérescence vont de la périphérie jusqu'au hile du rein et ont détruit complètement les portions de graisse jaune qui entourent les bassinets; quelques îlots du tissu sain existent encore dans les parties corticales et pyramidales de l'organe.

A gauche, la lésion est moins prononcée, la graisse persiste en partie vers le hile du rein.

Les artères intercostales insufflées ne laissent pas échapper d'air. L'hémorragie était donc, comme on l'avait pensé, diathésique et non traumatique.

Crâne. — Dure-mère très adhérente, cerveau sain, en apparence.

L'*examen microscopique* n'offre isolément pas assez d'intérêt pour être rapporté en totalité; notons seulement que la bactérie de Koch n'a pu être trouvée même en examinant les parties périphériques des noyaux tuberculeux; on a, par contre, rencontré dans les divers organes examinés des bactéries courbes de 1 à 2 $\mu\mu$ peu mobiles et un assez grand nombre de vibrions souvent associés par deux et toujours mobiles.

Voici les principales conclusions à déduire de cette observation :

1° Le pneumothorax aggrave quelquefois la marche de la tuberculose.

2° Il peut y avoir indication formelle à pratiquer la thoracenthèse, mais l'empyème a le grave inconvénient de créer des plaies diathésiques et doit être retardé jusqu'à la dernière limite.

3° La discordance entre le pouls et la température aurait dû, dans le cas spécial, mettre sur la voie du diagnostic de l'épanchement péricardique.

4° La dilatation de la pupille gauche tenait peut-être à une irritation du sympathique par l'intermédiaire de ses filets cardiaques.

5° Enfin dans toute forme de lésion chronique de la plèvre de nature douteuse, la tuberculose doit être soupçonnée.

HOPITAL DENTAIRE DE PARIS. — M. DAVID.

De l'avulsion des dents par le procédé de la religieuse (1).

II

Les observations suivantes sont des exemples de la terminaison fâcheuse de l'application intempestive du procédé de la religieuse à l'extraction des dents.

OBSERVATION I. — En mai 1883, un jeune élève de treize ans se présente un jeudi à ma consultation dans un des lycées de Paris. Nous le trouvons dans l'état suivant :

Les deux incisives centrales supérieures sont fortement séparées, allongées, mobiles, et entourées de fongosités gingivales qui recouvrent environ un tiers de la couronne.

Ne pouvant obtenir de l'enfant, qui souffrait beaucoup, des renseignements précis sur son cas, je me bornai ce jour-là à faire une cautérisation des fongosités gingivales avec une spatule rougie à la lampe.

Le lendemain, l'enfant, qui n'avait cessé de souffrir, m'est conduit dans mon cabinet par sa mère. J'apprends alors qu'il venait de subir un traitement orthopédique pour rapprocher les deux incisives centrales. Le rapprochement avait été effectué à l'aide d'un appareil approprié. Le résultat obtenu, le dentiste s'était borné, pour le maintenir, à enlacer les deux dents avec un anneau de caoutchouc.

Notre diagnostic fut dès lors établi, malgré les allégations de la mère qui soutenait avoir enlevé elle-même l'anneau (*un* anneau) à l'époque prescrite. Elle regrettait même beaucoup de s'être conformée à cette prescription; car, à son sens, les dents ne s'étaient de nouveau écartées et n'étaient devenues mobiles que parce qu'elles n'avaient pas été assez longtemps attachées. Le caout-

(1) Fin. — Voir le numéro du 16 février 1884.

chouc avait été posé dix-huit jours auparavant et enlevé le dixième.

En fouillant sous les fongosités gingivales, nous fûmes assez heureux pour retirer, avec une rugine fine en forme de crochet, un petit anneau de caoutchouc rouge qui était autour de la racine de l'incisive gauche. Nous n'en trouvâmes point sur celle de droite.

Avec le cautère électrique, nous fîmes une forte répression des fongosités du bord gingival.

Le *samedi*, l'enfant souffrait encore de l'incisive droite, seulement ; l'autre allait beaucoup mieux. Une exploration minutieuse faite sous la gencive, le long de la racine profondément dénudée, amena encore un anneau de caoutchouc. Je crus dès lors pouvoir espérer la consolidation de cette incisive droite. Je lavai à grande eau l'ouverture gingivale, alvéolaire, qui laissait échapper un suintement de pus fétide.

Le *dimanche* matin notre jeune malade revenait encore nous voir et nous apportait sa dent droite pendante, sans aucune adhérence. Nous n'eûmes qu'à la prendre. Avec elle sortit encore un anneau de caoutchouc et, cette fois, le dernier. La dent gauche était reconsolidée, mais restait déchaussée sur une étendue de 3 à 4 millimètres au-dessus du collet.

Le dentiste avait donc appliqué ici trois anneaux de caoutchouc. Selon toute apparence, il avait dû les mettre autour des deux dents; mais un seul était resté en cette situation, celui que la mère avait enlevé. Les deux autres tirés par l'enfant ou par la mère, lors de l'ablation du premier, avaient dû être dérangés et avaient continué à s'avancer vers le sommet des racines. Quoi qu'il en soit, cette application eut pour résultat la perte totale d'une incisive médiane, et un fort déchaussement de sa congénère.

Obs. II.— Dans le courant du mois de février 1880, je vis, dans mon cabinet, une jeune fille de douze ans à laquelle on venait faire arracher une dent. Je demande à voir l'organe et l'on m'indique la première prémolaire supérieure gauche *permanente*, très ébranlée, sur le point de tomber spontanément. « C'est une dent de lait, me disaient les parents, que l'on a déjà arrachée à moitié ; l'opération ne sera donc pas difficile. »

Je protestai contre cette indication et à grand' peine je parvins à convaincre les parents qu'il s'agissait d'une dent permanente et non d'une dent temporaire.

Pourquoi donc était-elle si ébranlée? Quinze jours auparavant, une femme, se disant dentiste, avait fait une tournée aux environs de Versailles et était venue opérer dans l'établissement où se trouvait notre jeune cliente. Elle avait pris cette dent pour une dent de lait et l'avait attachée, ainsi que tant d'autres. Toutes étaient tombées, comme elle l'avait annoncé, deux, trois, quatre jours après son départ. Seule celle-ci avait résisté, et pour cause ! ce n'était pas une dent de lait à racine courte, tronquée.

Le premier jour, l'enfant eut une fluxion considérable, qui, vers le huitième jour, ne fit que diminuer lentement.

Comme elle souffrait toujours et que cette dent ne voulait pas tomber, la famille fut invitée à faire conduire l'enfant chez un dentiste.

Je trouvai la dent extrêmement mobile, entourée de fongosités gingivales volumineuses qui la recouvraient presque entièrement, et baignant dans le pus.

Un stylet introduit le long de la racine me permet de constater qu'elle était entièrement décollée (quinzième jour après l'application du fil).

J'en pratiquai donc l'extraction.

A mon grand étonnement, la racine ne portait pas le fil. Celui-ci ne sortit de l'alvéole qu'à l'aide d'une vigoureuse injection : c'était un fil de soie épais, bien noué, déjà en partie décomposé.

L'exploration de l'alvéole me permit de constater une nécrose du fond. Et, en effet, l'on m'apprit plus tard qu'environ un mois après cette opération l'enfant avait perdu un séquestre de la grosseur d'un noyau de cerise.

En résumé, ce procédé d'extraction agit de deux façons :

1° En séparant mécaniquement la racine dentaire de ses adhérences alvéolaires et gingivales ;

2° En provoquant une inflammation du périoste alvéolo-dentaire, dont le premier effet est la mobilité de l'organe, et l'effet ultime, la mortification du périoste : d'où résulte la perte des adhérences de la dent et sa chute spontanée.

Le premier mode d'action est presque exclusif dans l'application du procédé sur les dents temporaires. Ici, en effet, la périostite est fort légère ou même nulle, à cause du peu de longueur des racines. Ce qui reste du périoste dentaire n'adhère qu'à l'anneau gingival contigu : le lien le sépare rapidement, le mortifie, sans déterminer d'autre inflammation que celle du bord libre de la gencive, sans intéresser l'alvéole. Aussi le croyons-nous appelé à rendre, dans ce cas, de réels services. Il est facilement accepté par les enfants, toujours effrayés par les instruments ordinaires d'extraction; il n'est pas douloureux ; il est, en outre, à la portée de toutes les mains.

Sans vouloir en indiquer ici le manuel opératoire, nous croyons cependant quelques conseils utiles. Un fil de chanvre un peu épais, non tordu, nous paraît être le lien le plus commode. On l'applique au collet de la dent, en ayant bien soin de dépasser le talon de la couronne pour qu'il ne puisse s'échapper, et on le noue serré en évitant de faire un gros nœud qui pourrait arrêter le glissement.

Le fil nous paraît préférable à l'anneau de caoutchouc que l'on n'a pas toujours sous la main, que l'on introduit très difficilement entre les dents voisines, ou qui ne reste pas en place, se trouvant refoulé par la gencive, et qui tombe ainsi facilement, à moins que la couronne ne soit très élargie.

Pour les dents permanentes, nous ne conseillons pas l'application du procédé en tant que procédé d'extraction, à cause des accidents inflammatoires qu'il peut provoquer, avec leur cortège habituel de souffrances très vives, très longues, de fluxions, d'abcès. Les liens divers, les anneaux de caoutchouc ne doivent y être appliqués que dans certains cas de redressement, et encore faut-il veiller à ce qu'ils ne produisent pas de déchaussement, alors même qu'ils ne sont plus limités à une seule dent, mais toujours attachés au moins à deux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 février 1884. — Présidence de M. Mathias Duval.

COMMUNICATIONS

Curare. — M. BOCHEFONTAINE fait en ce moment des expériences avec un curare qui, outre les propriétés habituelles du curare, possède celle d'arrêter le cœur en systole. Toutes les grenouilles et tous les chiens qui sont soumis à l'influence de ce curare meurent le cœur en systole. D'après certaines recherches, ce curare, qui vient du Brésil, contiendrait du venin de crapaud.

M. LABORDE demande si ce curare, dont vient de parler M. Bochefontaine, exerce sur les animaux une action convulsivante. Plusieurs fois M. Laborde a eu l'occasion de se servir de curares qui avaient cette action convulsivante.

M. BOCHEFONTAINE répond qu'il n'a pas remarqué cette action convulsivante.

De l'origine de l'hymen. — M. POZZI présente une jeune fille qui, tout en ayant une vulve bien conformée, munie d'un

hymen normal, n'a ni vagin, ni utérus, ni probablement d'ovaires. Rapprochant ce fait de celui qu'il a présenté dans une précédente séance (hypospade avec un hymen) et de plusieurs pièces et moulages qu'il soumet aux yeux de la Société, M. Pozzi arrive aux conclusions suivantes :

1° L'hymen est une dépendance de la vulve et non du vagin; cette membrane est formée aux dépens du sinus uro-génital qui forme aussi le court canal vestibulaire qui constitue le seuil du canal vaginal.

2° C'est par suite d'une fausse homologie qu'on a donné le nom de bulbe du vagin à la partie inférieure et renflée du riche plexus vasculaire qui occupe toute la hauteur du vagin, ainsi que l'a démontré M. Rouget. Il n'y a pas lieu de voir là un organe distinct et on ne saurait l'assimiler au bulbe de l'urètre de l'homme.

Les corps spongieux de l'urètre (homme) ne sont pas le résultat d'une formation analogue à celle des petites lèvres (femme). En effet, chez notre hypospade il existe à la fois des petites lèvres parfaitement caractérisées et des corps spongieux très marqués, quoique atrophiés sous forme de bride.

Les corps spongieux sont donc le résultat d'une formation spéciale le long du bord du sinus uro-génital, bord dont le revêtement externe se développe en grande lèvre et le revêtement interne en petite lèvre chez la femme (ou l'hypospade), tandis que, par sa soudure, il constitue chez l'homme le repli médian et la cloison des bourses.

3° Un examen attentif décèle chez la femme et plus visiblement chez la petite fille, dans la région vestibulaire, entre le clitoris et le méat, une petite bride large d'un demi-centimètre, reconnaissable à la netteté rectiligne de ses bords, marquée d'une rainure médiane et divisée inférieurement pour entourer le méat urinaire; quand l'hymen existe, elle paraît se continuer manifestement avec cette membrane. Je propose d'appeler cette bandelette bride masculine du vestibule pour indiquer ses homologies.

4° L'étude de la bride balano-urétrale signalée dans les cas d'hypospadias révèle des connexions identiques pour cette grosse bride et pour la petite bride du vestibule féminin. Chez l'hypospade, il est clair jusqu'à l'évidence que la bride est un vestige du corps spongieux resté à l'état embryonnaire. Donc l'hymen de l'hypospade, dépendance de la bride, est aussi une dépendance du corps spongieux : il en est la partie terminale et renflée, le bulbe. Cette conclusion peut être rigoureusement appliquée à la femme en suivant pas à pas les connexions identiques. En conséquence, l'hymen chez la femme est l'analogue du bulbe de l'urètre chez l'homme. C'est le bulbe resté à l'état embryonnaire, non érectile et membraniforme à l'entrée du canal vestibulaire, transformation du canal uro-génital.

5° La bride masculine du vestibule chez la femme est le vestige de la portion antérieure ou cylindroïde des corps spongieux, de même que l'hymen est le vestige de leur portion postérieure ou ovoïde. Sa découverte et celle de ses connexions avec cette membrane comblent une lacune dans l'homologie des organes génitaux externes de l'homme et de la femme.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour.

II

Durant le règne de la Terreur, les représentants du peuple Pinet, Cavaignac et Dartigoyte, chargés par la Convention de sévir contre les aristocrates et les Girondins, abattaient de tous côtés des têtes pour conserver les leurs et pour se faire valoir aux yeux de la République. Le prétexte de cette grande vindicte nationale fut dans ce pays une prétendue conspiration ourdie dans une commune voisine de Saint-Sever par des aristocrates qui avaient, disait-on, des relations soit avec les émigrés d'Espagne, soit avec les contre-révolutionnaires de nos contrées : on les accusait d'accaparer les grains pour affamer les patriotes. Un citoyen de cette localité, redouté par son exaltation républicaine, fut le principal promoteur des dénonciations au tribunal révolutionnaire de Saint-Sever. Il accréditait le bruit qu'il y avait, chez les suspects de cette commune et des environs, du pain d'officier et du pain de soldat pour l'arrivée prochaine des émigrés. Le représentant Dartigoyte fit un grand rapport à la Convention sur cette conspiration, sur ses ramifications étendues, sur les moyens de répression énergique par les commissaires du gouvernement. On exploita ce criminel mensonge pour persécuter à outrance tous les citoyens qui ne partageaient pas ostensiblement l'exaltation des vrais montagnards.

Saint-Sever devint à cette époque le siège du terrible *tribunal révolutionnaire;* il y eut quatre maisons de réclusion où l'on avait entassé les suspects du pays et des départements voisins.

La maison de ma famille se trouvait entre deux de ces maisons; nous pouvions voir et même recevoir quelques reclus par les fossés de la ville où existaient des issues secrètes. Le représentant Dartigoyte était logé dans notre voisinage : on lisait sur la façade de sa maison, en très grands caractères : *Unité, Indivisibilité de la République : Liberté, égalité, fraternité ou la mort.*

Ma mère taxée d'aristocrate fut comprise dans les suspects; mon père fut excepté, parce qu'il était le médecin gratuit de l'hôpital et des pauvres; je lui ai souvent entendu dire qu'il avait eu honte de cette exception, attendu que presque tous les honnêtes gens avaient été frappés par cette mesure.

Le tribunal révolutionnaire ou Commission extraordinaire se composait de six étrangers venus à la suite des représentants et de la guillotine.

Les audiences se tenaient dans une salle qui faisait partie de l'ancien couvent des Bénédictins.

La guillotine fut dressée et demeura en permanence sur la place du Tour du Sol, à quelques mètres du balcon d'une maison.

Les corps des victimes furent inhumés dans un cimetière récemment ouvert, à peu de distance de cette place.

On a observé que les femmes du peuple qui se rendaient sur la place pour être témoins de ces exécutions, étaient en nombre de beaucoup supérieur à celui des hommes. Je dois à la vérité de confesser que, comme d'autres gamins de mon âge, aussi entraînés que moi par la curiosité, j'ai assisté d'un peu loin deux fois à ce supplice (un vénérable vieillard, père d'un émigré, et un Girondin).

Il m'était toujours resté dans l'esprit que vingt-deux personnes avaient été guillotinées en 93 sur la place de Saint-Sever ; j'ai fait et renouvelé pendant longtemps des recherches sur ce point, j'ai consulté les quelques vieillards survivant à cette lugubre époque, et je n'ai pu retrouver que les noms de vingt et une victimes. La vingt-deuxième me reste encore inconnue. Les jugements imprimés ont disparu ou du moins ils ne sont pas parvenus à ma connaissance : j'en possède deux seulement, un qui acquitte un maréchal de camp et un qui condamne à mort deux frères dénoncés comme coalisés et ayant des correspondances avec un abbé émigré en Espagne : *ab uno disce omnes.*

En 92, et vraisemblablement le 14 juillet, j'assistai avec toute la population de la ville et de la banlieue à la plantation solennelle de l'arbre de la Liberté.

L'arbre destiné au baptême de la Liberté était un tronc droit d'une grande hauteur, bien poli, peint aux couleurs nationales surmonté du bonnet phrygien et de deux drapeaux tricolores. Le socle était carré et sur chaque face il y avait une inscription en vers : je me rappelle l'une de ces inscriptions, elle peut donner la mesure des autres et de l'esprit d'alors :

Lorsque sur un tyran nous suspendons nos coups,
Chaqu'instant qu'il respire est un crime pour nous.

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 février 1884.

Avant d'être dressé sur la place jadis Royale, l'arbre fut promené en pompe dans les principales rues de la cité avec un nombreux cortège. La Constitution écrite en grands caractères était plaquée très ostensiblement contre le joug des bœufs qui le traînaient *d'un pas tranquille et lent;* ce joug était orné de cent rubans tricolores flottants : de jeunes citoyennes, vêtues de blanc, avec des faveurs tricolores enlacées dans les cheveux, portaient dans d'élégantes corbeilles aux trois couleurs des fleurs qu'elles semaient au devant de la Constitution ambulante. Les jeunes filles qui avaient épuisé leurs corbeilles étaient aussitôt remplacées par d'autres afin que la pluie des fleurs fût continue. Le plus grand ordre régnait dans cette procession. La musique municipale jouait les marches du jour, les airs chéris, *Allons, enfants de la patrie..., Ça ira, ça ira,* etc.

Les autorités chamarrées des trois couleurs, la garde nationale avec ses tambours, tous les citoyens et citoyennes unis, confondus par la sainte égalité, cocardés et enrubannés, escortaient le bienheureux tronc d'arbre orné de l'éclatante ceinture tricolore en spirale.

La force et l'adresse combinées, stimulées par les vœux les plus ardents et la plus bruyante exaltation, mirent debout, sans le moindre accident, cette idole du jour. Dans cette manœuvre pour obtenir et fixer la verticalité de l'arbre, je n'ai point oublié tout jeune que j'étais, ces yeux de tous les spectateurs animés d'une crainte et d'une espérance silencieuses : j'entends encore ce murmure de satisfaction qui éclata dès le succès.

Après les discours empreints de toute la verve patriotique, après le chant marseillais revociféré jusqu'au ciel par toute l'assistance, après les applaudissements universels, les cris redoublés de : « Vive la liberté ! vive la constitution ! » le citoyen Labeyrie, curé de Saint-Sever, et le citoyen Saurine, évêque constitutionnel, épandirent leur bénédiction sur ce représentant ligneux de notre liberté ; mais cet arbre sans racines n'eut qu'une existence éphémère. Cette fête est, de toutes les fêtes civiques célébrées dans notre cité, celle où j'ai vu le plus grand concours de tous les rangs, l'enthousiasme le plus unanime, une gaieté partagée par tous et un ordre qui ne fut pas un moment troublé.

En 1792, lorsque la politique agitait les esprits et échauffait les têtes, quelques jeunes hommes de Saint-Sever s'associèrent pour jouer la tragédie et fondèrent le théâtre qui existe encore aujourd'hui. J'ai assisté à la représentation de plusieurs pièces fécondes en allusions à la situation politique d'alors, telles que la *Mort de César*, *Brutus*, *Mahomet*, etc.

La mort de Robespierre amena dans notre cité une salutaire réaction, due principalement à des officiers du 18e régiment de dragons qui vinrent y tenir garnison ; à la faveur de leur uniforme et d'une opinion modérément républicaine, ils s'emparèrent de la tribune de notre club. Ils blâmèrent avec talent et intrépidité les fougueux dénonciateurs et accusateurs de la veille. Les braillards de la boutique furent frappés d'aphonie et presque de mutité. La démagogie fut terrassée et la terreur disparut avec la guillotine.

Ces orateurs militaires, dont j'ai retenu quelques noms, firent une heureuse et profonde impression dans l'esprit des citoyens amis de l'ordre qui commencèrent à pouvoir respirer.

Leur qualité d'étrangers ne contribua pas peu à les enhardir dans le bien qu'ils nous firent.

Après le règne de la Terreur, en 1794 et 1795, quelques-uns de nos concitoyens, dans le but de tempérer les esprits et de faire une diversion aux passions politiques, conçurent et exécutèrent l'idée de s'associer de nouveau pour jouer non pas la tragédie, mais la comédie, et y admettre gratis le public. Les directeurs de cette association étaient deux hommes riches et honorables qui comprenaient parfaitement la mission sociale qu'ils s'étaient imposée, MM. de T... et de B... Quoique de caractères diamétralement opposés puisque l'un était froid et calme, l'autre d'un esprit très vif et mobile, ils s'entendaient à merveille par la noblesse des sentiments et une générosité sans bornes. Ils s'adjoignirent M. L..., président de notre tribunal, homme grave et complaisant, qui consentit à devenir le souffleur du théâtre. Jamais on ne vit un plus heureux concours d'intelligence, de jeunesse, de gaieté et de grâces. Toute la société sans distinction de rang et d'opinion était dans l'union la plus parfaite.

Après la représentation, la troupe se réunissait autour d'une table bien servie, chez l'un ou chez l'autre des directeurs. On ne reverra jamais une organisation des plaisirs aussi heureusement conçue que celle-là ; d'abord parce que des hommes tels que MM. de T... et de B..., réunissant esprit, cœur, fortune et générosité, sont exceptionnels ; puis les métamorphoses politiques leur avaient préparé une occasion, une opportunité qu'ils ont eu l'habileté de saisir et de mettre à profit. Ces deux puissants éléments de véritable confraternité ne se représenteront plus.

Je veux consigner ici deux faits dont j'ai été témoin oculaire et qui prouvent d'une part combien était délicate la situation des hommes un peu élevés par leur rang et par leur fortune au-dessus de la plèbe, et de l'autre de quelle importance est dans les circonstances difficiles le dévouement d'une autorité locale probe, intelligente et influente par la fortune.

En 1795, l'exaltation républicaine, malgré la chute de Robespierre, était encore progressive. Il suffisait d'être riche ou d'appartenir à une bourgeoisie aisée pour encourir la disgrâce populaire. Les jeunes gens de cette double condition étaient, comme toujours, esclaves de la mode. Les *muscadins,* ou élégants de l'époque républicaine, avaient les cheveux longs et pendants sur les côtés, les *oreilles de chien,* ou bien ils portaient les cheveux tressés en *cadenettes* qui remplaçaient l'antique *catogan;* ils avaient des pantalons collants et parfois des bas de soie avec des raies colorées en travers. Le peuple désignait ces messieurs sous le nom insultant de *chouans.*

Un jour de course de taureaux pour la fête de la Saint-Jean, à Saint-Sever, M. A. de L..., jeune homme à tête chaude, eut une violente rixe sur la place, et on allait le jeter dans le puits d'une maison voisine lorsque M. de T..., alors maire, s'approche ceint de son écharpe tricolore et ordonne qu'à l'instant le sieur L... soit conduit à la prison pour instruire son affaire ; par cette manœuvre habile, L... fut sauvé et tout simplement relaxé le lendemain.

Cette même année, je me trouvais à Mont-de-Marsan pour la fête de la Madeleine. Notre compatriote M. C. D..., homme fort et intrépide, que j'avais vu avec des bas rayés en travers, fut pris à partie par le peuple : on était sur le point de le précipiter du parapet du pont de la rivière. M. D..., maire, prévenu à temps, se rendit sur les lieux et ordonna d'un air très en colère de transporter ce chouan en prison pour être livré aux tribunaux. Le haut patriotisme du maire atteignit son but et, dans la nuit même, C. D... gagna ses foyers.

En 1795, un camp fut établi près de Saint-Sever par des troupes venues de l'armée des Pyrénées occidentales ; ce camp était situé dans une plaine cultivée au nord du moulin de l'Adour. Je visitai avec la plupart des habitants de la ville les tentes de ce camp, ce qui était une nouveauté pour nous. Le général Moncey (depuis maréchal de France) commandait en chef l'armée des Pyrénées ; il vint passer l'inspection du camp et descendit chez M. Lamarque, père du général de ce nom qui était alors adjudant général.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Blanchard a été élu, samedi, membre titulaire de la Société de biologie.

— Par décret, en date du 13 février 1884, le nouveau « Codex medicamentarius, pharmacopée française », édition de 1884, sera et demeurera obligatoire pour les pharmaciens, à partir du 15 mars 1884.

— Par arrêté ministériel, en date du 9 février 1884, M. le docteur Gillet de Grandmont a été nommé oculiste consultant du théâtre national de l'Opéra-Comique.

— Par arrêté de M. le Préfet de police, il est créé deux places d'interne en médecine à l'Infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la Préfecture. Ces internes recevront une allocation de mille francs par an, seront logés dans les dépendances du Palais de Justice et auront droit au chauffage et à l'éclairage. La durée de leurs fonctions sera limitée à deux années.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le professeur Denucé est maintenu pour cinq ans dans ses fonctions de doyen.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Colas est nommé, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale en remplacement de M. Lober, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — La chaire d'anatomie pathologique ayant été déclarée vacante, la Faculté présente : en première ligne, M. Raymond Tripier ; en seconde ligne, M. Paul Colrat.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Lévy est nommé chef de clinique chirurgicale (emploi nouveau).

M. le docteur Saliéges est nommé chef de clinique médicale (emploi nouveau).

M. Guérin est nommé préparateur de physiologie (emploi nouveau).

— *École de médecine de Caen.* — M. Pauchon, docteur ès ciences, pharmacien de première classe, est chargé du cours de physique.

— *Faculté des sciences de Caen.* — M. Pauchon, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de physique.

— MM. les docteurs Boutié et Polin, médecins-majors de deuxième classe, sont autorisés à accepter et à porter la croix d'officier de l'ordre du Nicham-Iftikhar.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15783.

N° 22. — JEUDI 21 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 21 FÉVRIER 1884. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Méningite tuberculeuse. — Hôpital de la Clinique. Le toucher et le palper comme moyen d'exploration dans la grossesse. — Hôpital Saint-Léon de Nancy. Évidement de l'olécrane ; ouverture accidentelle du coude ; guérison par le pansement ouaté d'Alph. Guérin. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le mot discussion est bien impropre pour désigner la série de discours qui se succèdent au sujet du régime des aliénés. A vrai dire, c'est bien plutôt un plébiscite des aliénistes. Tous se prononcent dans le même sens. Tous renchérissent les uns sur les autres pour faire un éloge enthousiaste de la loi de 1838. Ce n'est qu'à la grande rigueur qu'ils y laisseront apporter quelques modifications de détail, les plus légères possible. Nous n'avons encore entendu proposer comme réformes utiles que les deux suivantes : 1° l'autorisation pour le membre de la commission de l'hospice, chargé d'administrer provisoirement les biens de l'aliéné, de vendre ses immeubles, comme ses meubles, sans interdiction prononcée, pour *améliorer sa situation* et lui permettre un traitement plus cher ; 2° la nécessité d'un jugement pour autoriser la sortie d'un homme traité dans un asile, alors même qu'il semble guéri. Ce seraient des aggravations de la loi de 1838.

M. Mesnet, qui a parlé dans cette séance, s'est certainement montré un des plus éloquents et des plus habiles défenseurs de la loi en question. A l'entendre, on ne saurait rien imaginer de plus parfait que le régime des aliénés tel qu'il a été établi par elle et tel qu'il fonctionne.

M. Pinard a communiqué la relation d'une opération très heureuse pratiquée par lui, pour une grossesse extra-utérine reconnue d'abord par M. le docteur Launay (de Rueil), puis par M. le docteur Tachard (de Bois-Colombes). Le fœtus, qui avait vécu jusqu'à terme, put être extrait, un mois et demi après sa mort, par une incision pratiquée sur le vagin dans le cul-de-sac postérieur, où le kyste fœtal se trouvait adhérer avec cet organe. Les suites furent tout aussi simples que celles d'un accouchement naturel.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Méningite tuberculeuse.

Samedi dernier entrait à la salle Sainte-Anne et était couchée au lit n° 6 une jeune fille de dix-huit ans, d'une bonne constitution, ordinairement fraîche et rose, qui était malade depuis cinq ou six jours seulement. Elle venait du Vésinet, où elle était domestique.

En arrivant, elle avait une fièvre intense, une température de 40 degrés, de la céphalalgie et surtout une douleur très vive à la nuque : douleur se faisant sentir au moindre mouvement ou sous l'influence de la moindre pression des masses cervicales. Enfin elle geignait de partout, en proie à une hyperesthésie générale superficielle et profonde. Le pouls était à 120, la langue était sèche. En somme, on trouvait tous les principaux caractères d'un état typhique prononcé.

S'agissait-il d'une fièvre continue entrant dans son second septénaire ? Non ; et nous ne trouvions pas la moindre trace du catarrhe pulmonaire que l'on rencontre toujours au début. L'appareil pulmonaire était intact, la gorge n'était pas atteinte, la rate ne présentait rien de particulier non plus, et les fosses iliaques droite et gauche étaient absolument indolores à la pression. A la base du sternum on percevait seulement un léger souffle systolique.

En somme, il n'existait qu'un état typhique sans localisation aucune.

Le lendemain cet état persistant sans aucun changement, je prescrivis un verre d'eau de Sedlitz, qui amena une selle et le soir un lavement, qui fut également suivi d'une seconde selle.

Le surlendemain l'hyperesthésie augmente et l'on constate de l'opisthotonos. Si l'on vient à pincer légèrement la peau, la commissure labiale du côté gauche est attirée vers l'oreille, l'œil droit reste fermé ; en même temps on observe une dilatation symétrique des deux pupilles alternant avec leur contraction, enfin des taches méningitiques très nettes.

Le quatrième jour l'état typhique persiste, compliqué toujours d'opisthotonos.

Le lendemain, on constate que, chaque fois que l'on pince ou que l'on pique la peau, l'état de dilatation ou de contraction pupillaire cesse immédiatement : c'est là un caractère sur lequel Parrot avait, l'année dernière, appelé l'attention de ses confrères, dans un travail très important, et qu'il considérait comme pathognomonique d'une affection méningitique.

Ce phénomène morbide, joint à deux ou trois autres, existant aussi chez notre malade, nous a fait penser aussitôt que derrière l'état typhique pourrait bien se cacher un état méningitique. Avions-nous affaire à une fièvre typhoïde compliquée d'un état congestif spinal et cérébral ? S'agissait-il, au contraire, d'une de ces méningites cérébro-spinales épidémiques que l'on observe quelquefois dans les caser-

nes parmi les jeunes recrues? Non, cette jeune fille n'était pas dans les conditions voulues pour cela. De quelle nature était donc sa maladie? Une tuberculose aiguë avec localisation dans les méninges cérébro-spinales? La marche de la maladie, l'âge du sujet, etc., donnaient quelque peu raison à ce diagnostic, mais la fièvre et d'autres symptômes pouvaient survenir et modifier nos appréciations. Aussi, gardant encore une certaine réserve, je me bornai à dire : état typhique, et ce, d'autant plus que les antécédents étaient nuls.

Mais si le diagnostic était ainsi réservé, par contre, le pronostic était grave, quelle que fût la maladie en cause, car le pouls était à 120 en même temps que la température marquait 40 degrés. Or, ainsi que l'a très bien dit M. le professeur Hardy, une pareille concordance d'élévation entre le pouls et la température sont toujours le fait d'une maladie générale très grave. La thermométrie dans la fièvre typhoïde est un excellent indicateur, mais à la condition d'étudier parallèlement le pouls; tous deux sont indispensables à faire concurremment, car ils donnent de précieux enseignements au médecin pour la conduite à tenir.

Le premier jour, j'ai donc dit : pronostic, très grave; diagnostic : état typhique, fièvre typhoïde ou tuberculose aiguë? Cependant il n'y avait pas de taches rosées sur la peau, la fosse iliaque ne fournissait aucun renseignement au point de vue de la fièvre typhoïde. Or, si ce n'était point cette affection, était-ce la tuberculose aiguë? Mais d'autre part les organes respiratoires étaient sains; aucun appareil n'était sommé par le mal. C'est ainsi que la maladie a continué à évoluer, nous portant, surtout dès avant-hier, à nous prononcer pour une affection méningitique, sans oser le dire cependant bien ouvertement.

Hier matin, sixième jour de son entrée à l'hôpital, la malade a succombé.

L'autopsie vient d'en être faite, elle nous a donné les résultats suivants : Crâne, exsudat méningé, granulations tuberculeuses de l'hémisphère gauche, de la circonvolution de Broca, au pied de la frontale ascendante. Ces granulations varient, comme grosseur, de celle d'une pointe d'épingle à une tête d'épingle; en un mot, méningite aiguë tuberculeuse. Je ne crois pas à la méningite idiopathique en dehors de maladies généralisées pouvant l'entraîner avec elles. Ici la tuberculose a produit ses manifestations du côté des méninges. Nous avons trouvé aussi des granulations vers le chiasma et le sillon de Rolando. Quant à l'hémisphère droit, il n'y avait presque rien. Ainsi s'expliquent les phénomènes observés pendant la vie, et la parésie faciale inférieure, survenue la veille de la mort, détonait comme une preuve de la méningite cérébrale, d'un exsudat méningé.

L'intestin n'avait rien du tout. La rate était peut-être un peu augmentée de volume, ce qui n'a rien d'étonnant, car cette légère hypertrophie se retrouve dans toutes les affections générales typhiques, infectieuses. Mais à la face inférieure du foie on trouvait aussi un exsudat très prononcé avec adhérences entre la face supérieure de cet organe et la face inférieure du diaphragme, au moyen de nombreuses fausses membranes. Il est probable qu'une coupe du foie, — elle n'a pas été faite, — nous montrerait aussi des granulations dans le tissu hépatique. En tous cas, il y a là un processus inflammatoire qui a sollicité une réaction de même nature du péritoine vers le foie et la rate. Enfin le rein gauche présentait à sa surface trois granulations tuberculeuses parfaitement évidentes. Quant aux poumons, quelque nombreuses qu'aient été les sections pratiquées sur leur parenchyme, on n'a pas découvert dans leur tissu la moindre granulation. Mais nous avons trouvé un commencement d'exsudat pleural avec granulations miliaires apparentes.

En résumé, il s'est bien agi ainsi d'une tuberculose aiguë, laquelle s'est manifestée du côté de la pie-mère, du péritoine, autour du foie et de la rate, de la plèvre viscérale, etc. Cette femme, permettez-moi l'expression, suait donc la tuberculose de tous les côtés. Mais ce qu'elle avait, suffisait-il pour la tuer? De quoi est-elle morte, en réalité, si rapidement en moins de douze jours? Car il y a des gens qui en ont dix fois plus et qui ne succombent pas pour cela. La mort s'explique ici, comme on l'explique dans la dothiénentérie avant que celle-ci n'ait déterminé encore beaucoup de phénomènes sur l'intestin. La malade est morte avec une température de 41° 4. La tuberculose a été l'affection générale; la malade a succombé avant d'avoir atteint le processus anatomique, elle a succombé comme les diphtéritiques, en quelques heures, pour trois ou quatre petites fausses membranes, c'est-à-dire comme dans les maladies graves, intoxicantes, infectieuses.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. PAJOT.

Le toucher et le palper comme moyens d'exploration dans la grossesse.

En obstétrique, il est certaines choses qu'on ne soupçonnerait jamais, si le hasard ne vous les faisait découvrir, ainsi que je vais vous l'expliquer.

Si à l'hôpital vous touchez une femme parvenue au septième ou huitième mois de sa grossesse et que vous trouviez l'orifice externe du col de l'utérus complètement fermé, vous dites à cette femme : « C'est votre première grossesse, n'est-ce pas? » — Non, vous répond-elle à votre grande surprise, c'est ma seconde, » ou bien encore : « C'est ma troisième. » Alors de vous écrier, *in petto*, que tout ce que l'on vous a appris, sur les différences qui existent entre la femme primipare et la femme multipare, est faux, quant à l'orifice externe du col. Eh bien, non! ce que l'on vous a appris n'est point faux, mais cette femme ment et elle l'avouera, sans s'en douter, si vous savez l'interroger. En effet, demandez-lui où elle ira quand elle sera accouchée, et vous l'entendrez vous répondre : « Je me placerai comme nourrice. » Or elle a menti en vous disant qu'elle en est à sa deuxième ou troisième grossesse, tandis qu'elle en est, en réalité, à sa première, parce qu'elle sait que dans les familles on préfère de beaucoup une femme qui a déjà fait une première nourriture à celle qui n'a jamais été nourrice. Voilà pourquoi elle vous a menti.

Mais voici qui est plus curieux encore peut-être. Une femme est également enceinte de sept ou huit mois, je suppose, comme la précédente. Vous la touchez et vous trouvez l'orifice externe du col largement ouvert, vous lui dites tout naturellement : « Combien avez-vous eu déjà d'enfants? » — « Aucun, Monsieur; c'est mon premier. » Alors encore une fois tout ce qu'on m'a appris sur les différences de modification du col chez la primipare et chez la multipare est faux? Non pas davantage, c'est encore une fois aussi cette femme qui ment et pour le motif suivant, — les femmes en trouvent toujours : — poursuivez votre interrogatoire et demandez aussi à cette femme ce qu'elle

fera quand elle sera accouchée, et elle vous répondra : « Mes moyens ne me permettent pas d'élever mon enfant, je suis dans la misère, etc., etc. » Ce qui signifie qu'elle abandonne son enfant à naître comme elle l'a déjà fait une ou plusieurs fois déjà. Or, ayant honte de ses premiers abandons, elle ment pour les cacher et vous déclare ainsi en être à sa première grossesse.

Ainsi la première femme vous ment pour être nourrice et la seconde par honte.

Donc l'orifice externe du col est ouvert en éteignoir chez les femmes multipares; il est fermé complètement, sauf quelques exceptions, chez les primipares. Voilà ce que le toucher vous permet de constater.

Le toucher est le premier, le meilleur moyen d'exploration ; par lui on apprécie encore les modifications de longueur, de position, de direction et de volume du col et du corps de l'utérus; il n'y a guère que la couleur, dont le doigt ne puisse vous rendre compte. Il est encore le premier et le seul moyen qui vous fournisse ce signe d'une importance de premier ordre, le ballottement vaginal, du quatrième au sixième mois de la grossesse.

Ce signe est peut-être celui qui, pendant vingt ans, m'a donné le plus de peine et le plus de fatigue pour arriver à le faire constater à mes élèves. Dans les premiers temps, le quart, le tiers à peine seulement des élèves y parvenait. Plus tard, les neuf dixièmes y sont arrivés. Pourquoi? Parce que le ballottement est une sensation. Or il n'y a pas de mot, il n'y a pas d'expression dans aucune langue qui puisse faire comprendre une sensation. Le seul moyen de la faire comprendre, c'est de faire éprouver une sensation analogue. Eh bien, le ballottement c'est la sensation d'un corps solide, flottant, mobile dans un liquide, et le procédé pour l'éprouver est de mettre l'indicateur dans le cul-de-sac vaginal antérieur comme P. Dubois le recommandait et comme je l'indique aussi moi-même, tandis que Velpeau, Depaul conseillaient de l'introduire dans le col lui-même; mais ici nous avons devant notre doigt toute l'épaisseur du col, alors que dans le cul-de-sac le doigt n'est séparé de la partie fœtale que par la paroi de l'utérus.

Voici du reste la manœuvre à faire : le doigt introduit dans le cul-de-sac, commencer par une pression légère et continue, de façon à appliquer la paroi vaginale contre la paroi utérine, puis celle-ci sur les parties fœtales jusqu'à ce que l'ensemble forme un seul tout. Quand le doigt perçoit nettement la partie fœtale, on imprime un très léger mouvement d'ascension pour chasser seulement cette partie d'un ou deux centimètres et secouer en cadence le fœtus. Vous éprouverez alors une sensation analogue à celle que vous auriez en appuyant légèrement et de la même façon le doigt sur un morceau de glace nageant dans un verre d'eau par exemple.

Ainsi le toucher est encore le premier et le seul moyen d'exploration pour constater le ballottement vaginal. J'ajoute que, par le toucher plus que par tout autre procédé, il est facile de reconnaître la partie fœtale qui se présente, 95 à 98 fois sur 100. Dans deux ou cinq cas seulement, — mettons-en cinq pour être large, — il ne vous donnera peut-être pas les renseignements que vous cherchez. C'est en pareil cas que vous avez alors, comme autres moyens, d'abord le palper, ensuite l'auscultation.

En résumé, je le répète, de tous les moyens d'exploration, le toucher est le premier et le meilleur quand il s'agit d'étudier les modifications de la partie *inférieure* de l'utérus, le ballottement vaginal et de reconnaître la partie fœtale qui se présente. Voilà tout ce qu'il donne, mais il ne faut pas aller au delà, sinon le toucher passe au second rang.

Comme second moyen d'exploration, moyen qui depuis deux ou trois ans mène grand bruit, et duquel on a tiré des signes d'une grande valeur au point de vue des manœuvres externes à faire dans certains cas, nous avons le palper.

Le palper, en effet, est le premier moyen quand il s'agit d'étudier les modifications de la partie *supérieure* de l'utérus, ainsi que les mouvements et les régions du fœtus (1). Par lui, on peut se rendre compte des modifications de volume, de consistance, de forme, de direction et, jusqu'à un certain point, de position, ainsi que les mouvements et les régions du fœtus, ces dernières surtout quand le toucher vous fait défaut.

Ainsi je suppose que, touchant avec soin une femme enceinte, vous n'atteigniez aucune des parties que vous cherchez, que vous ne sentiez rien : le toucher passe alors au deuxième, presque au troisième rang et le palper, vous fournissant alors les renseignements que vous désirez, prend la première place. C'est lui qui vous permet de constater les modifications suivies par l'utérus dans son volume à chaque période de la grossesse. Ces modifications peuvent se résumer à la connaissance des trois points suivants : le pubis, l'ombilic et l'épigastre. En face de la partie supérieure du pubis écrivez trois mois; un peu au-dessus de l'ombilic, marquez six mois; enfin au niveau, voire même plutôt un peu au-dessous de l'épigastre, notez neuf mois. Il vous suffira de retenir les trois mots : pubis, ombilic et épigastre, et les trois chiffres : trois, six et neuf, comme s'il s'agissait d'un appartement loué à bail. Rien n'est plus facile à se rappeler. Voilà ce que le palper vous fera connaître et aucun autre moyen d'exploration ne vous l'apprendra aussi bien.

Il vous indiquera également bien les modifications survenues dans la consistance de la partie supérieure de l'utérus. L'utérus vide est dur comme une pomme de terre crue: plein, au contraire, il devient souple et se laisse déprimer. Il vous permettra aussi d'en apprécier la forme sphéroïdale d'abord, puis ovoïde. Quant à la direction, 27 ou 28 fois sur 30, le palper vous montrera que l'organe est dirigé de droite à gauche et de haut en bas, le fond étant à droite et le col à gauche. Ceci me rappelle l'histoire de certain bonhomme devenu la victime des modifications survenues dans la direction de l'utérus de sa femme. Pendant les cinq ou six premières années de son mariage il était resté sans pouvoir avoir d'enfants, grâce à la direction vicieuse dudit utérus. Un beau jour, cependant, ayant su trouver la direction à prendre, sa femme devint enceinte et l'utérus subit ses modifications naturelles. Mais après l'accouchement, au lieu de reprendre sa direction vicieuse, il prend celle de tous les utérus vides. Notre bonhomme au bonheur duquel un seul rejeton suffisait, se garde de rechercher, dans ses rapports conjugaux, la direction qui lui a si bien réussi une fois naguère. Mais il avait compté sans la rectitude de l'organe utérin, de telle sorte que tous les ans, à sa grande surprise, sa famille s'accroissait d'un nouvel héritier !

Mais je reviens au palper qui vous servira encore à connaître la position de l'utérus, lequel subit une légère torsion sur son axe de façon à rendre un peu antérieure sa paroi

(1) Voir page 172 le tableau des signes de la grossesse rangés suivant un ordre méthodique par M. le professeur Pajot.

TABLEAU DES SIGNES DE LA GROSSESSE

RANGÉS SUIVANT UN ORDRE MÉTHODIQUE

Par M. PAJOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SIGNES FOURNIS PAR

MODIFICATIONS FONCTIONNELLES fournissant les signes de présomption.

- MENSTRUATION....... **Suppression** (les exceptions sont **très rares**, mais la suppression **pour autres causes que la grossesse est fréquente**). (P. DUBOIS.)
- DIGESTION.......... **Troubles** (dégoûts, nausées, vomissements), surexcitation de la fonction (rare), perversion (commune). **Constipation** (état ordinaire), **diarrhée** (état exceptionnel).
- SÉCRÉTIONS.......... **Phénomènes du côté des mamelles** (picotements, gonflements, aréole colorée, mouchetée, sa projection, tubercules papillaires, colostrum, lait, etc.; du **côté des reins**, kyestéine, albumine, diminution des sels calcaires. De la **peau** (masque, coloration de la ligne blanche), **glandes salivaires** (ptyalisme), **muqueuse** (vaginale).
- INNERVATION......... **Névralgies** dentaire, faciale, etc. **Névroses** : éclampsies, chorée, etc.; ces troubles sont rares.
- CIRCULATION......... **Palpitations, varices, œdème, modifications du sang.** (Diminution des globules et augmentation de la fibrine à la fin.)
- RESPIRATION......... **Troubles mécaniques.**

TOUCHER fournissant deux espèces de signes.

- 1° MODIFICATIONS DE LA PARTIE INFÉRIEURE DE L'UTÉRUS. — Signes de probabilité (P. DUBOIS) ou sensibles.
  - DU COL DE L'UTÉRUS.
    - **Consistance..** Diminuée, ramollissement de bas en haut *graduel jusqu'à égaler la mollesse du vagin.*
    - **Forme** *de la cavité et des orifices*....
      - Primipare, *cavité fusiforme*, *orifice externe*, fermé *jusqu'à l'accouchement*, par exception (pas très rare), **ouvert**, *laissant pénétrer le tiers de la phalange* (PAJOT).
      - Multipare, *cavité en éteignoir*, *orifice* externe largement ouvert, *orifice* interne fermé, *sauf* exception rare. (A six mois, une portion de la phalange pénètre dans le col.)
    - **Longueur....** *Modifiée seulement dans les dernières semaines,* elle diminue (STOLTZ).
    - **Position.....** *On dit le col plus bas au commencement, plus élevé à la fin.*
    - **Direction....** Inclinée à gauche et en arrière, *résultat de l'inclinaison inverse du corps.*
  - DU CORPS. **Augmenté de volume et ramolli** (caoutchouc).
- 2° BALLOTTEMENT. Signe de probabilité ou sensible, — de certitude pour quelques-uns (PAJOT). Sensation d'un **corps** solide, flottant, mobile dans un liquide, *perçue par le doigt de l'accoucheur placé soit dans le cul-de-sac antérieur* (P. DUBOIS, PAJOT), *soit dans le col lui-même* (VELPEAU, DEPAUL). — On peut aussi, par le *toucher*, reconnaître la *présentation* et la *position* fœtales. Si, dans le *dernier* mois, on n'atteint aucune partie du fœtus, c'est par le *palper* et l'*auscultation* qu'il faut rechercher la *présentation* et la *position*.

PALPER fournissant deux espèces de signes.

- 1° MODIFICATIONS DE LA PARTIE SUPÉRIEURE DE L'UTÉRUS. — Sigens de probabilité ou sensibles.
  - **Volume......** Augmentation graduelle.
    - *à 9 mois*, **épigastre** *un peu au-dessous.*
    - 8..................
    - 7..................
    - *à 6 mois*, **ombilic**, *un peu au-dessus.*
    - 5..................
    - 4..................
    - *à 3 mois*, **pubis** *partie supérieure.*
  - **Consistance..** Diminuée. — Ramollissement. — Sensation kystique, fluctuation *assez nette parfois.*
  - **Forme......** *En vacuité* pyriforme ; *en gestation* **sphéroïde**, *puis* **ovoïde.**
  - **Direction....** De droite à gauche et de haut en bas (*par exception directement au centre ou de gauche à droite*).
  - **Position.....** Légèrement tordu sur son axe, *de façon à rendre la paroi latérale gauche un peu antérieure.* (Opération césarienne.)
- 2° MOUVEMENTS ET RÉGIONS DU FŒTUS.
  - **Actifs** *ou propres* (STOLTZ). De trois espèces. **Chocs** *sur les parois latérales*, les plus communs. **Soubresauts, frottements** (main froide sur le ventre). Certitude, **mais perçus par l'accoucheur.**
  - **Passifs** *ou communiqués* (STOLTZ), **ou ballottement abdominal,** *sensation de corps mobiles, dans un liquide. Signe de probabilité.* Sensations données par la tête, le tronc, les membres.

AUSCULTATION fournissant deux signes.

- 1° BRUITS DE SOUFFLE. Signe de probabilité ou sensible. **Isochrone** *au pouls de la mère* — **fugace** — *le plus souvent dans les régions latérales et inférieures de l'utérus* (**souffle placentaire**, KERGARADEC) (**souffle abdominal**, BOUILLAUD, *compression*) (**souffle utérin**, P. DUBOIS, *anévrysme artérioso-veineux*). **Quatre espèces de souffles distincts dans l'utérus** (PAJOT : 1° *souffle sans battement*, le plus ordinaire); 2° *souffle avec battement*, plus rare; 3° *souffle au cœur fœtal*, très rare; 4° *très rarement bruit de piaulement, signalé par quelques accoucheurs* (PAJOT).
- 2° BRUIT DE CŒUR FŒTAL. Signe de certitude. **Tic-tac de montre :** 130 *pulsations à la minute en moyenne*, 108 *au minimum*, 160 *au maximum* — se trouve sur les parties latérales et inférieures de l'utérus le plus souvent et surtout à gauche à cause de la position occipito-iliaque gauche antérieure *la plus fréquente*. (Comparer au pouls de la mère.) (Choc fœtal, PAJOT.)

PERCUSSION | **Moyen d'exploration indispensable dans quelques grossesses douteuses.**

latérale gauche. Cette position est très importante à savoir, notamment dans le cas d'opération césarienne.

Au point de vue des mouvements du fœtus, le palper est aussi le premier moyen d'exploration, qu'il s'agisse de mouvements, actifs ou de mouvements passifs ou communiqués. La main appliquée sur le ventre d'une femme peut déplacer les parties mobiles situées sous cette main; aussi faut-il commencer par se défier de la sensation qu'on éprouve.

Un jour j'entre dans les salles d'accouchement; Paul Dubois m'aperçoit, m'appelle, attire ma main en me disant : « Ne regardez pas », et place cette main sur le ventre d'une femme en me demandant ce que je sens. « Des parties fœtales! lui répondis-je. — Eh bien, regardez. » Et je vois une femme au visage émacié, au ventre plus volumineux que celui d'une femme à terme, et, en plaçant mes deux mains sur l'abdomen, je perçois nettement une fluctuation qui ne me permettait plus de songer à une grossesse. Je cherche alors ce qui m'a trompé et je reconnais qu'il s'agit d'un kyste énorme de l'ovaire dont les parois avaient l'épaisseur de deux à trois travers de doigt. De ces parois partaient vers l'intérieur de la tumeur de véritables stalactites fibreuses. Le tout avait une élasticité qui donnait la sensation de parties fœtales véritables. Le fait est rare, il est vrai, car je ne l'ai pas rencontré plus de trois fois dans toute ma carrière.

Enfin la palpation permet aussi de distinguer à travers les parois abdominales les diverses parties fœtales, ainsi la tête, ainsi le dos, ainsi les membres, en un mot les grosses masses, ce qui suffit pour juger de la présentation et de la position.

En résumé, donc, le palper est le premier moyen d'exploration et le meilleur pour reconnaître les modifications de la partie supérieure de l'utérus, les mouvements et les régions du fœtus.

Il en est de même de l'auscultation qui occupe le premier rang dans certaines recherches.

HOPITAL SAINT-LÉON DE NANCY

Évidement de l'olécrane; ouverture accidentelle du coude; guérison par le pansement ouaté d'Alph. Guérin.

Par M. Weiss, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Nancy.

S... (Louis), âgé de six ans, de constitution lymphatique, entre à l'hôpital le 25 mai 1883.

Cet enfant est malade depuis le mois de novembre 1882, époque à laquelle il a fait une chute sur le coude droit; amené presque immédiatement à notre consultation, il présentait une douleur assez vive et un gonflement très marqué de la région olécranienne, qui me firent diagnostiquer une ostéite traumatique de cette apophyse. Bien que les mouvements du coude fussent très gênés, l'articulation ne paraissait pas atteinte; la partie antérieure de la jointure était, en effet, normale, et la gêne des mouvements tenait évidemment à la contracture des réflexes des muscles périphériques.

Je conseillai à ce moment l'application d'un appareil inamovible en bonne position, et l'emploi des révulsifs sous forme de pointes de feu. Malgré ce traitement, il se développa, au bout de deux mois, entre le bord extérieur du cubitus et l'épicondyle, un abcès phlegmoneux que je dus inciser et drainer, ce qui permit de constater l'existence d'une dénudation de l'olécrane.

Les révulsifs, les émollients, l'immobilisation, furent employés et continués les mois suivants, mais sans grand succès : la partie postérieure du coude restait tuméfiée et douloureuse; les deux ouvertures que j'y avais pratiquées donnaient écoulement à un pus séreux d'assez mauvaise nature; enfin la surface dénudée de l'olécrane s'était très notablement étendue. Néanmoins la jointure elle-même paraissait être restée indemne, ainsi que le démontrait l'analyse minutieuse des symptômes présentés par cet enfant.

Craignant l'envahissement secondaire de l'articulation, je me décidai à intervenir d'une façon plus énergique en pratiquant l'évidement de l'olécrane.

Le 25 mai 1883, après avoir endormi l'enfant et appliqué la bande d'Esmarch, j'agrandis avec le bistouri la fistule existant au niveau de l'olécrane et mis à nu une cavité creusée aux dépens de cette apophyse et tapissée de fongosités. Avec la cuiller tranchante de Volkmann, je commençai par enlever toutes les parties molles suspectes, afin de bien me rendre compte de l'état de l'os; ayant constaté qu'il était rouge et ramolli, je ruginai vigoureusement les parois de l'excavation, qui était bien plus vaste que je ne l'avais cru au premier abord et qui comprenait presque tout le tissu spongieux de l'épiphyse cubitale. Au cours de cette manœuvre, je m'aperçus qu'en enlevant les trabécules osseuses malades j'avais fait au cartilage diarthrodial une fissure de 0m,065, assez large pour permettre l'issue d'une certaine quantité de synovie.

J'achevai néanmoins l'opération, sans me préoccuper outre mesure de cet accident, et, après avoir lavé la plaie avec une solution de chlorure de zinc au 1/10, j'appliquai dans la demi-flexion et la supination un pansement ouaté, suivant la méthode de mon maître M. Alph. Guérin, sans faire ni drainage ni réunion. Le soir, la température s'élève à 38°2.

26 *mai*. T. m. 37°2; s. 38°. Le petit opéré n'a pas souffert : son état est satisfaisant. — 27 *mai*. T. m. 37°3; s. 37°4. — 28 *mai*. L'apyrexie demeure complète; il n'existe aucune douleur dans l'articulation et les ganglions axillaires demeurent muets.

Jusqu'au 12 juin aucun accident ne s'est montré. J'enlève en ce moment le pansement et constate que la plaie est dans l'état le plus satisfaisant; les bourgeons charnus ont bon aspect; ils comblent entièrement l'excavation de l'olécrane et affleurent au niveau de la peau. Il n'existe aucune complication inflammatoire du côté de la jointure; les mouvements en sont seulement très bornés. Je remets un pansement ouaté après avoir saupoudré la plaie d'iodoforme. — Ce pansement est renouvelé à plusieurs reprises pendant les semaines suivantes.

Le 16 *juillet*, il n'existe plus au niveau de l'olécrane qu'une petite fistule; mais à la face interne et moyenne du bras s'est produite une ulcération, qui ne paraît avoir aucune relation directe avec l'affection osseuse primitive, et présente les caractères d'une scrofulide cutanée. Je prescris un traitement tonique et des insufflations de poudre d'iodoforme.

Le 7 *août*, la plaie de la région olécranienne est complètement fermée; l'ulcération du bras est stationnaire; il existe encore une raideur assez accusée du coude. Je laisse de côté l'idoforme, qui n'a eu aucune influence sur la lésion cutanée et j'ai recours à l'application de pansements phéniqués, qui en amenèrent très rapidement la guérison.

Pour prévenir l'ankylose de l'articulation, je recommande à l'enfant de se servir de son membre; grâce à cette mobilisation naturelle, les mouvements du coude reprennent leur amplitude et je puis constater à la date du 10 octobre que la guérison a été obtenue avec *conservation intégrale* des fonctions de la jointure.

L'observation précédente me paraît intéressante à plusieurs points de vue.

1° Tout d'abord, elle est une preuve nouvelle, s'il est besoin, de l'avantage d'une intervention précoce dans les ostéites limitées aux épiphyses. Il est certain, en effet, que si j'avais retardé de quelque temps encore l'évidement de l'olécrane, toute la jointure eût été nécessairement envahie et une opération plus radicale, la résection du coude, se fût probablement imposée. Le tissu osseux sous-diarthrodial était rouge et ramolli, et le cartilage altéré au niveau de la perte de substance que j'ai produite par la rugination;

2° Grâce aux pansements antiseptiques, l'ouverture acci-

dentelle d'une jointure peut être considérée sinon comme une lésion insignifiante, du moins comme un accident peu grave, qui, dans des conditions déterminées, n'exerce aucune influence fâcheuse sur le résultat définitif de l'opération. On ne saurait, à cet égard, nier l'efficacité du pansement de Lister, mais l'appareil de M. Alph. Guérin ne le cède en rien au précédent, ainsi qu'il résulte du fait que je viens de rapporter;

3° *La mobilisation naturelle* réussit dans un grand nombre de circonstances à rétablir le fonctionnement normal des articulations, ainsi que M. le professeur Verneuil l'a avancé récemment à la Société de chirurgie. Dans le cas présent, elle a suffi à y pourvoir, bien qu'on pût craindre de voir persister une raideur notable du coude.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1884. — Présidence de M. Alphonse Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Maheut (de Caen) et une lettre de M. le docteur Mignot (de Chantelle), relatives à la discussion pendante sur le régime des aliénés ; 2° un mémoire manuscrit intitulé : *Épidémie de fièvre typhoïde à Givors*, par M. le docteur L. David, médecin de l'hôpital de Givors ;

M. Brouardel lit, au nom de M. Gabriel Ferré, chef du laboratoire municipal de Bordeaux, une note sur l'examen microscopique du vaccin. L'élément le plus remarquable du vaccin est un microbe à peu près semblable à celui qu'a décrit M. Jolget. Il nage dans le liquide ou se meut à la surface des globules. Dans le liquide il est entouré d'une auréole brillante qui peut, jusqu'à un certain point, le faire distinguer des granulations; ses dimensions, calculées avec soin, varient entre 1μ, 2μ et 3μ. A première vue, ils paraissent arrondis en forme de croissants. A un plus fort grossissement ils présentent une face supérieure convexe et une face inférieure concave ; de la face inférieure partent deux prolongements, l'un petit, l'autre plus long. Ces prolongements persistent après deux ou trois jours et sont encore mobiles. Ces microbes sont animés d'un mouvement de rotation.

LECTURE

Grossesse extra-utérine, variété abdominale, extraction d'un fœtus par élytrotomie (vaginotomie), guérison. — **M. Pinard** donne des détails étendus sur cette opération et sur les circonstances dans lesquelles il l'a faite.

Il s'agissait d'une dame âgée de trente et un ans, qui avait eu ses règles pour la dernière fois en août 1882. Elle habitait alors Rueil; trois semaines plus tard, le 7 septembre, elle éprouva des douleurs vives dans tout le petit bassin. Ces douleurs reparurent, plus violentes encore, le 3 octobre, puis le 24 octobre, et ne purent alors être calmées que par des injections sous-cutanées de morphine, que pratiqua le docteur Launay.

Dans le courant du mois de novembre, M. Launay, au moyen du toucher, constata la présence d'une tumeur extra-utérine. Au mois de mars, la malade quitta Rueil pour habiter Bois-Colombes, où elle eut recours aux soins de M. le docteur Tachard, qui constata d'abord par le palper la présence de la tumeur fœtale. Le toucher était devenu très douloureux. Le 20 mai, des douleurs semblables à celles d'un accouchement normal se produisirent. Trois jours après les seins devinrent durs et la sécrétion lactée s'établit.

Le 30 juin, après quelques tranchées utérines, il se fit un léger écoulement sanguin, que M. Tachard considéra comme étant le retour des règles, après le terme d'une grossesse extra-utérine.

M. Pinard fut appelé le 4 juillet et il confirma ce diagnostic. A ce moment, l'état général était excellent. Depuis la fin de mai, la malade avait repris de l'appétit, des forces; et rien ne pressait.

Mais, quelques jours plus tard, la situation changea, des douleurs abdominales continuelles forçaient la malade à garder le lit, le kyste fœtal augmenta considérablement de volume, l'amaigrissement fit des progrès rapides et, avant de prendre un parti, M. Pinard fit appeler en consultation M. Tarnier. Ce fut alors qu'il fut décidé qu'on procéderait à une opération si les accidents persistaient. Cette opération fut pratiquée par M. Pinard le 21 juillet. Une première incision vaginale, étant faite en un point où il n'avait pas été perçu de pulsation, donna issue à une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent n'ayant aucune odeur. M. Pinard introduisit le doigt dans cette ouverture : il apprécia, avant d'arriver dans le kyste, l'épaisseur peu considérable de la paroi vaginale, l'épaisseur bien plus marquée de la paroi kystique et l'adhérence de ces deux parois; puis il arriva sur les pieds du fœtus. Il agrandit alors l'orifice en pratiquant de petites incisions dirigées dans tous les sens, et il la dilata lentement avec les doigts jusqu'à ce qu'il pût introduire la main entière. Il amena alors un pied à la vulve; à l'aide de tractions lentes et soutenues, il engagea le siège et le tronc; puis il dégagea successivement les deux bras et enfin la tête. Le placenta était adhérent : il fut laissé en place. Le cordon fut coupé au niveau de la vulve et on pratiqua toutes les deux heures des injections d'une solution de sublimé corrosif au 1 pour 2000. Un tampon de ouate imbibé de cette même solution fut maintenu sur la vulve. Il ne se produisit aucune hémorragie. Le placenta se détacha le 8 août. Aujourd'hui il ne reste aucune trace apparente du kyste fœtal, ni même de l'opération, sauf une cicatrice vaginale au niveau du cul-de-sac postérieur.

M. Pinard insiste spécialement sur les points suivants de cette opération : 1° l'accumulation du liquide dans le kyste un mois après la mort du fœtus (qui eut lieu au terme de la grossesse, lors des douleurs semblables à celles d'un accouchement); 2° la saillie du kyste fœtal dans l'excavation coïncidant avec l'absence d'adhérence entre la paroi abdominale et la paroi kystique; 3° la facilité et la simplicité de l'opération depuis la première incision jusqu'à l'extraction; 4° la rétention du placenta pendant dix-huit jours sans accidents d'infection; 5° l'absence de toute intoxication hydrargyrique chez une femme chez laquelle on fit pendant dix-huit jours, toutes les deux heures, nuit et jour, une injection avec une solution de sublimé à 1 pour 2000, de façon à baigner chaque jour la vaste surface interne du kyste; 6° la rareté de cette opération (M. Pinard n'en a trouvé qu'une seule ayant été pratiquée dans les mêmes conditions avec le même succès par Watkin et publiée dans le *Medical Times*, 1877, tome II, p. 641, et encore cette observation fait-elle laisser des doutes, quant à la nature de l'opération qui a été pratiquée). L'opération si souvent citée de Dubois, ainsi que celle de Schrœder, publiée par Muller, se rapportent à des extractions incomplètes; celles de Braun, celle de Kaltenbach en diffèrent par le mode opératoire; dans les deux cas, les opérés sont morts.

DISCUSSION SUR LE RÉGIME DES ALIÉNÉS

M. Mesnet, après avoir montré quel est au point de vue clinique et pratique le fonctionnement actuel d'un asile sous le régime de la loi de 1838, et indiqué combien de précautions avaient été prises par cette loi pour faciliter la sortie de l'homme prétendu aliéné sans l'être, ou actuellement guéri après l'avoir été, conclut ainsi : 1° la création de nouveaux quartiers dits d'observation dans les asiles d'aliénés, ne répond point à un but utilitaire et ne peut avoir que des inconvénients au point de vue pratique; 2° la répartition des aliénés à leur entrée, dans les diverses sections des asiles telles qu'elles existent aujourd'hui, est la disposition la meilleure au double titre de l'ordre dans l'établissement et du bien-être des malades; 3° si l'intervention de l'autorité judiciaire doit être appliquée à la réglementation des entrées provisoires et des entrées définitives, elle pourra s'effectuer tout aussi bien avec la répartition des malades faite dès l'entrée dans les diverses sections de l'asile qu'avec leur placement provisoire fait dans un quartier d'observation; 4° les garanties données aux sorties offrent toute sécurité contre les séquestrations arbitraires; 5° les sorties à titre d'essai seront utiles à quelques malades dans la période de convalescence; prolongées un mois ou au delà, elles pourront être dangereuses pour la famille, la société et le malade lui-même.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Saint-Cyr (de Lyon) a été élu hier correspondant national de l'Académie de médecine.

— *Hospices d'Orléans.* — Par suite du décès du titulaire, la place de médecin du quartier des aliénés est vacante.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15800.

N° 23. — SAMEDI 23 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 23 FÉVRIER 1884. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. La pyléphlébite suppurative. — Asphyxie locale des extrémités. — Sclérodermie ; sclérose des extrémités. — Dystocie produite par une énorme hydrocéphalie interne. — Société de Chirurgie. — Revue bibliographique. Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La pyléphlébite suppurative.

Depuis que l'attention des pathologistes a été appelée sur la pyléphlébite ou inflammation suppurative de la veine porte, par les travaux de Frerichs, en Allemagne, par ceux de M. Leudet (de Rouen) parmi nous, et que les notions, jusque-là très imparfaites, que l'on avait sur cette lésion, se sont accrues et vulgarisées, les documents se sont multipliés et les questions d'étiologie, de sémiologie et de diagnostic qui y sont relatives se sont successivement posées et éclaircies.

Toutefois il reste encore sans doute beaucoup à faire pour amener ce point de pathologie à une notion parfaite. D'abord l'affection dont il s'agit a-t-elle jamais été observée comme affection primitive ou idiopathique? ou bien, comme l'a avancé Frerichs et comme l'a soutenu après lui, et d'après ses observations personnelles, M. Leudet, est-elle toujours, ou presque toujours du moins, une affection consécutive, provoquée par un travail de suppuration siégeant dans les organes que le vaisseau traverse et d'où il prend sa source? N'est-ce que dans le foie même, c'est-à-dire dans des abcès, des calculs, des kystes de ce viscère, qu'est localisée la cause de la phlébite de la veine porte? ou bien faut-il chercher ses causes variées dans les diverses origines du vaisseau, dans le tube digestif, dans la rate, le mésentère et les glandes? Ces deux origines paraissent aujourd'hui démontrées. Enfin il y avait à préciser la valeur sémiologique des divers phénomènes qui en sont l'expression et à saisir dans ses principaux détails le processus anatomo-pathologique de l'affection.

C'est ce qu'a tenté M. le docteur F. Gendron, ancien interne des hôpitaux de Paris, porteur d'un nom honorablement connu en médecine.

M. Gendron s'est appuyé pour cette étude sur l'analyse d'environ soixante-dix observations, ce qui prouve déjà que, sans être un accident commun, la pyléphlébite est beaucoup moins rare que beaucoup de médecins le pensent encore. Nous ne pouvons que résumer ici, presque sous forme aphoristique, les résultats de ces recherches et les propositions dans lesquelles ils sont formulés.

La pyléphlébite suppurative se développe par propagation, comme complication d'affections du foie ou de lésions siégeant dans la rate, le péritoine, l'estomac ou l'intestin. La suppuration spontanée, autochtone de la veine porte, n'est nullement démontrée.

Les abcès du foie, les kystes hydatiques peuvent, en s'ouvrant dans une branche de la veine porte, déterminer l'inflammation purulente; mais la cause la plus commune de la pyléphlébite suppurative d'origine intra-hépatique est la lithiase biliaire.

En dehors du foie, la pyléphlébite peut prendre naissance dans un abcès de la rate, au niveau d'une péritonite aiguë circonscrite, en rapport avec quelque grosse racine veineuse. Plus souvent, elle part d'un foyer de suppuration compris dans l'épaisseur des replis du péritoine, et des altérations ganglionnaires peuvent alors en être la cause première.

L'ulcère rond de l'estomac a été plusieurs fois l'origine de la phlébite, mais dans presque tous ces cas on avait signalé au niveau de la lésion gastrique l'existence d'une inflammation suppurative.

Dans l'intestin, la cause siège presque constamment au niveau du cœcum et de son appendice, et le plus habituellement il existe une ulcération avec un abcès.

Ni dans l'estomac, ni dans l'intestin, ce ne sont les ulcérations de la muqueuse ou même une destruction plus profonde des tuniques qui déterminent la pyléphlébite; la condition essentiellement favorable à son développement paraît être l'existence d'un foyer de suppuration dans les couches celluleuses sous-péritonéales au niveau de rameaux veineux ayant un certain calibre.

On comprendra que la symptomatologie de cette lésion soit rendue difficile par cette double circonstance qu'elle est consécutive à des affections variables, plus ou moins anciennes, et qu'à son tour elle est capable de provoquer elle-même certaines complications. Ce qui est le plus capable, toutefois, de mettre sur la voie du diagnostic, c'est la brusquerie avec laquelle elle apparaît et la gravité de son allure, par lesquelles elle domine les circonstances pathologiques au milieu desquelles elle survient.

Voici, d'ailleurs, les symptômes qui l'ont fait reconnaître : Frisson au moment de l'invasion, s'accompagnant d'une élévation de température et aboutissant à un stade de sueur. Peu après ce frisson d'invasion, douleur au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit ; troubles gastro-intes-

tinaux, vomissements bilieux suivant de très près, un peu plus tard diarrhée. Après une semaine ou deux, teinte ictérique des conjonctives et de la peau; augmentation progressive et parfois considérable du volume du foie, s'associant dans quelques cas à un peu d'ascite avec dilatation des veines sous-cutanées de l'abdomen.

A ce premier ordre de phénomènes s'ajouteront bientôt une altération rapide de l'état général, amaigrissement du facies, urines rares et foncées, pouls petit et mou, abattement profond, signes d'hecticité, etc.

La pyléphlébite suppurative, à partir du moment où elle est annoncée par l'apparition des frissons et de la douleur, a une marche très rapide.

La durée moyenne, d'après les observations de M. Gendron, entre le début présumé et la terminaison fatale est de quatre à cinq semaines.

Le diagnostic offre sans doute de grandes difficultés, mais ces difficultés ne sont pas insurmontables. Les antécédents étant connus, si les affections primitives sont de nature à dissimuler un peu l'invasion de la complication, d'un autre côté, la manière brusque dont cette complication se manifeste d'habitude donnera facilement l'éveil, et lorsqu'on verra les frissons irréguliers et persistants associés à de l'ictère, avec une douleur vive au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit et une augmentation notable et rapide du volume du foie et de la rate, on sera suffisamment fondé à soupçonner au moins la nature de cette complication.

Lorsque les renseignements sur les antécédents des malades manqueront, ce sera uniquement par l'appréciation des symptômes qu'on arrivera à un diagnostic probable.

Pour l'étude de l'anatomie pathologique de cette lésion, M. Gendron s'est appuyé particulièrement sur des cas de pyléphlébite d'origine extra-hépatique. Il a étudié successivement l'état du système porte depuis ses racines jusqu'à ses dernières branches et les lésions secondaires qu'engendre la suppuration veineuse, soit localement dans le foie lui-même ou le péritoine avoisinant, soit à distance dans la rate et le poumon.

L'examen des veines lui a montré toutes les altérations propres à la phlébite purulente en général.

Le foie a été trouvé dans tous les cas augmenté de volume et de poids, il était même parfois doublé de volume.

Sur des coupes pratiquées en divers sens dans l'épaisseur de la glande, il a été possible de reconnaître que l'inflammation purulente des branches veineuses a déterminé dans le parenchyme environnant des lésions dont on a pu suivre tous les degrés de développement.

Ainsi que plusieurs observateurs l'avaient déjà constaté, M. Gendron a pu s'assurer, sur le foie qu'il a examiné, de l'absence de toute collection purulente dans la substance même de ce viscère et de l'aspect parfaitement sain des régions péri-veineuses.

Une autre particularité intéressante à signaler, c'est l'absence constante de toute lésion appréciable du côté des veines sus-hépatiques.

En dehors du foie, la pyléphlébite retentit surtout sur la rate et le péritoine. L'engorgement splénique est presque aussi fréquent que l'augmentation de volume du foie. Le péritoine, soit autour du foie, soit sur le trajet des veines, est habituellement gagné par l'inflammation et parfois ces péritonites partielles tendent à se généraliser à toute la séreuse.

Enfin ce que M. Gendron signale comme remarquable dans l'histoire anatomique de la pyléphlébite suppurative, c'est l'excessive rareté des suppurations métastatiques en dehors du territoire de la veine porte.

Asphyxie locale des extrémités.

La *Gazette des hôpitaux,* dans son numéro du 22 janvier 1884, a reproduit une des conférences cliniques de M. Vulpian (malheureusement interrompues par le regrettable évènement que l'on connaît), dans laquelle il a présenté l'histoire d'un cas très curieux d'asphyxie et syncope locales des quatre extrémités, avec accidents cérébraux bulbaires et cardiaques, qui a été assez promptement amélioré par l'électrisation, Un cas de ce genre, quoique beaucoup plus simple, se présentait à peu près à la même époque dans le service de M. le professeur Potain, à la clinique de l'hôpital Necker.

Il s'agit d'un homme d'une cinquantaine d'années, jardinier, sans antécédents morbides autres qu'une plaie de la jambe remontant très loin et depuis longtemps guérie, un accès de sciatique et une dysenterie, il y a six ou sept ans, qui paraissent tout à fait sans rapport avec l'affection dont il est actuellement atteint. Cet homme se portait assez bien dans ces dernières années, lorsqu'il y a trois mois il a commencé à s'apercevoir que sa vue baissait : il avait parfois des accès d'obnubilation, s'accompagnant de vertiges, d'étourdissements. A cette première série d'accidents succédèrent bientôt des accès de refroidissement des membres qui ne se réchauffaient qu'au bout de deux à trois heures, ces accès survenaient le matin et le soir, sans l'intervention d'aucune impression extérieure; ils s'accompagnaient d'un peu d'engourdissement des doigts, sans douleur.

Puis, un peu plus tard, les doigts devinrent bleuâtres et les mains presque constamment froides ne se réchauffaient plus qu'à peine. Peu de troubles d'ailleurs dans l'état de santé générale, pas de fièvre, pas de toux; il tousse seulement depuis quelque temps.

Voici dans quel état cet homme est entré à l'hôpital :

Le matin du premier jour, au moment de la visite, M. Potain a constaté ce qui suit : les deux mains étaient froides, sèches, violacées, cette teinte violacée s'étendait jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras. La sensibilité était tellement atténuée dans ces parties, qu'il sentait à peine quand on lui pressait fortement la main. Absence de douleur. La sensibilité à la température a diminué dans la même proportion que la sensibilité de contact. Il faut porter la chaleur presque jusqu'à la brûlure pour qu'il en ait la perception. Ainsi à la main gauche, par exemple, il faut élever les objets de contact à 65 degrés pour qu'il ait la sensation d'une augmentation de température; à 70 degrés, il sent seulement que c'est un peu chaud. Il faut abaisser ensuite la température à 15 degrés, pour qu'il commence à distinguer la diminution. — La température habituelle de la peau est de 27°,2.

Il y a donc, comme on le voit, une diminution considérable de la sensibilité au toucher, à la pression et à la température.

La main droite présente la même altération de la sensibilité, mais à un degré un peu moindre.

La motricité, au contraire, y est plus atteinte. La main gauche donne à la pression dynamométrique 10 kilogrammes, tandis que la main droite ne donne que 7. Les mouvements les plus paresseux sont ceux des muscles interosseux. L'extension se fait plus activement.

Les modifications de l'état de la peau ne sont pas moins remarquables. La peau de la face dorsale des phalanges est durcie, elle est rétractée à la face palmaire du petit doigt. Il y a un commencement de déformation des doigts.

En dehors de cela, on ne constate chez cet homme rien de bien notable, si ce n'est un peu de douleur rachidienne.

C'est là une forme et un degré d'une affection qui peut présenter beaucoup de degrés divers, depuis le doigt mort (*digitus mortuus*) des jeunes filles nerveuses ou chlorotiques, qui constitue le premier degré, jusqu'à la gangrène. On peut voir entre ces deux extrêmes une foule de degrés intermédiaires, depuis l'œdème simple jusqu'à l'œdème dur, avec atrophie et accolement de la peau sur les os.

Bien que le pronostic de cette affection ne soit pas très grave, aucun cas de mort, jusqu'à présent, n'ayant été signalé, il n'en reste pas moins encore assez sérieux; car dans plus d'un cas il en est résulté la perte d'une ou de plusieurs phalanges et qu'il en résulte presque toujours une incapacité de mouvement du membre affecté et partant un empêchement de travail.

On n'est point encore fixé sur le siège et sur la nature précise de la lésion primitive qui donne lieu aux spasmes vasculaires, aux troubles vaso-moteurs qui paraissent être les éléments principaux de cette maladie. Il y a toutefois lieu de présumer que c'est la moelle elle-même qui est le point de départ de ces phénomènes; leur répartition souvent symétrique suffirait seule à justifier cette hypothèse.

Les moyens de traitement mis jusqu'ici en œuvre sont fondés sur cette présomption; ils consistent dans l'usage d'agents toniques et de l'électricité. Les résultats heureux qui ont été obtenus dans quelques cas et qu'on ne serait pas fondé à attribuer uniquement au hasard, donnent à cette opinion une assez grande vraisemblance. On a recours à l'application de courants continus avec une pile de 30 éléments, le pôle positif étant placé sur le trajet de cinq à à six vertèbres dorsales et le pôle négatif au niveau du sacrum.

C'est le traitement qui sera institué sur ce malade. Toutefois, avant d'y recourir, M. Potain se propose de temporiser encore, afin de s'assurer jusqu'à quel point le séjour seul de l'hôpital, avec le repos et le régime qu'il comporte, ne suffirait pas à enrayer ou à modifier la marche de la maladie.

Sclérodermie. — Sclérose des extrémités.

A peu de jours de distance, il s'est présenté dans le même service un fait qui n'est pas sans analogie avec le précédent. Il s'agit d'une femme de cinquante et un ans, qui est atteinte d'une sclérose des extrémités. On sait que cette affection, dans sa forme la plus simple, la plus élémentaire, consiste en un certain degré d'induration de la peau, avec conservation de sa sensibilité, qui entraîne la raideur des membres. Bientôt à cette induration de la peau se joint l'induration du tissu cellulaire sous-cutané. En même temps qu'elle s'indure, la peau s'atrophie, elle s'amincit; cette atrophie gagne à son tour les os eux-mêmes, si bien que lorsque la maladie est avancée, les phalangettes, et quelquefois même les phalangines, finissent par être résorbées et disparaître. Cette induration et atrophie de la peau des doigts s'accompagne souvent de cyanose, si bien que l'asphyxie des extrémités semble n'être en quelque sorte que le premier degré de la sclérodermie.

C'est là précisément le cas de la malade en question qui a de l'atrophie avec rougeur asphyxique des doigts, sans craquements dans les articulations.

Comme l'asphyxie locale, cette affection paraît devoir reconnaître très probablement aussi pour point de départ ou pour origine une lésion, ou tout au moins une perturbation fonctionnelle du système nerveux central. Les autopsies connues jusqu'en ces derniers temps étaient muettes à cet égard, on n'était donc fondé que par les symptômes à soupçonner ces lésions nerveuses centrales. Mais dans l'autopsie faite par M. le profeseur Henrot (de Reims) pour un cas qui n'est pas sans quelque analogie d'origine avec ceux qui nous occupent, un cas de myxœdème, que nous avons rapportée l'année dernière (voir le numéro du 24 février 1883), on a pu voir la démonstration d'une lésion manifeste et très accusée du grand sympathique et des parties de la base du cerveau dévolues aux fonctions végétatives (le corps pituitaire et la glande pinéale).

Au nombre des causes premières qui ont amené ces lésions et leur évolution successive, on a invoqué l'action du froid. Quelques faits semblent, en effet, révéler cette influence; dans d'autres circonstances, c'est un traumatisme qui a paru en être le point de départ. Enfin plusieurs pathologistes ont considéré cette affection comme une manifestation secondaire de l'arthritisme. Ici l'arthritisme a eu sa part probable d'influence; cette femme, en effet, est arthritique et, de plus, l'arthritisme semble être héréditaire dans sa famille; par une circonstance fortuite, sa fille, âgée de dix-huit ans, récemment accouchée, est couchée dans la même salle qu'elle, presque en face de son lit, pour des accidents de suites de couche, et elle présente aussi des signes d'arthritisme.

Le pronostic de cette affection n'est pas absolument mauvais; il varie suivant l'âge des malades. Elle n'est pas incurable lorsqu'elle sévit sur des personnes jeunes et qu'elle est prise de bonne heure. Chez cette malade, qui est déjà d'un certain âge, les chances sont moins favorables.

Le traitement auquel elle a été soumise consiste en bains de vapeur et bains sulfureux, l'usage de l'iodure de potassium à l'intérieur et l'application de courants continus comme dans les cas d'asphyxie locale.

DYSTOCIE

PRODUITE PAR UNE ÉNORME HYDROCÉPHALIE INTERNE.

Par M. le docteur A. Roger (de Hédé).

Le 30 novembre dernier, je fus appelé, à trois heures de chez moi, près d'une femme S..., âgée de trente-six ans. Cette femme était accouchée, il y a vingt mois d'un enfant fort. La couche avait été pénible, mais cependant l'enfant était venu naturellement. Une nouvelle grossesse était survenue, le travail était commencé depuis le matin. Un de mes confrères qu'on était allé chercher avait trouvé à midi l'enfant se présentant par les fesses. Le tronc et les épaules avaient passé facilement, mais la tête avait résisté. Mon confrère, très habitué aux accouchements, avait introduit d'abord les doigts, puis un crochet mousse dans la bouche pour abaisser le menton et avait exercé des tractions vigoureuses. Malgré cela, la tête n'était pas descendue, quoique les efforts eussent produit la fracture de la mâchoire inférieure. Ne sachant à quoi attribuer cette résistance et craignant des accidents sérieux, mon confrère m'avait fait appeler. A mon arrivée, la femme, qui paraît bien constituée, est couchée, l'enfant entre les cuisses. Il n'y a pas de douleurs. Par le toucher, je constate l'allongement du cou. La tête n'est pas engagée : elle est toujours au-dessus du

détroit supérieur, le menton tourné du côté du sacrum, l'occiput au-dessus du pubis. La mâchoire inférieure est brisée. En découvrant la femme, je suis d'abord frappé du développement du ventre. Malgré la sortie du tronc qui est fort, l'abdomen paraît aussi volumineux que dans une grossesse à terme. Le fond de la matrice remonte à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En palpant on sent la tumeur dure et résistante dans toute son étendue. Ma première impression est qu'il y a deux enfants. Cela, toutefois, n'explique pas pourquoi la tête résiste et ne s'engage pas. Je fais coucher la femme sur le bord du lit, j'introduis ma main dans les parties et, en abaissant le menton, j'essaye de légères tractions. Rien ne bouge. J'enfonce ma main plus avant, mais je ne puis passer au-dessus de la tête. Mes doigts parcourent la face et j'introduis l'un d'eux dans l'orbite. L'enfant étant mort depuis longtemps, j'essaye, par des tractions sur le plancher orbitaire, d'abaisser la tête. Je n'obtiens aucun résultat, mes doigts se fatiguent. Je me décide à appliquer le forceps, ce que mon confrère avait déjà fait. J'y parviens sans trop de difficultés. Quoique les branches soient bien placées, à la moindre traction, je sens tout glisser et je suis obligé de les retirer. Je propose alors de broyer la tête avec le céphalotribe. La proposition est acceptée par mon confrère. J'introduis les deux branches, je serre la vis; je ne ressens aucune résistance et lorsque je veux tirer sur l'instrument, il glisse aussitôt. Je réitère l'application en prenant soin d'enfoncer les branches le plus profondément; j'obtiens le même résultat. Il semble que la tête cède comme une vessie pleine de liquide. La matrice ne se contractant pas, la tête remonte en haut, malgré la compression faite sur le ventre. Mon confrère ayant essayé de tirer sur le tronc pour empêcher la tête de remonter pendant mes tractions, le cou, déjà aminci, se rompt et la tête reste seule dans l'utérus. Je réintroduis la main pour tacher de trouver la cause qui empêche la tête de s'engager, mais je ne puis encore passer derrière. Ayant remarqué qu'à chaque tentative de traction avec les fers un jet d'urine sortait de la vessie, et sentant maintenant une tumeur fluctuante à la partie antérieure de l'abdomen, au lieu de la dureté que je ressentais à mon arrivée, je pense avoir affaire à une rétention d'urine empêchant la tête de descendre. J'envoie chercher une sonde restée dans ma voiture et pendant ce temps j'administre un peu de seigle ergoté pour faire contracter l'utérus et rendre la tête moins mobile. Lorsque ma sonde est arrivée, je l'introduis, mais j'obtiens seulement quelques gouttes d'urine. Je me décide alors, en dernier espoir, à perforer le crâne pour le vider. Mon confrère, appuyant solidement sur le fond de la matrice qui commence à se contracter, fixe la tête. J'introduis la main gauche et, saisissant le reste du cou en entourant avec mes doigts la base du crâne, je glisse le perce-crâne le long de la colonne vertébrale. Après un peu de résistance, je pénètre à l'intérieur par le trou occipital. Aussitôt je suis inondé par un jet de liquide séreux mêlé de débris de cervelle. La cause de la dystocie est trouvée : nous avons affaire à un énorme épanchement de sérosité dans l'intérieur du crâne (hydrocéphalie interne). Nous pouvions enfin comprendre pourquoi nos instruments glissaient après quelques tractions. Lorsque nous comprimions la base de la tête, le liquide refluait à la partie supérieure, les os chevauchant les uns sur les autres se laissaient déprimer sans se broyer. Après qu'il se fut écoulé une quantité de liquide que j'estime au moins à 500 grammes, je sens la tête molle et plate. J'introduis de nouveau mon forceps, et, quoique je le sente encore un peu glisser, il entraîne assez la tête pour que je puisse saisir ce qui reste de cou et l'amener au dehors. Cette tête est très aplatie, on dirait un gros ballon de caoutchouc sur une des faces duquel serait dessinée une figure d'enfant. Les os sont très écartés, ce qui leur permet de s'appliquer les uns sur les autres sans se briser. La femme ne paraît pas trop fatiguée, le pouls est bon. Quelques douleurs amènent rapidement le placenta qui est extrait par mon confrère, et lorsque nous nous retirons une demi-heure après, la matrice est dure et bien contractée.

Ce qui, dans ce cas, avait contribué à rendre le diagnostic difficile, c'était la présentation qui ne permettait pas de sentir la fluctuation à travers les parois du crâne. J'avais aussi présent à la mémoire le cas d'un rétrécissement du bassin dans lequel, plusieurs applications de fers ayant été faites, un confrère n'avait pu avoir l'enfant. A mon arrivée, j'avais trouvé la tête ramollie à la suite de ces manœuvres et par suite mes instruments glissaient sans pouvoir rien amener. N'ayant pas alors de céphalotribe et ne pouvant autrement parvenir à débarrasser la femme, nous avions été obligé de pratiquer l'opération césarienne à laquelle la femme n'avait pas survécu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 février 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

De l'ablation des ganglions tuberculeux du cou. — **M. TRÉLAT** communique plusieurs faits dans lesquels les opérations radicales pour le traitement des ganglions tuberculeux du cou ou de l'aisselle lui ont donné de très bons résultats. Ces faits sont les suivants : 1° abcès froid ganglionnaire du cou, incision, curage, drainage, pansement antiseptique, guérison; 2° abcès ganglionnaire de l'aisselle, adénite, périadénite, incision, curage, énucléation par la curette, drainage, pansement de Lister, guérison; 3° jeune homme de vingt ans, portant depuis huit ans une tumeur ganglionnaire du cou rebelle à tous les traitements, deux incisions en croissant, dissection, curage, drainage, pansement de Lister, guérison; 4° ganglion du pli de l'aine, adénite inguinale suppurée, même traitement que dans les cas précédents, guérison. En résumé, chaque fois qu'il s'agit de tissus mous en contact ou en continuité avec des organes voisins plus fermes, plus durs, le curage, fait complètement, constitue un bon moyen d'exérèse ou d'ablation totale.

M. DESPRÉS partage la moitié des opinions exprimées par M. Trélat. Trois fois il a enlevé des tumeurs ganglionnaires du cou ou de l'aisselle. La première fois c'était une erreur de diagnostic; il croyait avoir affaire à une simple hypertrophie ganglionnaire, c'était un sarcome; l'opération a eu pour résultat d'amener consécutivement une sorte d'éléphantiasis de la mamelle; dans le second cas, il s'agissait de ganglions axillaires; le malade a bien guéri. Enfin, dans le troisième cas, il s'agissait d'un ganglion parotidien dont l'ablation a été suivie de succès. Dans ces cas, sauf le premier, l'opération était rationnelle. Quand il s'agit de tumeurs ganglionnaires anciennes contre lesquelles ont échoué tous les traitements médicaux et qui apportent une gêne de plus en plus marquée aux malades, il ne faut pas hésiter à les opérer; en cela M. Després est complètement d'accord avec M. Trélat. Mais il ne s'agit pas là de vrais engorgements ganglionnaires, de véritables hypertrophies. Ces dernières doivent être respectées; les injections interstitielles de teinture d'iode sont inutiles ou même nuisibles dans ces cas et l'ablation de ces tumeurs est dangereuse. Tout d'abord il est presque toujours impossible de les enlever complètement. M. Després rappelle un fait dans lequel Adolphe Richard tenta l'ablation de semblables ganglions; il lui fut impossible de tout enlever et le malade est mort en trois jours de septicémie aiguë. Depuis ce fait, dont M. Després a été témoin, il n'a jamais voulu toucher aux hypertrophies ganglionnaires cervicales. Il y a également un fait de Broca; le malade a semblé guéri pendant un certain temps; mais comme tout n'avait pu être enlevé, il y a eu récidive.

De tous temps, tous les bons chirurgiens ont été opposés à l'ablation de ces ganglions scrofuleux susceptibles, pour la plupart, de disparaître sous l'influence du traitement général, de l'huile de foie de morue, des bains sulfureux, du bord de la mer, etc.

M. Després cite encore l'exemple d'une jeune fille atteinte d'une hypertrophie ganglionnaire cervicale considérable, qu'il rattachait à une éruption difficile de la grosse molaire. Cette énorme tumeur

a fini par disparaître, après un an environ, sous l'influence des vésicatoires volants, de la teinture d'iode, des pointes de feu, de l'huile de foie de morue, des bains sulfureux. Elle est aujourd'hui complètement guérie et exerce la profession de sage-femme. Ces affections peuvent être guéries par un traitement médical approprié et par une bonne hygiène. Lorsqu'elles ne guérissent pas, c'est parce que les malades sont plongés dans la misère ou dans le vice et ne peuvent en aucune façon être soumis à ces conditions hygiéniques indispensables.

M. Després est loin de partager l'enthousiasme de M. Trélat pour le curage des ganglions cervicaux susceptibles d'être opérés. Lorsqu'il s'agit d'adénites chroniques suppurées avec fistules, le raclage ou le curage peuvent être indiqués; mais quand il s'agit de ganglions sains, non adhérents, sans rougeur à la peau, aller faire une incision et, par cette incision, aller curer ou énucléer ces ganglions, M. Després ne le fera jamais!

M. VERNEUIL rappelle qu'au début la discussion ne portait que sur les engorgements tuberculeux des ganglions lymphatiques. Il ne rejette pas, dans ces cas, l'opération d'une façon absolue puisqu'il y a cinq jours à peine, il a pratiqué cette opération pour des ganglions de l'aisselle. Mais dans les cas où l'on doit intervenir, l'extirpation totale est préférable à toutes les autres opérations. Il y a des cas où le curage est impossible. En supposant d'ailleurs qu'il soit facile, le curage et le grattage n'ont jamais donné à M. Verneuil que des améliorations passagères. Aussi demande-t-il formellement à ceux de ses collègues qui ont pratiqué un certain nombre de ces opérations de dire quels résultats ils ont obtenus non pas immédiatement, mais le mois après l'opération. Jusque-là, d'après sa propre expérience, M. Verneuil se croit autorisé à déclarer que la méthode du curage et du raclage donnent des résultats infidèles.

M. RICHELOT spécifie les cas dans lesquels les injections interstitielles de teinture d'iode peuvent être de quelque utilité. Ce sont ceux dans lesquels les ganglions sont sains, sans rougeur ni adhérences à la peau, pas trop anciens, on arrive par ces injections à amener l'atrophie de certaines de ces masses ganglionnaires. Mais ces injections ne sauraient convenir indistinctement à tous les cas.

M. TRÉLAT répond à M. Verneuil que, d'accord avec lui sur la nécessité des opérations complètes et radicales dans certains cas déterminés, il considère le curage comme un mode d'exérèse totale facilement applicable et très commode, plus commode même dans certaines circonstances que l'ablation totale par le bistouri. M. Trélat a maintes fois vu faire des *gratouillages*, des *ramonages* de trajets fistuleux qui ne signifient rien et ne remplissent aucune indication sérieuse.

Il faut, pour qu'il soit utile, que le curage soit un moyen d'ablation totale, de cette ablation complète que demande et réclame avec raison M. Verneuil.

Quant à la communication de M. Després, c'est un véritable pandémonium. La plupart des faits qu'il a cités n'ont pas trait à la question; il s'agit, dans un cas, d'un lymphosarcome, dans un autre d'une adénite chronique, dans un autre d'une adénite de voisinage, etc. Il n'est pas question de ces tumeurs ni de leur ablation. Il ne s'agit, en cette discussion, que des ganglions tuberculeux. Or il faut arriver à faire le diagnostic différentiel entre la tuberculose ganglionnaire, affection très fréquente, et l'hypertrophie ganglionnaire simple, au contraire extrêmement rare. Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire une fois établi, il y a tout avantage à enlever ces ganglions aussi complètement que possible.

M. DESPRÉS rappelle que le point de départ de cette discussion est le suivant: Il s'agissait de ganglions tuberculeux ou scrofuleux des jeunes soldats. M. Verneuil eût-il opéré le malade de M. Poulet? M. Trélat eût-il fait le curage de la tumeur? En un mot, doit-on opérer ces ganglions? M. Després est, pour sa part, formellement opposé à cette opération.

M. CHAUVEL, après avoir rappelé les divers points en discussion, insiste plus particulièrement sur cette question, à savoir: qu'il y a un certain danger dans l'ablation des ganglions tuberculeux du cou. Un grand nombre de ces adénites tuberculeuses guérissent seules ou sous l'influence d'un traitement général approprié. Cela est incontestable. L'influence du climat sur ces affections est manifeste; ainsi, pendant deux ans que M. Chauvel est resté en Algérie, il n'a pas vu un seul cas d'adénite tuberculeuse cervicale.

M. Chauvel, dans certains cas bien déterminés, a essayé les injections interstitielles de teinture d'iode; elles ne lui ont pas donné de bons résultats.

M. Trélat va plus loin et est bien près de proposer l'ablation dans tous les cas où la nature tuberculeuse de l'adénite est dûment constatée. C'est là l'opinion des chirurgiens allemands, s'appuyant sur ce fait que la suppression d'une tuberculose locale, peut empêcher l'explosion ultérieure de la tuberculose généralisée. Mais, d'un autre côté, s'il était démontré que la tuberculose localisée aux ganglions du cou n'est que l'expression d'une tuberculose généralisée, il ne faudrait pas toucher alors à ces ganglions. C'est aux faits à juger ces questions non encore élucidées. Toutefois, s'appuyant sur de nombreuses statistiques, M. Chauvel se déclare formellement opposé à l'extirpation précoce des ganglions tuberculeux.

M. LE FORT dit que l'expérience a montré qu'un grand nombre de ganglions tuberculeux subissent certaines modifications qui font que les malades n'en sont plus gênés et ne s'en préoccupent plus. Il y a tout avantage, dans ces conditions, à ne pas opérer; il y aurait plutôt danger même à pratiquer l'extirpation de ces ganglions.

M. TRÉLAT trouve la conclusion de M. Chauvel excessive.

Tumeur du testicule. — M. TILLAUX présente une tumeur du testicule qui a été opérée par M. le docteur Ligarac (de Plouay). Cette tumeur énorme pèse 4 kilogrammes et quelques grammes. C'est un sarcome.

Arthrite suppurée. — M. TILLAUX présente des pièces anatomiques provenant d'une jeune femme qui a succombé en quelques jours à une arthrite aiguë suppurée de la hanche droite d'origine puerpérale. On voit bien sur cette pièce les lésions primitives de l'arthrite aiguë.

Déviations de la colonne vertébrale. — M. PRAVAZ (de Lyon) donne lecture d'un travail sur le pronostic des déviations de la colonne vertébrale au point de vue de leur curabilité. Il insiste sur l'influence de la santé générale, de l'âge, du tempérament de l'individu, de l'ancienneté de l'affection et fait ressortir toute l'importance du traitement général. Il insiste plus particulièrement sur l'influence des dyscrasies, de la chlorose, puis de certains éléments spéciaux, tels que l'excès de jeunesse ou l'ancienneté de l'affection, la paralysie des muscles spinaux, la situation de la courbure à la région cervico-dorsale, la forme anguleuse de la gibbosité, etc., etc. Il termine en faisant ressortir toute l'importance du traitement et en montrant des plaques spéciales sur lesquelles il fait coucher les malades.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, publiée sous les auspices de l'administration de l'Assistance publique.

Par Léon BRIÈLE, archiviste de l'Administration.

III

Nous avons dit précédemment (1) qu'en 1652 plusieurs chirurgiens, opérateurs en l'extraction de la pierre, avaient obtenu du roi l'autorisation de fonder un hôpital hors la porte Saint-Antoine pour recevoir et soigner gratuitement tous les pauvres malades atteints de cette affection.

---

(1) Voir le numéro du 23 août 1883.

Parmi les noms que nous avons cités, il en est un sur lequel nous devons nous arrêter un instant; nous voulons parler de *Philipes Collo*, membre d'une véritable dynastie de chirurgiens-spécialistes pour l'extraction de la pierre. Nous retrouvons en effet ce nom assez fréquemment reproduit dans plusieurs délibérations du bureau de l'Hôtel-Dieu, où leur habileté leur donnait une certaine autorité et provoqua bien des jalousies de la part des autres chirurgiens qui pratiquaient aussi la taille.

En 1657, une petite cabale fut montée par quelques médecins de l'Hôtel-Dieu et le chirurgien Petit pour faire admettre dans l'hôpital Colot (1), son neveu et son cousin, comme opérateurs de la pierre, ces derniers ayant offert d'opérer gratuitement les malades. Or il y avait déjà un chirurgien du nom de Gouin, qui pratiquait depuis plusieurs années cette opération à l'Hôtel-Dieu; inutile de dire qu'il fit tout ce qu'il put pour faire refuser la demande des trois Colot, mais sans y parvenir. Le principal argument que Gouin émettait contre l'admission des Colot à l'Hôtel-Dieu mérite d'être signalé, parce qu'il nous montre de quel esprit étroit et mesquin ces chirurgiens d'alors étaient animés les uns à l'égard des autres. Le voici transcrit textuellement: « Le sieur Gouin ouy, a dit qu'il prie la compagnie de considérer que le nom des sieurs Colot luy peut faire beaucoup de préjudice à cause du crédit que le défunt sieur *Colot* a obtenu et acquis dans Paris pour le fait de la taille, et que cela leur donneroit beaucoup plus de réputation, quand ils auroient moins de sçavoir, et que d'ailleurs quelques-uns des médecins de l'Hostel-Dieu qui les favorisent traverseroient autant qu'ils pourroient ses opérations, pour donner plus d'éclat à celle desdits sieurs Colot. » De telles rivalités n'existent plus de nos jours, et nous voyons au contraire tous nos chirurgiens ouvrir leurs rangs pour faire place au mérite sans que les questions d'intérêt puissent entrer en jeu. Donc, malgré Gouin, les Colot furent admis à opérer à l'Hôtel-Dieu, mais pendant un mois seulement et en présence des médecins et chirurgiens de l'hôpital.

Cette autorisation, qui n'était que provisoire, ne leur fut pas continuée; car en 1659, Gouin étant tombé malade et ne pouvant faire ses opérations, on alla trouver un des Colot pour le remplacer. Ce dernier accepta, mais à la condition d'opérer sans témoins, ayant, dit-il, *un secret reçu de ses ancêtres et qu'il ne veut pas le dévoiler aux autres*. Le Bureau accepta, et voici à nouveau un des Colot à l'Hôtel-Dieu, mais cette fois bien décidé à n'en plus sortir, comme on va le voir. Gouin s'était vite remis de son indisposition et deux jours après venait reprendre ses occupations. Un des membres du bureau vint en informer Colot, lui adressant ses remerciements pour la bonne volonté dont il avait fait preuve pour le soulagement des pauvres, et lui signifia d'avoir à se retirer, puisque l'opérateur ordinaire de l'hôpital reprenait le lendemain son service. Or le lendemain deux malades devaient être opérés, et Colot, qui avait de bonnes raisons de ne pas aimer Gouin, lui joua le mauvais tour de venir, malgré les ordres du Bureau, opérer, à cinq heures du matin, les deux malades que son collègue devait opérer dans la journée. De là, grand scandale à l'Hôtel-Dieu, l'autorité du Bureau est atteinte, de vertes remontrances sont faites à Colot, qui, loin de s'humilier, se porte à des voies de fait contre un des administrateurs et refuse finalement de quitter l'hôpital, ayant reçu, dit-il, des ordres du premier Président. Il serait fastidieux pour le lecteur de lui énumérer toutes les démarches auxquelles donna lieu cet incident. Qu'il nous suffise de dire qu'une véritable correspondance diplomatique eut lieu entre le premier Président et le Bureau de l'Hôtel-Dieu. C'est qu'en effet cet incident, presque comique et qui nous fait sourire, avait à cette époque une réelle importance, en ce que la toute-puissance du Bureau de l'Hôtel-Dieu se trouvait en échec; et nous avons déjà dit quelle était cette puissance qui, tout récemment encore, le 5 juin 1658, exigeait et obtenait des excuses du lieutenant du Châtelet pour s'être introduit sans autorisation dans une des salles de l'hôpital pour interroger une malade. Cependant les administrateurs n'obtinrent pas satisfaction contre Colot, car ce dernier resta, sur l'ordre du premier Président, comme opérateur de la pierre à l'Hôtel-Dieu, conjointement avec son collègue et rival Gouin. Cette autorisation, qui n'était que provisoire, devint probablement définitive, car en 1665 nous le retrouvons faisant l'anatomie de la vessie à l'Hôtel-Dieu, sur les cadavres de ceux qui avaient succombé à l'opération de la taille. De plus, une délibération de la même année nous prouve encore sa présence à l'Hôtel-Dieu; car, par cette délibération, le Bureau réprimande Colot d'avoir fait payer des malades pour les opérer, d'avoir refusé d'en tailler quelques-uns qui ne voulaient pas lui donner ce qu'il demandait. Il lui est fait défense d'accepter quoi que ce soit des malades.

La réputation et l'autorité de Colot à l'Hôtel-Dieu sont à leur apogée, le Bureau est obligé de plier devant lui et ne peut plus sévir; c'est ainsi qu'en 1668, Colot ayant donné un soufflet au principal apothicaire de l'hôpital, qui voulait assister à ses opérations, le premier Président fit observer au Bureau que *Collo étant une personne à choier*, il était bon de ne point le réprimander devant témoins et qu'il le ferait venir en son hôtel pour s'expliquer à ce sujet.

Nous retrouvons encore le nom de Collo à l'Hôtel-Dieu en 1671, à propos d'une modification dans le manuel opératoire de la taille. Il paraît que presque toutes les femmes opérées de la pierre par le procédé qui était admis étaient atteintes d'incontinence d'urine. Un des membres du Bureau, Perreau, conseille à Collo, pour éviter cet inconvénient, de faire l'incision au-dessus de la vessie, ce que Collo accepte de faire, non pas toutefois sans avoir pris l'avis des médecins.

En 1674, *Hierosme Collo*, cousin du précédent, est admis comme opérateur de la pierre à l'Hôtel-Dieu, et il lui est proposé de faire des élèves pour l'exercice de cet art. Collo répondit que, gagnant par an 13 ou 14,000 livres et ayant cinq enfants, il consentira à faire autant d'élèves que l'on voudra, à condition qu'il lui sera donné 30,000 livres pour une fois et 2,000 livres de pension pendant sa vie et celle de sa femme. Il refuse en outre de travailler devant aucun chirurgien. Il est probable que ces conditions ne furent pas acceptées; car, dans une lettre écrite en 1678, Collo proteste contre l'autorisation donnée à Thierry, chirurgien ordinaire de l'Hôtel-Dieu, de pratiquer l'opération de la taille, déclare en outre qu'il se retire et ne travaillera plus dans l'Hôtel-Dieu. Le fait est qu'à partir de cette époque nous ne trouvons plus le nom de Collo dans les délibérations du Bureau.

En 1681, les deux opérateurs de la taille ayant eu une discussion ensemble et le service se trouvant en souffrance, le premier Président propose de rappeler Collo à l'Hôtel-Dieu, mais le Bureau lui préfère Morel, opérateur de la taille à la Charité.

C'est ainsi que, entrée à l'Hôtel-Dieu après en avoir forcé la porte pour ainsi dire par un coup de main, cette famille des Collo, remarquable par tous les chirurgiens qu'elle donna, quitta cet hôpital par un coup de tête et pour n'y plus rentrer.

Si nous nous sommes laissé aller à parler aussi longuement des Collo, c'est que certainement cette famille occupe le rang le plus distingué parmi les lithotomistes français, et qu'elle s'illustra, comme nous l'apprend le savant bibliothécaire de la Faculté de médecine, M. Chéreau, par une pratique de 170 ans (1).

Docteur O. GUILLIER.

(1) Philipes Collo, dont nous avons parlé quelques lignes plus haut, mourut à Luçon, en Poitou, en 1659. Ce n'est donc pas de lui dont il est question dans la citation que nous reproduisons à propos de Gouin, et dans laquelle il est fait allusion à un Colot mort antérieurement. Il est probable qu'on fait allusion à *Laurent Colot*, chef de cette famille, mort vers l'an 1572, pour lequel Henri III créa la charge de lithotomiste royal, comme nous l'apprend M. Chéreau dans son article sur les Colot, dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Quant à l'orthographe du nom, nous trouvons dans les délibérations de l'Hôtel-Dieu trois façons différentes de l'écrire: *Colot*, *Collo* et *Collot*.

(1) Chéreau. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Article: « LES COLOT », t. XIX (première série).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — A l'occasion des jours gras, la Faculté sera fermée mardi prochain, 26 février 1884.

— Par décret, en date du 21 février 1884, M. le docteur Tourneux est nommé professeur d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille (emploi nouveau).

— Par arrêté ministériel, en date du 20 février 1884, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur Daguillon, de Joze (Puy-de-Dôme).

— Par décision ministérielle, en date du 19 février 1884, M. Claudot, médecin principal de deuxième classe à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon, a été désigné pour remplir les fonctions de médecin-chef à l'École polytechnique.

— Par arrêté préfectoral, en date du 12 février 1884, M. le docteur Carillon, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé professeur stagiaire d'histoire naturelle à l'école J.-B. Say, en remplacement de M. Noël, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Marmy, ancien inspecteur des armées, et de M. le docteur Rapou (de Lyon).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15812.

N° 24. — MARDI 26 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. MARDI 26 FÉVRIER 1884. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les accidents cérébraux dans le diabète. État mental des diabétiques. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les accidents cérébraux dans le diabète (1).

ÉTAT MENTAL DES DIABÉTIQUES.

III

Je dois aborder maintenant l'histoire d'une autre catégorie de manifestations cérébrales du diabète, qui sont fort intéressantes à connaître, bien qu'elles soient longtemps restées dans l'ombre : je veux parler des troubles qui se rattachent à l'aliénation mentale. Dès 1864, Marchal (de Calvi) en reconnaissait l'existence et il écrivait : « Il existe très positivement une *vésanie diabétique.* » Malheureusement ce médecin distingué n'apportait à l'appui de son dire aucun fait probant et décisif. J'ai eu pour ma part l'occasion d'en rencontrer un certain nombre sur lesquels j'ai déjà naguère appelé l'attention. Et depuis ma communication à la Société médicale du VIe arrondissement, qui date de 1872, divers auteurs ont relaté des faits analogues.

Une première forme de vésanie qu'on observe assez souvent dans le diabète consiste dans une sorte de *délire hypocondriaque.* Les malades se préoccupent de leur santé, s'affligent, examinent leur urine ou la goûtent, font renouveler les analyses, dissertent sur la variation de la quantité de sucre et arrivent à n'être plus que médiocrement intéressés par tout ce qui n'a pas trait à leur affection et au régime alimentaire qui leur est imposé. Dès que les malades s'améliorent, dès que la dose de sucre diminue d'une manière sensible ou disparaît passagèrement, ils redeviennent gais, dispos, confiants, moins soucieux d'eux-mêmes et plus accessibles aux préoccupations d'autrui. Leurs dispositions intellectuelles, en un mot, sont en raison directe de la présence, du dosage ou de l'absence du sucre.

Un autre caractère assez singulier et relativement fréquent que revêt le délire des diabétiques, est une sorte de tendance à se croire ruinés et à gémir sur le mauvais état de leurs affaires et de leur fortune, alors cependant que celles-ci restent prospères. Certains malades chez lesquels la dose du sucre des urines est très élevée, deviennent tout à coup avares, parcimonieux à l'excès ; ils refusent tout à leur entourage et se refusent tout à eux-mêmes ; ils pleurent et se lamentent sur le mauvais état de leur situation financière, défendent qu'on achète quoi que ce soit dans leur maison, ne se rendent à aucun raisonnement, nient l'évidence, ne sont tranquillisés par rien et ne parlent que de leur ruine complète, de leur faillite inévitable pour le lendemain, ou de la mort qui peut seule les soustraire au déshonneur.

Marchal (de Calvi) a rapporté un fait de cet ordre. Le malade avait l'idée fixe qu'il allait être ruiné par des éventualités qu'il s'exagérait d'une façon déplorable. Son angoisse était extrême et faisait le désespoir de sa famille. Il ne dormait plus.

Voici un cas analogue dont j'ai été le témoin il y a quelques années, et que je choisis comme l'un des plus typiques parmi ceux que je possède (1).

M. Isaac L..., âgé de quarante-neuf ans, brocanteur de tableaux, marié depuis sept ans, père de trois enfants, né et domicilié à Paris, est israélite. Il passe pour être très entendu en affaires, se connaître parfaitement en peinture et ne pas manquer de notions artistiques réelles. Il a toujours été d'un caractère un peu réservé, presque morose, et l'on disait généralement de lui qu'il était un « homme sérieux ». Il n'a jamais été atteint de maladies graves.

A partir du mois de mars 1877, il est complètement impuissant et il s'en préoccupe d'autant plus qu'il ne se sent pas souffrant. Il rapporte à ce sujet qu'il mange beaucoup, qu'il boit bien davantage, et qu'il urine en assez grande quantité. Depuis quelques mois, il se relève une ou deux fois chaque nuit pour uriner, ce qu'il ne faisait jamais auparavant. Il maigrit et pâlit, se fatigue vite, marche moins, commence à préoccuper son entourage, renonce tout à coup à fumer et perd très vite « l'entrain des affaires ».

En juin, il part très triste pour la Belgique et la Hollande, où l'appelaient d'importantes ventes de tableaux, et il revient quinze jours après à Paris, plus sombre et plus affligé encore qu'à son départ. Il se plaint amèrement de n'avoir pas couvert ses frais de voyage et il commence à redouter l'avenir. Il inventorie les deux cents tableaux qui sont chez lui, et il les estime en moyenne au tiers de leur valeur respective. Il parle peu, écrit considérablement, aligne des chiffres, recommence plusieurs fois chaque opération d'arithmétique, pousse quelques soupirs, se tour-

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 février 1884.

(1) Ce cas a été inséré dans la thèse de M. de Los Santos : *De l'état mental chez certains diabétiques.* Th. de Paris, 1878.

mente, n'ose plus rien acheter à la salle des ventes, et tombe dans une sorte d'insouciance, d'apathie et d'indifférence générale, qui préoccupe vivement sa femme. Il mange avec appétit, boit plusieurs fois de la bière dans la journée et dans la soirée, et cependant son amaigrissement s'accentue.

En août, il passe dix-sept jours au bord de la mer, prend des bains, va à la pêche, retrouve de l'activité et même un peu de gaieté, et il reconnaît spontanément qu'il a eu tort de s'être découragé et de ne rien avoir acheté à Bruxelles et à Amsterdam, au mois de juin.

Il rentre à Paris très amélioré, s'occupe d'affaires, va dans les ateliers et renoue toutes les relations commerciales et artistiques qu'il avait interrompues. Ses fonctions génitales restent cependant glacées.

En novembre, il s'affaisse de nouveau et garde presque constamment la chambre ou le lit, à la suite d'une série de furoncles.

En décembre, en proie à une tristesse morne et à un sombre découragement, il s'excite tout à coup, devient anxieux, déclare qu'il est perdu, ruiné, qu'il ne possède plus rien, que ses tableaux ne sont pas à lui, qu'il a des dettes, que sa famille va mourir de faim, qu'il est en faillite, qu'il n'y a plus à la maison de pain pour la journée, et il donne toutes les marques du plus violent désespoir. Il se lamente et ne dort pas. Un médecin du voisinage lui prescrit des bains et une potion renfermant du bromure de potassium, mais il refuse de se laisser soigner, défend qu'on fasse venir un bain et qu'on aille chez le pharmacien, puis il recommande au médecin de ne plus revenir et lui annonce qu'il ne lui paiera pas sa visite, car il est tombé dans la plus grande misère. « L'huissier va venir. Il saisira les meubles et les tableaux. Je serai demain sur la paille », ajoute-t-il.

En janvier 1878, je fus consulté, et, avant d'avoir pénétré jusqu'auprès du malade, j'avais demandé s'il n'y avait point de sucre dans les urines. L'analyse n'avait pas été faite et l'attention ne s'était pas portée un seul instant de ce côté. Or les signes physiques et les particularités intellectuelles avaient, à mes yeux, une valeur diagnostique considérable et imposaient au préalable l'examen chimique des urines. M. Isaac L... était effectivement un diabétique. Un traitement tonique et une alimentation spéciale l'ont assez rapidement ranimé et amélioré, au point de vue physique. L'état mental s'est rapidement amendé. Mais, en avril, une rechute est survenue, avec amaigrissement, furoncles, soif vive, idées de ruine et gémissements.

L'observation qui suit et qu'a recueillie M. de Los Santos n'est pas moins typique que celle qui précède.

M. B..., soixante-douze ans, diabétique depuis vingt ans environ, est, depuis sa jeunesse, à la tête d'une fabrique importante. Il jouit d'une position de fortune très aisée.

Son caractère a toujours été un peu sombre. Ses amis se rappellent qu'on l'a marié à trente-deux ans, dans l'espérance de guérir une tristesse que rien n'expliquait alors. Malheureusement, sa femme mourait en couches dès le troisième enfant.

Depuis une quinzaine d'années, la polyurie, la polyphagie, la polydipsie, ont été traitées. Les urines ont été examinées avec soin.

Pendant une longue période d'années, les seuls troubles bien accusés consistaient uniquement en une tristesse que rien ne pouvait distraire. Il y a sept ans, il marie sa fille aînée et lui reconnaît une dot assez forte.

A la suite de cet évènement apparaissent des troubles psychiques bizarres ; son fils, qui mène joyeuse vie et lui cause de grands chagrins par sa paresse et ses folles dépenses devient pour lui un objet de terreur. Il craint d'être assassiné par lui, et, pendant de longs mois, couche avec un revolver sur sa table de nuit.

Il y a cinq ans, ce fils de M. B..., compromis dans une affaire de fausses signatures, s'exile. Les tribunaux de France le condamnent à plusieurs années de travaux forcés. Le malheureux père, n'ayant plus pour toute société que sa plus jeune fille auprès de lui, devient de plus en plus sombre. Il se croit ruiné.

Il s'affaiblit considérablement.

Un jour, il y a deux ans, il est pris tout à coup de vomissements hémorragiques abondants qui persistent quatre jours et menacent son existence. Il s'agit d'un ulcère simple que l'on traite, depuis lors, par le lait.

M. B..., toujours poursuivi par son idée de ruine, refuse de laisser marier sa seconde fille sous prétexte qu'il lui est impossible de la doter. Ce n'est qu'au bout de près d'une année de prières et de luttes qu'il consent à son mariage, mais il ne lui constitue absolument aucun apport matrimonial.

Cet homme riche et considéré ne donne aucun trousseau à sa fille et ne consent à se dessaisir d'aucun des objets qui lui appartiennent.

Aujourd'hui, M. B..., vieillard très affaibli, au cou gras, n'a plus que deux idées en tête : son *alimentation* et sa *ruine*. Il se nourrit largement, mange et boit beaucoup, et se plaint sans cesse de sa misère. Il rend chaque jour 100 à 200 grammes de sucre.

Ces idées de ruine, si nettes dans le cas que je viens de rappeler, peuvent être plus ou moins habilement dissimulées par les malades. Ils arrivent en effet quelquefois à en contenir l'expression, à voiler leurs anxiétés aux yeux du public. Ils continuent à se livrer à leurs affaires, et se montrent tout aussi raisonnables en apparence, tout aussi intelligents qu'ils l'ont été par le passé. Mais si la glycosurie s'aggrave, les conceptions délirantes affectent un degré d'intensité tout particulier. Aux idées de ruine viennent parfois s'ajouter des idées de persécution, et le malheureux diabétique a des impulsions au suicide, qui trop fréquemment ont été suivies d'effet.

M. T..., négociant, âgé de quarante-trois ans, marié, père de trois enfants, possesseur d'une jolie fortune, est devenu impuissant et a visiblement maigri depuis quelques mois. Il mange considérablement, dort mal, est tourmenté par la soif, s'afflige au sujet de ses affaires, qu'il dit être mauvaises et qui sont excellentes, devient d'une avarice sordide et se désespère. Il a des furoncles à la région dorsale qui le font souffrir et l'exaspèrent. Il a conscience de son état et se déclare « le plus malheureux des hommes ». Sur ces données intellectuelles, j'adresse le malade à Marchal (de Calvi) ; l'analyse des urines est faite par M. Duroy et le diabète est reconnu. Six semaines après avoir commencé un traitement approprié, T... est trouvé pendu.

M. V..., âgé de quarante-cinq ans, commis principal d'un changeur et très occupé par des affaires de Bourse, est polysarcique et fils de goutteux. Il a eu plusieurs atteintes de coliques néphrétiques. Il possède environ 150,000 francs de fortune en portefeuille. Il maigrit, devient triste, hypocondriaque, impuissant et polyurique ; il se croit ruiné, s'afflige et pleure. Sa mémoire est fidèle, tous ses souvenirs

sont même d'une précision extraordinaire, ses pupilles sont égales, sa parole est libre. On prend l'avis d'un certain nombre de médecins et l'on paraît pencher pour le début insidieux d'une paralysie générale. Le diabète est soupçonné, et M. Bouchardat, consulté, trouve une quantité notable de sucre dans les urines. — Ce malade s'est noyé.

M. A..., âgé de quarante ans, fonctionnaire public en disponibilité, est obèse, triste, gros mangeur, impuissant et très sujet à des poussées furonculeuses ; il est devenu en quelques mois d'une avarice qui jure avec tout son passé. Il se dit ruiné, n'accepte aucune preuve du contraire, refuse toute exhortation, repousse tout propos consolateur, se décourage, s'amaigrit, s'impose des privations et déclare en pleurant qu'il ne survivra pas à la perte de sa fortune. Il était diabétique et a été vu plusieurs fois en consultation par Marchal (de Calvi) et par moi. — Ce malade s'est noyé.

M. C. B..., âgé de quarante-neuf ans, ancien négociant, très intelligent, riche, marié, père de deux enfants, gai, expansif, recherchant la bonne chère et intempérant à l'occasion, a passé plusieurs jours à faire des comptes et à aligner des chiffres. Sa ruine lui paraît manifeste et il l'annonce. Sa famille s'inquiète, consulte des hommes d'affaires, et arrive facilement à reconnaître une situation très prospère et fort enviable. Il s'exalte, ne dort pas, boit plusieurs fois pendant la nuit, continue à manger avec appétit, et reste d'une remarquable lucidité en dehors de ses assertions erronées sur sa situation financière. L'aliénation mentale est pressentie et plusieurs médecins sont appelés. Le diabète est enfin soupçonné et l'analyse des urines confirme en tous points cette manière de voir. — Ce malade a échappé un jour à la sollicitude de tous les siens et il est précipitamment parti pour l'Angleterre. Il s'y est tué le surlendemain de son arrivée.

A partir du moment où ces observations ont été recueillies par moi, mon attention est restée très éveillée sur les tendances avaricieuses, les idées de ruine et les idées de suicide chez les diabétiques, l'intelligence restant d'ailleurs parfaitement nette en dehors des préoccupations d'argent. D'autres exemples cliniques se sont encore présentés. J'ai interrogé alors un certain nombre de médecins, mais beaucoup n'avaient pas été frappés par la concomitance des idées de ruine et la présence du sucre dans les urines. Toutefois, mon savant collègue M. J. Falret m'a récemment certifié qu'il avait vu deux ou trois cas de ce genre complètement probants. D'autre part, un médecin recommandable, mort depuis peu de temps, m'a rapporté le cas d'un diabétique intelligent, mais affligé, désespéré, se prétendant ruiné, que l'on trouve un matin sans vie dans son lit et qui s'était empoisonné. Enfin, M. le docteur Charpentier, médecin-adjoint de la Salpêtrière, m'a cité l'observation d'un pharmacien glycémique et ayant des idées de ruine, qui s'était jeté sous les roues d'un omnibus.

Les faits qui précèdent suffiront, je pense, pour vous convaincre de l'étroite relation qui existe entre certaines formes de vésanies et le diabète. Que la *bradytrophie* qui aboutit à l'accumulation du sucre dans le sang, à la glycémie chronique, puisse retentir d'une façon fâcheuse sur le système nerveux, c'est là un fait qui n'est plus contestable et que vous ne serez pas tentés de mettre en doute après la description des nombreux accidents que je viens de tracer. Dans un instant, à propos de la physiologie pathologique de ces accidents, nous aurons à rechercher au moyen de quel procédé la glycémie peut influencer d'une façon aussi fâcheuse la moelle et le cerveau. Mais dès maintenant il est nécessaire de nous demander quelle est la nature du lien qui relie au diabète les troubles vésaniques que nous avons passés en revue. Tous les diabétiques ne sont pas vésaniques, il s'en faut. Or n'y a-t-il pas chez ceux qui le deviennent une sorte de prédisposition héréditaire ou acquise, qui fait du système nerveux une façon de *locus minoris resistentiæ*, et prépare ce système aux troubles dont il s'agit?

J'ai, pour ma part, une grande tendance à le croire ; et ce que je puis affirmer, c'est qu'un grand nombre (sinon tous) des diabétiques qui présentent des idées délirantes sont des descendants d'aliénés ou de névropathes. M. Cotard a publié un certain nombre d'observations fort intéressantes à cet égard. Je vous en citerai quelques-unes (1).

M. X..., âgé de cinquante-sept ans, *a un frère aliéné*. En 1876, il avait déjà été interné dans différents asiles et à différents intervalles pour un délire chronique des persécutions. Il croyait qu'il y avait un complot dirigé contre sa personne. Hallucinations multiples de l'ouïe et de la sensibilité générale. Altération du sentiment de la personnalité, il croit qu'il y a plusieurs personnes en lui. Il a des paroxysmes pendant lesquels il menace de tuer les personnes qui l'entourent. M. X... est diabétique et son diabète remonte à une époque éloignée et inconnue de sa maladie. Le malade est sorti dans un état de rémission notable, mais le diabète persiste.

M. X..., âgé de cinquante-huit ans et *appartenant à une famille d'aliénés*, est atteint du délire des persécutions, caractérisé par des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale : il se figure qu'on agit sur lui par l'électricité, qu'on l'injurie par le téléphone et qu'on lui soutire ses pensées. Il a en plus des tendances au suicide.

En 1876, à la suite d'un paroxysme d'un état chronique qui existait vraisemblablement déjà depuis plusieurs années, il a été placé dans un asile d'aliénés. Ce malade est diabétique. Le diabète a été constaté à une époque où le trouble mental n'était pas encore très appréciable. Il a eu également de la gravelle, et pendant une période de sa vie, la gravelle et le diabète se seraient, paraît-il, succédés alternativement.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (2).

III

II. SOUVENIRS DE COLLÈGE ; MES PREMIÈRES EXCURSIONS AUX PYRÉNÉES.

Vers 1792, un premier collège fut fondé à Saint-Sever dans l'ancien couvent des Jacobins, sous la direction de deux professeurs de Paris envoyés par l'État. Malgré la dureté des temps, cet établissement prospéra au delà de toutes les espérances ; j'y étais externe avec mes frères et beaucoup de camarades de mon âge. Le nombre des pensionnaires ne tarda pas à s'élever à soixante, pour la plupart du pays Basque et de l'Armagnac : au jour où j'écris ces lignes, tous mes anciens camarades sont, hélas ! *ad patres*.

C'est pour la fondation de ce premier collège que M. de T..., alors maire, mit en réquisition une cinquantaine de chariots pour

(1) Citées in Th. de Los Santos.

(2) Suite. — Voir le numéro du 19 février 1884.

transporter à Saint-Sever tout le mobilier du séminaire d'Aire, qui venait d'être évacué. M. de T... avança à l'État une somme de quarante mille francs pour cette œuvre, et on n'a connu cet acte de généreux patriotisme qu'à sa mort ; son fils trouva dans les papiers de famille les pièces qui établissaient l'avance de cette somme et celles du remboursement par l'État.

Où trouverait-on dans la vie des administrateurs d'une petite localité l'exemple d'un dévouement, d'un sacrifice de cette importance? M. de T... semblait avoir prévu les conséquences qui devaient en résulter pour le présent et l'avenir de notre cité, qu'il administrait à une époque si difficile.

En 1795, lorsque la tourmente révolutionnaire commençait à se calmer, le gouvernement institua dans chaque département un enseignement public sous le nom d'*École centrale*. Des chaires jusqu'alors inconnues dans les collèges donnaient aux études une grande extension. Les professeurs étaient convenablement rétribués : ils avaient chacun deux mille francs.

Saint-Sever, par la beauté et les conditions hygiéniques très favorables du local scolaire, par la richesse de la contrée et surtout par le précédent d'un collège établi et possesseur d'un mobilier, obtint la préférence sur le chef-lieu du département. Cette école centrale fut très florissante, on y affluait des départements environnants ; après six ou sept années d'existence elle fut licenciée à l'époque du consulat.

Les chaires étaient au nombre de neuf : *Langues étrangères*, le professeur était de Paris, plus administrateur et économe que professeur. — *Physique* et *chimie*, professeur : M. de B..., de Saint-Sever, toujours honorable, dépensait plus que ses appointements en instruments et en expériences. Les dames assistaient souvent à son cours, surtout pour les leçons sur l'électricité. — La *Botanique*, la *Zoologie*, la *Minéralogie*, étaient professées par mon père qui traitait aussi de l'*Ostéologie humaine; Histoire* (professeur de Paris); *Législation; Littérature et belles-lettres; Latinité; Mathématiques; Dessin.*

Notre école possédait un joli jardin botanique dont l'avait généreusement doté M. de B... Il occupait la moitié orientale de son grand potager avec tous les bâtiments dépendants. Les plantes y étaient classées d'après les familles naturelles de Jussieu. On en recevait beaucoup de Paris et elles prospéraient fort bien.

Les exercices de l'école centrale étaient publics et très solennels. Il y avait un grand concours de parents et de curieux ; on ne se bornait pas à une distribution des prix ; tout le monde pouvait interroger les élèves sur les matières comprises dans le programme.

Le premier préfet qu'ait eu le département, M. Méchin, homme fort instruit et lettré, maniant parfaitement la parole, ne manquait jamais d'y assister; il y brillait par ses questions et ses compliments d'encouragement.

Je comptais parmi les bons élèves de notre école ; c'est là que je m'épris d'une vive passion pour la botanique. Linné et Lamarck à la main, j'étudiais, je classais, je nommais les plantes soit du Jardin botanique, soit des environs de Saint-Sever. Notre professeur de physique et de chimie, M. de B..., dirigeait avec la plus généreuse bienveillance nos excursions, et nous étions sûrs de trouver à la station de quoi réparer nos forces. Je m'attachai à former un herbier, qui s'est successivement accru depuis et qui a aujourd'hui une grande valeur de science.

Malgré ces heureuses dispositions aux études sérieuses, il y avait dans ma fibre comme dans mon caractère une singulière tendance à primer sur mes camarades par les exercices du corps et les entraînements aventureux. Mon agilité et une intrépidité qui ne calculait pas les difficultés me poussèrent pour ainsi dire irrésistiblement à me mettre en scène dans les courses de taureaux alors si en vogue dans le pays de Gascogne. Je m'élançai dans l'arène, j'affrontai ces redoutables animaux et j'acquis bientôt une célébrité d'*écarteur*. Deux fois je fus terrassé en pleine place, ce qui ne me corrigea point, quoique cette dangereuse gymnastique fît le tourment de ma famille.

Fallait-il courir, sauter, grimper, marcher en équilibre sur l'étroit garde-fou d'un pont, boxer, se battre, nager, plonger : on me voyait constamment au premier rang.

Un soir de l'été de 1795, mes deux frères et moi nous étions à nous baigner dans l'Adour, au bas du coteau de la *May de Diou*, avec un ami, fils unique de bonne famille. Pendant que nous prenions au loin nos ébats de natation, notre ami, qui ne savait point nager, était demeuré au bord du fleuve. A notre retour sur la rive, nous ne pouvions pas nous expliquer sa disparition lorsque la vue d'un pied qui parut et disparut à la surface de l'eau, vint nous donner l'affreuse certitude qu'il s'était noyé. Je plongeai aussitôt pour le sauver et je m'engageai sous une souche dans la profondeur de l'eau. Un homme avec un bateau s'occupait déjà de venir à mon secours, lorsque je parvins à surnager; que l'on juge de notre désespoir et de nos pleurs lorsque nous rentrâmes en ville avec cette triste nouvelle ! Le cadavre ne fut retrouvé que dans la nuit. Quelque temps après, mon frère puîné, âgé de quinze ans, fut atteint, après des imprudences aux bains de l'Adour, d'une grave pleurésie qui se termina par un empyème. L'opération de la thoracentèse fut très bien pratiquée par le chirurgien, M. D..., mais mon frère succomba.

En 1796, je fis avec mon ami C... mon premier voyage botanique aux Pyrénées. M. de B..., qui favorisait mon goût pour l'histoire naturelle, fit les frais de ce voyage.

J'escaladai le Pic du Midi, qui alors était peu accessible. J'explorai les monts de Saint-Sauveur, Gavarnie, Cauterets, Barèges. En sortant de Luz pour monter à Barèges, où mon père m'avait chargé de faire visite au célèbre Ramond, professeur à l'École centrale de Tarbes, un bel insecte, le *Cerambyx alpinus*, vint se poser sur moi; je le pris assez négligemment, je le traversai d'une épingle et je le piquai sur mon chapeau. Après les compliments d'usage, Ramond, à la vue de cet insecte, témoigna le désir de l'avoir : je m'empressai de le lui offrir. L'intérêt qu'il manifesta, le soin qu'il mit à le repiquer et à le placer dans une boîte où, pour la première fois, je voyais réunis de nombreux insectes, tout cela me fit une vive et profonde impression. J'étais surpris qu'un savant que je croyais exclusivement adonné aux hautes considérations géologiques et à l'étude des plantes, attachât une sérieuse importance à ces petits animaux. Les quelques notes instructives dont ce cerambyx devint l'occasion, me donnèrent tellement à réfléchir que, dès ce moment, je me livrai sans relâche à la recherche et à l'étude des insectes et cet attelage de bestioles m'a conduit à l'Institut.

Au début de ce même premier voyage, à Bagnères-de-Bigorre, nous fîmes l'excursion de la *Pene de l'Hiéris*, véritable jardin de Flore. Je me vois encore, au village d'*Aste*, dans le petit enclos de *Jacou*, notre guide. Le grand-père de ce brave montagnard avait accompagné le célèbre Tournefort dans ses courses botaniques aux Pyrénées. En nous promenant dans son jardin, où le grand botaniste s'était promené, Jacou racontait, avec un orgueil que je partageais aussi, qu'un pied de *napel*, qui était sous nos yeux, avait été planté par son aïeul au retour de sa dernière excursion avec Tournefort et que depuis on l'avait toujours propagé ; j'étais transporté et attendri au narré de cette tradition. En suivant Jacou, il me semblait fouler la trace parfumée de Tournefort. Arrivés au *puits des Choucas*, j'aperçus sur son limbe intérieur un magnifique échantillon de *muguet verticillé* (*Convallaria verticillata*) dont les fleurs se balançaient sur le gouffre ; je brûlais de le posséder. Je me mis à plat ventre et je rampai jusqu'au bord, tandis que C... me retenait par la jambe; j'accrochai le muguet convoité et la victoire fut proclamée. Jacou, qui voyait ma manœuvre en frémissant et sans oser élever la voix de crainte de me troubler, me gronda sévèrement de ma témérité et déclara que jamais il ne m'accompagnerait plus.

Dans cette excursion, je fus aussi témoin d'un fait qui est demeuré gravé dans mon souvenir. Lorsqu'à une certaine distance de ce puits on se tourne en face de la grande voûte du rocher de l'Hiéris, voûte assez vaste pour abriter un escadron de cavalerie, et si l'on crie à haute voix le mot *Constantinopolitanorum*, l'écho vous le rend intégralement : vous entendez les dernières syllabes, puis il articule

distinctement toutes les syllabes du mot ; je n'ai jamais connu d'écho de cette force.

Les impressions de ce premier voyage pyrénéen fait à l'âge de seize ans, à l'aurore d'une ardente passion pour la botanique, ces impressions furent en moi si profondes et si vives que, malgré l'éternité de plus de soixante ans, elles se retracent pures à mon souvenir. Quel admirable privilège, quel insigne faveur de la Providence de pouvoir, après un pareil délai, exhumer des cases de son cerveau des faits et des pensées qui n'ont rien perdu de leur fraîcheur native ou originelle! On en demeure étonné et fier.

En 1797, je renouvelai ce voyage avec mon ami S...; nous le fîmes à pied, herborisant en route et conduisant un cheval porteur de notre attirail botanique et de nos bagages. Cette excursion fut encore une libéralité de M. de B...; indépendamment des richesses botaniques que j'en rapportai, je commençai à m'adonner aux recherches entomologiques.

Enfin, en 1799, je fis ma troisième et dernière excursion pyrénéenne de ce siècle. J'eus le bonheur et l'honneur de revoir à Barèges l'illustre savant auquel je dois mon goût, ma passion pour l'entomologie.

Je n'ai jamais oublié avec quel intérêt Ramond m'accueillit d'abord comme fils d'un collègue des écoles centrales, pour lequel il professait une grande estime et ensuite pour ma qualité de jeune et ardent botanophile. Il me proposa, et je m'empressai d'accepter, de l'accompagner dans la dernière excursion qu'il fit aux Pyrénées. Nous explorâmes ensemble la *Piquette d'Ereslits* et le lac d'*Escoubous*, qui est vers sa base. J'avais alors dix-neuf ans et lui approchait, je crois, de la cinquantaine. J'admirais son ardeur à la recherche des plantes, son agilité à gravir les rochers, son habileté à se servir du long bâton ferré dans les descentes rapides et escarpées. Quoique sans bâton et avec un fagot de plantes dans les mains, je le suivais partout, je me précipitais sur ses traces et je conservais mon aplomb. Je me souviendrai toujours qu'étant tous deux assis au bord du lac où nous dévorions une croûte de pain, il fut saisi d'étonnement à la vue d'un *Ranunculus aquatilis* en pleine floraison au fond de l'eau. Il dissimula faiblement le vif intérêt qu'il attachait à la constatation de ce fait; je le compris : me déshabiller, plonger, apporter tout triomphant et transi la touffe entière de la plante si convoitée fut l'affaire de quelques minutes. Je crois que, dans la même année, il lut à l'Institut un mémoire à ce sujet et plus tard il eut la bonté de me dire à Paris qu'il n'avait pas omis de citer le plongeur; à vingt ans, j'étais bien fier d'une pareille mention honorable. Je rentrai à Saint-Sever tout plein de Ramond et des beautés naturelles des Pyrénées.

Mais déjà les dons de Flore ne suffisaient plus à satisfaire mon ambition, à alimenter mon amour des recherches. L'entomologie vint s'associer à sa sœur la botanique et, sans faire d'infidélité à celle-ci, j'accordais de larges faveurs aux insectes.

Avec le seul livre de Lamarck et quelques volumes de l'encyclopédie d'Olivier, je parvins à débrouiller le chaos de la nomenclature de la populeuse nation des insectes. Avant mon départ pour Paris, je laissai à mon père, pour ses démonstrations de zoologie, un immense cadre d'un millier d'insectes de tous les ordres bien classés et nommés.

Je consigne ici, comme document sur une partie de l'enseignement public dans les écoles centrales deux lettres de science échangées à la fin du siècle passé entre le professeur d'histoire naturelle de Saint-Sever et un savant physicien de Dax, cousin de l'illustre J.-Ch. Borda :

« Monsieur, nos gouvernants ont bien décrété qu'il y aurait auprès des écoles centrales un cabinet de physique, un d'histoire naturelle; mais rien de cela n'existe encore que dans les décrets. Au dernier voyage que j'ai fait à Cauterets pour ma santé, je me procurai une trentaine d'échantillons minéralogiques choisis en ma présence par M. Ramond, traducteur des ouvrages de Cox, auteur d'un ouvrage sur les Pyrénées et professeur d'histoire naturelle à Tarbes.

J'ai acheté la plus grande partie des objets mentionnés dans un catalogue qu'on m'a dit vous avoir été présenté; j'ai ajouté quelques fossiles de notre canton que vous m'avez fait connaître; je pris chez nos droguistes tout ce qui pouvait m'être utile, voilà toutes mes ressources pour moi et mes élèves. J'accepte, monsieur, avec reconnaissance et avec joie que vous m'indiquiez le moment où vous devez être à Dax, et je serai en cela bien plus heureux que je n'osais l'espérer, puisque vous voulez bien être vous-même le démonstrateur de ce que renferme votre collection.

J'ai l'honneur d'être, avec l'estime et la considération respectueuses les mieux senties...

Signé : Charles Dufour. »

« Monsieur, lorsque ceux qui nous gouvernent ont compris l'histoire naturelle dans l'institution nationale, ils auraient dû munir ses écoles des minéraux que je puis appeler *élémentaires*, vous me paraissez sentir le besoin de les voir et penser que vous trouveriez dans ma collection des secours qui ne vous ont pas été donnés; mais elle n'est formée en grande partie que des fossiles de nos environs ; les minéraux des montagnes qu'il vous serait principalement nécessaire d'avoir sous les yeux ne s'y trouvent qu'en très petit nombre; elle est toujours à Dax, où vous l'avez vue. Je n'y connais personne capable de vous donner des éclaircissements sur des morceaux qui vous paraîtraient en demander et je n'ai aucun catalogue capable de remplacer ce qui vous manquerait à cet égard.

J'ai formé le projet d'aller à la ville dans quelque temps et d'y faire un petit séjour. Si vous le voulez ainsi, monsieur, j'aurai l'honneur de vous avertir du moment où je pourrai m'y rendre, et je me ferai un vrai plaisir de pouvoir être pour vous le démonstrateur de ce que je possède. A cette satisfaction je voudrais pouvoir ajouter celle d'exercer envers vous l'hospitalité ; mais je serai privé de ce bonheur n'aïant point de ménage à Dax, vivant chez autrui quand j'y vais et ne jouissant que d'un seul appartement dans ma maison.

J'ai l'honneur d'être, avec l'estime et la considération les plus parfaites, monsieur,

Votre très humble et très obéissant serviteur,

Borda.

« A Oro, le 30 mai 1797. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 22 février 1884, ont été promus dans le cadre du corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin-major de première classe. — (Ancienneté.) M. Sedan, du 1er zouaves, en remplacement de M. Bouchard, retraité. — Est affecté au 133e d'infanterie.

(Choix.) M. Emmerique, du bataillon de gendarmerie mobile, en remplacement de M. Marteau, retraité. — Est affecté au 103e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — (Tour de la non-activité.) M. Lesur, en remplacement de M. Michel, démissionnaire. — Est affecté à l'hôpital militaire du camp de Châlons.

(1er tour de l'ancienneté.) M. Pouey, du 14e d'artillerie, en remplacement de M. Sedan, promu. — Est affecté provisoirement au 88e d'infanterie.

(2e tour de l'ancienneté.) M. Simon, du 14e d'infanterie, en remplacement de M. Emmerique, promu. — Est affecté provisoirement au 84e d'infanterie (bataillon détaché à Maubeuge).

— Les candidats qui se sont fait inscrire pour le concours à trois places de médecin du Bureau central sont au nombre de cinquante-quatre.

Ce sont MM. les docteurs : Ballet, Barié, Barthélemy, Béclère, Béringier, Bourceret, Bourcy, Brault, Brissaud, Brocq, Bruchet, Buzot, Chantemesse, Chouppe, Comby, de Beurmann, Decaisne, Delpeuch, Dreyfous, Eloy, Faisans, Galliard, Gauchas, Gaucher,

Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Jozias, Juhel, Ledoux, Leduc, Legendre, Leloir, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Mathieu, Merklen, Muselier, Netter, Oulmont, Petit, Renault, Robert, Robin, Stackler, Talamon, Variot et Veil.

Le jury, formé de huit médecins et un chirurgien, se composera, sauf modifications, de MM. Du Castel, Rendu, Straus, Ferrand, Dumontpallier, Dieulafoy, Roger, Empis et Desormeaux.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Vulpian, professeur de pathologie expérimentale, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le second semestre de l'année scolaire 1883-1884, par M. Hallopeau, agrégé.

M. Vallet (Lucien-Louis-Gilbert), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur du cours de pharmacologie, en remplacement de M. Lenoir, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Lambling, docteur en médecine, ancien préparateur, est nommé chef des travaux de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. Garnier, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Vuillemin, ancien préparateur, est nommé chef des travaux d'histoire naturelle à ladite Faculté, en remplacement de M. Macé, démissionnaire.

— *École de médecine de Caen.* — M. Catois, docteur en médecine, licencié ès sciences naturelles, est nommé, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Roberty, professeur de physiologie, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, et nommé professeur honoraire.

— *École de médecine de Nantes.* — M. le docteur Lerat est institué, pour une période de dix ans, chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Bureau, démissionnaire.

— *École de médecine de Reims.* — M. Drincourt, professeur agrégé de physique au lycée de Reims, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1884, du cours de physique.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Saglier (André-Adrien-Léon), bachelier ès sciences, est nommé aide préparateur du laboratoire d'enseignement de la chimie, en remplacement de M. Bruneau, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Dodéro, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Ebray, appelé à d'autres fonctions.

— M. Oustalet, aide-naturaliste au Muséum, est chargé d'une mission pour représenter le ministére de l'instruction publique au Congrès international d'ornithologie qui s'ouvrira à Vienne, le 16 avril 1884.

— M. le docteur Bourienne, conseiller général, directeur de l'École de médecine de Caen, est nommé membre du conseil départemental de l'instruction publique du Calvados.

— M. le docteur Dévemy est nommé médecin-adjoint du lycée de Valenciennes (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les médecins-majors de première classe Ricque et Bertrand (Louis-Honoré-Léon).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le 18 mars 1884, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, les mardis, jeudis et samedis, à une heure et demie de l'après-midi. — Les élèves de deuxième et de troisième année (ancien et nouveau régimes) sont obligés d'assister à ces démonstrations. (Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux.) Ces démonstrations sont facultatives pour les étudiants qui ont 16 inscriptions. Les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

1° Les élèves de deuxième et de troisième année sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires correspondant à l'inscription de janvier 1884.

2° Les élèves justifiant de 16 inscriptions, les docteurs français et étrangers qui désireraient assister aux démonstrations pratiques de physiologie ne pourront être admis sans une autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, du lundi 3 au jeudi 13 mars, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir. Ceux d'entre eux qui auraient déjà obtenu l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant la présente année scolaire, sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits (40 francs).

3° Les élèves indiqués dans les paragraphes 1° et 2° devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin), du 3 au 13 mars inclusivement, de midi à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les exercices pratiques et démonstrations d'histologie commenceront le 17 mars 1884, sous la direction de M. le docteur Cadiat, agrégé, chef des travaux d'histologie. Ils auront lieu dans les dépendances de l'ancien collège Rollin, rue Vauquelin, tous les jours, à trois heures de l'après-midi. Les élèves seront exercés au maniement du microscope. Ils feront eux-mêmes les préparations de tous les éléments anatomiques. Ces exercices sont obligatoires pour les élèves de deuxième année et pour les élèves de troisième année (ancien et nouveau régimes). [Nul élève de l'une ou l'autre de ces deux années ne pourra prendre l'inscription de juillet s'il ne produit un certificat d'assiduité délivré par M. le chef des travaux.] — Ils sont facultatifs pour les étudiants qui ont seize inscriptions ; les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

1° Les élèves de deuxième et de troisième année sont admis en présentant la quittance détachée du registre à souche attestant le paiement des droits réglementaires, correspondant à l'inscription de janvier 1884. Les étudiants possédant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers, qui ont acquitté les droits de travaux pratiques (40 francs) pour la présente année scolaire, sont admis aux mêmes conditions.

2° Les élèves justifiant de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui désireraient prendre part aux exercices pratiques d'histologie et n'ayant pas acquitté les droits prescrits, ne pourront être admis sans une autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande, du 3 au 10 mars inclus, au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des formalités à remplir.

3° Les élèves désignés dans les paragraphes 1° et 2° devront se faire inscrire au bureau du surveillant général (ancien collège Rollin), de midi à quatre heures, du 28 février au 8 mars inclusivement. Ils recevront une lettre de convocation indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront prendre part aux exercices pratiques.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 31 mars 1884, à midi et demi. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à y prendre part. Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 25 février au lundi 17 mars 1884. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1884. Leur temps d'exercice expire le 1er octobre 1888. Pour tous autres renseignements, consulter le règlement soit à la Faculté, soit à l'École pratique.

— Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 28 avril 1884, à midi et demi. Tous les élèves de la Faculté de médecine de Paris sont admis à y prendre part. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 3 mars au jeudi 3 avril 1884 inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1884 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1888.

— Par décision de la commission scolaire, MM. les étudiants en médecine sont prévenus que les bulletins de versement dont le montant n'aura pas été versé *deux jours* après la date qu'ils portent, seront annulés. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit.

Les bulletins de versement annulés ne seront renouvelés que sur une demande écrite et après autorisation du doyen.

Le doyen invite MM. les étudiants à ne demander des bulletins de versement que lorsqu'ils sont munis des fonds nécessaires.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15827.

40

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

46

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

94

Sirop du docteur Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

134

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

10

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

2

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'**Apiol** est l'emménagogue par excellence. Mais le commerce délivre sous ce nom des teintures ou extraits alcooliques de persil, à peu près inertes. L'**Apiol** des Drs Joret et Homolle offre seul toutes les garanties d'une bonne préparation ; c'est le seul qui soit absolument pur et qui ait été expérimenté avec succès dans les Hôpit. de Paris.

Dép.gal : phie Briant, 150, r. de Rivoli, et phies.

103

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

40

Goudron-Verne

SOLUBLE

permettant de préparer : 1° une **LIQUEUR** qui *seule* contient *tous les principes* du goudron et qui n'est pas une simple teinture ayant l'odeur et la saveur, mais nullement l'action curative de ce médicament. — 2° Des **Pilules dragéifiées** facilement assimilables et parfaitement tolérées, même par les enfants. Elles remplacent avantageusement le *goudron en capsules* qui ne peut pas être ordonné à tous les malades et jamais à hautes doses comme le *goudron soluble*. — Formules publiées par le Jal *de phie et de Chie*, par le *Répertoire de phie*, par l'*Union pharmaceutique*, par le Jal *de phie* d'Anvers, etc. — Paris, Phie, 25 rue Coquillière. Médaille, exposition universelle d'Amsterdam.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

93

Vichy, eau minérale naturelle

Sources : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac ; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

106

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. Duval, seul élève de son père, le docteur V. Duval, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

66

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la Viande.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

90

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

125

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

17

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

N° 25. — JEUDI 28 FÉVRIER 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 28 FÉVRIER 1884. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. De la phosphaturie. — Académie de Médecine. — Société médicale des Hôpitaux. — Revue bibliographique. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On a vu cette fois se manifester un commencement de désaccord entre médecins aliénistes, mais ce n'est pas au sujet de la loi de 1838, que tous approuvent également. M. Luys avait critiqué la composition de la commission extra-parlementaire chargée de reviser cette loi. Il avait traité d'incompétence cette commission, dont M. Lunier faisait partie, et représenté son œuvre en bloc comme inutile et dangereuse. M. Lunier a été d'avis que c'était aller beaucoup trop loin, et il a tenu à faire valoir, au moins pour le principe, quelque chose du nouveau projet. Il a insisté sur l'utilité de la présence du médecin qui, désormais, devra accompagner le magistrat dans ses visites aux asiles. Le médecin jouera le rôle d'expert, et le magistrat, dispensé de faire lui-même un diagnostic, n'aura plus qu'à contresigner. Cela suffira pour transformer dans les trois jours en définitive une admission jusque-là provisoire.

A propos de cette admission provisoire et de l'insuffisance actuelle des bâtiments destinés à contenir des fous, M. Lunier a développé incidemment un nouveau point de vue sur le nombre croissant de ceux qui sont enfermés dans les asiles. Ce nombre, en 1838, ne devait pas atteindre 15,000 ; il se trouve dépasser 40,000 aujourd'hui. Est-ce à dire que la folie devienne de plus en plus fréquente ? On l'a prétendu ; mais M. Lunier ne le croit pas. Il pense que rien n'est changé dans la moyenne de l'état mental. Entre l'aliénation totale permanente et la raison froide, il y aurait toujours à peu près les mêmes degrés représentés par des chiffres très analogues ; mais le cercle de l'internement irait sans cesse en s'élargissant. L'étroitesse des appartements, la vie de plus en plus extérieure des divers membres des familles, ne permettraient plus d'y conserver ceux qu'on y soignait sans danger, sans inconvénient pour personne, dans des conditions plus favorables. On se débarrasserait forcément, de plus en plus volontiers, de tous ceux qui présenteraient, dans leur état mental, la moindre tare ; et la science du diagnostic, en se perfectionnant tous les jours, apprendrait à se rendre compte de tares jusqu'alors inaperçues ; c'est pour cela que serait indispensable la présence d'un médecin dans l'examen des cas présumés de folie ; car jamais le magistrat seul, quelque prolongé que soit son interrogatoire, quelque attentif que soit son examen, ne saura apprécier ces nuances délicates qui suffiront au spécialiste pour affirmer qu'un homme n'a pas toute sa raison.

Bien entendu, cet homme n'en a pas conscience : et ceci nous rappelle un mot de M. le professeur Lasègue à l'un de ses collègues de la Faculté qui lui demandait un certificat afin de faire enfermer sa femme : « Très volontiers, mon cher, mais à une condition : c'est que vous me permettrez d'en délivrer un autre, qui vous fera recevoir vous-même dans cet asile ; vous y avez non moins de titres ! »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

De la phosphaturie.

Je vais donner aujourd'hui la parole à M. le docteur Robin pour vous faire connaître les procédés au moyen desquels on peut reconnaître la présence des phosphates dans les urines et doser ces phosphates, vous faire connaître aussi les conséquences que, de leur augmentation ou de leur diminution, on doit inférer au point de vue du diagnostic.

LEÇON DE M. ROBIN.

Le malade à propos duquel M. Hardy m'a confié cette leçon, est couché au n° 4. Il a été atteint d'abord d'une bronchite généralisée, puis de tuberculose, et, ces jours-ci, il a présenté une polyurie extrêmement abondante, caractérisée surtout par la présence de l'acide phosphorique.

Ce que je veux donc, avant tout, indiquer ici, ce sont les procédés à l'aide desquels nous pouvons parvenir à retrouver et doser cet acide phosphorique des urines.

L'urine normale renferme toujours une certaine quantité d'acide phosphorique, lequel se présente sous deux formes, c'est-à-dire : 1° combiné à la soude et la potasse ; 2° combiné à la chaux et à la magnésie ; en d'autres termes, l'urine normale contient des phosphates alcalins et des phosphates terreux. Par suite, la première condition est de distinguer ces phosphates les uns des autres. Quant aux procédés à employer, ils doivent être simples, d'un emploi facile dans tout cabinet de médecin et suffisamment exacts, médicalement parlant.

Toute urine qui renferme des phosphates terreux en excès se trouble lorsqu'on la fait chauffer, et le léger trouble auquel la chaleur donne lieu disparaît lorsqu'on ajoute une goutte d'acide acétique, ce qui n'aurait pas lieu si le trouble

tenait à la présence de l'albumine. Voici tout d'abord pour reconnaître la présence d'un excès de phosphates. Veut-on doser approximativement la quantité de phosphate? On chauffe le tube qui contient l'urine, lentement et sur toute sa longueur; et lorsque celle-ci entre en ébullition, on y ajoute de l'ammoniaque : le trouble qui en résulte est dû à la précipitation des phosphates terreux sous la forme de phosphate tribasique de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, que l'on trouve en dépôt au fond du tube en laissant reposer pendant vingt-quatre heures.

Dans une urine normale, le trouble est beaucoup moins accentué, il suffirait donc de comparer deux tubes entre eux, l'un contenant une urine normale, l'autre une urine renfermant de l'acide phosphorique en excès.

Le procédé pour reconnaître la présence des phosphates alcalins est tout aussi facile.

On met de l'urine dans un tube et on y ajoute une petite quantité du liquide suivant, qui a la propriété de précipiter les phosphates alcalins et les phosphates terreux :

Sulfate de magnésie	10 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque	10 —
Ammoniaque liquide. . . .	50 —
Eau.	150 —

Un trouble se produit immédiatement, on laisse reposer et, en comparant le tube dans lequel on a trouvé les phosphates terreux et celui-ci, on a une notion suffisante, au point de vue médical, de la proportion relative des phosphates terreux et des phosphates alcalins.

Nous avons, du reste, pour plus de sécurité, un procédé de contrôle, le procédé de Lecomte, mais il n'est pas absolument nécessaire.

Étudions maintenant ce que signifie la phosphaturie et sachons tout d'abord que, dans toute maladie aiguë, l'acide phosphatique diminue, et que, dans un certain nombre d'autres affections, il peut augmenter, qu'il y ait ou non polyurie.

Les enfants, jusqu'à l'âge de quatre et cinq ans, ont très peu de phosphates dans leurs urines, de telle sorte que la moindre augmentation que l'on y constaterait, aurait une grande importance. Chez eux, le chiffre normal est de 1 gramme environ par litre d'urine, tandis que chez les adultes la dose ordinaire est de 2 à 3 grammes. De plus, il faut également tenir compte, quand on veut doser la quantité des phosphates, de l'alimentation du sujet, les substances végétales donnant lieu à une production moindre que les substances animales. C'est ainsi qu'un individu qui avait consommé dans sa journée 1,832 grammes de viande, rendait, dans les vingt-quatre heures, 12 grammes d'acide phosphorique. De même, tout individu qui boit des eaux chargées de principes calcaires, présente des urines plus phosphatées. Il en est de même de l'influence de certains médicaments, notamment du chloral.

Il faut donc, dans cette question de la phosphaturie, tenir compte à la fois de l'âge du sujet, de son alimentation et des médicaments qui lui ont été prescrits.

Voyons maintenant ce que signifie la phosphaturie, soit avec polyurie, soit sans polyurie.

1° *Phosphaturie avec polyurie.* — Elle peut se présenter dans plusieurs conditions. La première est celle du malade qui est l'occasion de cette leçon, c'est-à-dire une phosphaturie survenant chez un individu qui présente des accidents du côté de l'appareil respiratoire, une tuberculose à marche rapide. Toute tuberculose, dont le début est caractérisé par une phosphaturie importante et continue, évolue rapidement. C'est ainsi que, sur cent tuberculeux, j'ai trouvé dix-huit polyuriques dont cinq étaient atteints d'une phosphaturie abondante et continue. Dans une seconde variété, nous trouvons les faits suivants : Un diabétique, rendant chaque jour de 150 à 200 grammes de glucose, voit tout à coup, sans cause appréciable, la dose du sucre diminuer dans ses urines, et, à mesure que cette dose baisse, la quantité des phosphates augmente, puis la glucose disparaît complètement et la dose des phosphates s'élève à 5 et 6 grammes.

Ces faits ne sont pas rares et de leur observation il ne faudrait pas conclure à la guérison du diabète, car, au bout d'un certain temps, également sans cause connue, on voit le sucre reparaître. Il faut donc, en pareil cas, avoir soin de réserver tout pronostic.

Dans une troisième forme, vous ne constatez rien d'autre qu'un excès d'acide phosphorique dans l'urine, mais votre malade pâlit, maigrit, il éprouve des phénomènes nerveux vagues. C'est à cette variété que l'on a donné le nom de phosphaturie essentielle, affection encore peu connue aujourd'hui.

Enfin, une quatrième forme de phosphaturie avec polyurie qui n'a pas encore été décrite dans les livres, mais que j'ai retenue des leçons de Gubler, est celle que l'on rencontre chez les individus atteints d'une affection gastrique avec pyrosis, irritabilité du système nerveux. Chez l'un de ces malades, Gubler avait constaté une dose de 12 grammes d'acide phosphorique rendue dans les vingt-quatre heures.

2° *Phosphaturie sans polyurie.* — Dans toute affection un peu chronique du système nerveux et dans la méningite, la quantité des phosphates de l'urine se trouve augmentée. Cette augmentation, dans certains cas, peut avoir une grande valeur clinique, notamment lorsque l'on est amené par la similitude de certains symptômes à hésiter entre une méningite et une fièvre typhoïde au début, dans la première période d'état.

En effet, dans cette dernière, les phosphates terreux diminuent considérablement. Le fait a été constaté dans 63 cas sur 100 de fièvre typhoïde. Au contraire, dans la méningite et surtout dans la méningite tuberculeuse, 80 fois sur 100, les phosphates augmentent. On a dit également, — et M. Teissier a présenté un mémoire sur cette question à l'Association scientifique de France, — que la quantité des phosphates terreux rendus pouvait permettre, dans certains cas difficiles, de distinguer la chlorose, où cette quantité est moindre qu'à l'état normal, de la phtisie, où elle est, au contraire, plus ou moins augmentée.

Je crois cependant que la question de la chlorose a besoin d'être étudiée encore, avant que l'on ne puisse se prononcer avec quelque certitude.

En résumé, il existe donc deux grandes variétés de phosphaturie :

A. La phosphaturie avec polyurie, laquelle présente quatre sous-variétés : 1° la phosphaturie de la tuberculose au début; 2° la phosphaturie alternant avec le diabète ; 3° la phosphaturie essentielle; 4° la phosphaturie des affections de l'estomac, notamment du pyrosis.

B. La phosphaturie sans polyurie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 février 1884. — Présidence de M. Alphonse Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend des lettres de MM. Cornil, Grancher et Voisin qui se portent candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

COMMUNICATION SUR LA RAGE

M. Pasteur, tant en son nom personnel qu'au nom de ses collaborateurs, MM. Chamberland et Roux, lit une nouvelle note dont voici le résumé :

1° En sacrifiant des chiens atteints de rage mue, au moment des premiers symptômes de paralysie, et en étudiant comparativement les virulences de la moelle (principalement au renflement lombaire) et la virulence du bulbe, M. Pasteur et ses aides ont reconnu que, comme ils le présumaient, la moelle pouvait être rabique, alors que le bulbe ne l'était pas encore.

2° Ils ont démontré expérimentalement l'existence du virus, non seulement dans les centres nerveux, mais dans les nerfs proprement dits et dans les glandes salivaires.

3° Ils ont constaté que ce virus se conservait avec toute sa virulence dans l'encéphale et dans la moelle, pendant plusieurs semaines, lorsque la putréfaction des cadavres était empêchée par une température comprise entre 0 et 12 au-dessus de zéro.

4° Ils ont vérifié l'existence non constante de ce virus dans le liquide céphalo-rachidien.

5° Ils ont fait en vain de nombreuses tentatives de culture de ce virus soit dans ce liquide, soit dans d'autres substances et même dans la moelle extraite d'animaux sains.

Ils ont reconnu que l'emploi de petites quantités inoculées pouvait prolonger beaucoup la durée des incubations, et qu'en poussant la dilution au delà d'une certaine limite, l'inoculation restait sans effet.

Par exemple, trois chiens avaient été inoculés le même jour, par injection dans la veine du jarret, au moyen d'un bulbe rabique délayé dans du bouillon stérilisé ; le premier avait reçu 1/2 centimètre cube de ce liquide, il mourut paralysé le dix-huitième jour ; le second un 1/100 de centimètre cube, il mourut le quarantième jour ; un troisième 1/200, il survécut sans accident.

Quand la quantité inoculée est forte, l'incubation courte, la rage prend d'ordinaire la formé paralytique ; elle prend la forme furieuse, quand la période d'incubation est longue, la quantité introduite étant faible.

Les inoculations de petite quantité n'ont pas créé d'immunité.

6° M. Pasteur a constaté chez le lapin comme chez le chien, mais toujours exceptionnellement, une rémission des premiers symptômes, une guérison apparente, suivie de récidive et de mort.

7° Cela s'est présenté très souvent chez la poule.

8° Toutes les expériences faites afin de contrôler l'hypothèse d'une atténuation possible du virus rabique par l'action du froid et le passage prétendu de la rage au fœtus ont eu des résultats négatifs.

9° L'absorption du virus par le système sanguin est prouvée par ce fait que la rage ne se produit pas moins quand, au moyen d'un thermo-cautère, on coupe, immédiatement au-dessous de la piqûre, l'oreille dont une veine a reçu le virus.

10° Le passage du virus rabique par les diverses espèces animales permet de modifier sa virulence. Lorsque, par des passages successifs, le virus a atteint une sorte de fixité propre à chaque race, la virulence de ce virus est loin d'être la même et elle diffère sensiblement de la virulence de la rage canine, fixée elle-même par de nombreux passages de chiens à chiens.

Peut-être ainsi (il ne le dit pas formellement) M. Pasteur a trouvé le moyen assez pratique d'obtenir des chiens réfractaires à la rage en nombre aussi grand qu'on peut le désirer. Il possède en ce moment vingt-trois chiens qui subissent sans danger des inoculations virulentes.

Pouvoir rendre les chiens réfractaires à la rage, ce serait non seulement une solution de la question de la prophylaxie de cette affection chez le chien, mais encore chez l'homme, puisque l'homme ne contracte jamais la rage qu'à la suite d'une morsure dont le virus provient directement ou indirectement du chien.

DISCUSSION SUR LE RÉGIME DES ALIÉNÉS

M. Lunier prend la parole, non pour critiquer, à l'instar des précédents orateurs, les conclusions qu'il a votées comme ils les ont votées eux-mêmes dans la commission, mais pour donner quelques explications sur les deux articles qui ont été plus particulièrement attaqués par MM. Luys et Mesnet. La loi de 1838, très étudiée, très longuement discutée, est excellente, mais elle n'est déjà plus telle que l'ont conçue les législateurs de 1838, parce que les lois et décrets de 1852, 1866 et 1871 en ont profondément modifié quelques-unes des dispositions fondamentales et notamment ont eu pour effet d'amoindrir et décourager les médecins chefs du service sur lesquels reposent et reposeront, quoi qu'on fasse, les meilleures garanties pour la liberté individuelle et les soins minutieux et dévoués dont les aliénés ont besoin d'être entourés. Et puis les nécessités de l'existence ne sont plus les mêmes et on est obligé aujourd'hui d'interner une certaine catégorie d'aliénés qu'on ne songeait pas, en 1838, à placer dans les asiles.

Les législateurs de 1838, d'ailleurs, n'avaient rien édicté concernant les aliénés dits criminels et l'administration des biens des malades placés dans les asiles privés.

La loi avait donc besoin d'être rajeunie. De là, la nomination de la grande commission extra-parlementaire de 1881, dont M. Luys conteste la compétence parce qu'il se place à un point de vue qui n'est pas admissible.

Si l'aliéné est un malade pour le traitement duquel le médecin est seul compétent, ce n'est pas un malade ordinaire. L'aliéné, en effet, ne sait diriger ni ses actes ni ses paroles, il n'a pas conscience de son mal, refuse toute espèce de traitement ; et il faut qu'une volonté étrangère se substitue à la sienne et le dirige en toute chose. Il est donc nécessaire de le priver momentanément de sa liberté, de l'interner dans une maison de santé ou ailleurs, et, au besoin, d'user à son égard de moyens de contrainte. De là la nécessité d'appeler les magistrats à coopérer à la revision de la loi sur les aliénés.

M. Lunier trouve, d'ailleurs, contrairement à l'opinion de M. Luys, que dans la commission de 1881 l'élément médical était suffisamment représenté et que les médecins qui en faisaient partie avaient la compétence nécessaire pour y traiter les questions soumises à son examen. M. Lunier ne croit pas davantage qu'il est rationnel, comme le propose M. Luys, que le médecin se retire sous sa tente et réponde aux sollicitations qui lui sont adressées par un *non possumus*.

M. Lunier considère d'ailleurs comme inutile le second certificat exigé par l'article 14 du projet de loi, mais à la condition qu'on adopte le système des admissions provisoires, dont il défend énergiquement le principe.

Sous l'empire de la loi de 1838, en effet, le magistrat se présente seul dans un asile quand il lui plaît et il peut, malgré les observations du médecin de l'établissement, provoquer la sortie d'un malade qui ne lui paraît pas aliéné ; il porte là un véritable diagnostic. Avec le système des admissions provisoires, au contraire, le magistrat se rend à l'asile dans un délai de trois jours, accompagné obligatoirement d'un médecin ; et c'est ce médecin qui porte le diagnostic : le magistrat ne peut que le contresigner.

Quant aux moyens d'application, M. Lunier, d'accord avec tous ses collègues de la commission, est d'avis qu'il y a lieu de les modifier profondément et notamment de ne pas exiger la création de quartiers d'observation, de réduire d'un mois à quinze jours le délai accordé au magistrat pour notifier sa décision ; enfin de

donner au procureur de la République le droit de statuer *de plano* sur le maintien du malade.

LECTURES

L'acide phénique et la fièvre typhoïde. — M. ALBERT ROBIN. 1° Un organisme qui subit les atteintes destructives de la fièvre typhoïde perd plus de soufre et de potasse, éléments histogénétiques qu'un individu bien portant et convenablement nourri ; cet organisme s'achemine donc vers l'inanition minérale, et l'on sait combien sont graves les effets de celle-ci sur la nutrition des systèmes nerveux, musculaire et de tout l'individu en général ; or le phénol, qui augmente cette déminéralisation, doit être sévèrement proscrit de la thérapeutique de la fièvre typhoïde, et c'est bien sur le compte de ce médicament que l'on doit mettre les accidents nerveux et cachectiques observés pendant ou après son administration, accidents qui dépendent pour une part au moins de la déminéralisation qu'entraîne l'élimination du phénol ;

2° Une deuxième conséquence découle de ces recherches, c'est qu'on doit proscrire du traitement de la fièvre typhoïde tous les médicaments qui s'éliminent suivant le même mode que le phénol. Ce fait a plus d'importance qu'il ne paraît en avoir au premier abord, puisque plusieurs des médicaments qui sont dans ce cas, jouissant de propriétés antiseptiques ou antipyrétiques, tenteraient certainement tôt ou tard un thérapeutiste qui ignorerait leur action chimique sur la nutrition. Ces médicaments comprennent, outre le phénol et ses dérivés, la créosote et ses dérivés, le thymol, le naphtol, l'orcine, la résorcine, la vanilline et l'acide vanillique, le benzol et ses dérivés, l'aniline, etc.

Étude anatomique et pathologique des ganglions péritrachéo-laryngiens. — M. GOUGUENHEIM, médecin à l'hôpital Bichat, lit tant en son nom qu'au nom de M. Leval-Picquechef, interne des hôpitaux, un travail qu'il résume ainsi :

1° Ce mémoire ne contient que la description des ganglions situés entre la partie inférieure et postérieure du larynx, la trachée et l'œsophage, dans le voisinage immédiat du nerf récurrent;

2° L'étude bien connue des ganglions bronchiques n'y figurera pas ;

3° La description des ganglions trachéo-laryngiens a été faite d'après une vingtaine de dissections, à l'état normal et à l'état pathologique ;

4° Ces ganglions forment une chaîne, composée presque toujours de trois amas ou groupes ;

5° Les trois amas ou groupes sont : 1° le groupe inférieur qui est le plus constant, le plus volumineux, et qui se confond avec les ganglions médiastinaux ; 2° le groupe moyen, qui est moins constant que le précédent et composé de ganglions excessivement petits et pouvant échapper à la vue ; 3° le groupe supérieur, situé près de la partie inférieure et postérieur du larynx, peut-être moins constant que le moyen et composé aussi de ganglions très petits ;

6° Les trois groupes peuvent se réunir et former une chaîne continue ;

7° Quelquefois l'un des groupes supérieurs peut manquer ;

8° Ces ganglions sont susceptibles de s'hypertrophier et de prendre un volume considérable chez les tuberculeux, les cancéreux et peut-être aussi chez les syphilitiques ;

9° Nos autopsies ont surtout été pratiquées sur des tuberculeux, rarement des cancéreux et jamais sur des syphilitiques ;

10° L'hypertrophie était surtout prononcée aux groupes inférieur et supérieur ;

11° Les symptômes de la recompression du nerf sont soit de la paralysie, soit du spasme ;

12° Le spasme, quelquefois prolongé ou permanent même, semble surtout produit par la compression du nerf à sa partie supérieur ;

13° Ces cas de spasme ont aussi été décrits sous le nom de paralysie des dilatateurs, mais la possibilité d'écartement des lèvres de la glotte et de diminution et même de cessation des bruits laryngiens, au moment de l'inspiration, sous l'influence des anasthésiques, semble devoir écarter l'hypothèse paralytique.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1884. — Présidence de M. BUCQUOY.

COMMUNICATIONS

La syphilis chez le singe. — M. MARTINEAU fait connaître les nouveaux accidents qu'il a observés chez le singe auquel il a inoculé la syphilis (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 1197). Au onzième mois après l'inoculation, l'animal a présenté sur les muqueuses de la bouche, du pharynx, une éruption de syphilides papulo-érosives, puis des attaques épileptiformes. La syphilis continue donc à évoluer normalement chez ce singe. Tous les accidents syphilitiques qui apparaissent successivement chez lui guérissent sans que l'animal soit soumis à aucun traitement.

M. GUYOT fait observer que les acccidents épileptiformes ne sont pas si fréquents dans la syphilis et que, chez ce singe, ils pourraient bien ne pas tenir à la syphilis.

M. FÉRÉOL partage cette opinion et pense qu'il y a lieu de faire une réserve sur la nature syphilitique des accidents épileptiformes observés chez cet animal, d'autant plus qu'on sait que le singe est un animal très nerveux et peut être, par cela même, plus exposé à ces sortes d'accidents, en dehors de toute influence syphilitique.

M. MARTINEAU fait observer que ce singe, antérieurement, n'avait jamais eu d'accidents épileptiformes; en outre, il ne faut pas confondre les accidents épileptiformes du début de la syphilis avec l'épilepsie éloignée.

M. LEGROUX admet que les accidents épileptiformes s'observent exceptionnellement dans la syphilis. Il demande, en outre, si ce singe n'a pas eu de l'albuminurie.

M. MARTINEAU répond qu'il a été impossible de s'en assurer.

Ulcère tuberculeux. — M. HANOT communique l'observation et montre les pièces d'un malade qui était atteint d'un ulcère tuberculeux de l'avant-bras. Il s'agissait d'un homme âgé de soixante-dix ans; l'ulcération datait de quatre ans. Elle avait commencé par du psoriasis, puis de la lymphangite ulcéreuse et au cours de cette lymphangite ulcéreuse sont apparus les tubercules. On a trouvé des bacilles dans cette ulcération.

Altérations peu connues de la muqueuse de l'estomac. — M. GALLARD communique une observation qu'il rapproche de deux autres qu'il a fait connaître au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Clermont-Ferrand, en 1876.

Lorsqu'en 1875 M. Gallard fit ses recherches sur les causes de certaines hématémèses foudroyantes dans l'ulcère simple de l'estomac, il avait trouvé à l'autopsie des lésions assez considérables pour expliquer l'importance du phénomène. Mais en 1876 il avait rencontré deux cas dans lesquels la lésion était si petite que la recherche en était difficile ; il s'agissait de petits anévrysmes miliaires. Ces deux faits paraissaient uniques alors dans la science. Il y a un mois, M. Gallard en a observé un troisième exemple. Voici les deux premiers faits :

Un infirmier âgé de vingt-cinq ans, depuis deux jours, a été pris subitement, sans cause connue, de vomissements de sang extrêmement abondants. Il a rendu par la bouche, en trois fois, près de trois litres de sang pur, et il en est résulté pour lui un état de faiblesse extrême. Le facies est décoloré ainsi que le reste du tégument externe ; le pouls petit et fréquent ; la voix presque éteinte.

Le malade accuse une douleur assez vive au creux épigastrique. Depuis quelques heures qu'il est dans les salles, le malade a eu deux vomissements de sang pur, noirâtre, et renfermant quelques

caillots en suspension. Il a de l'incontinence des matières fécales; celles-ci sont noirâtres, demi-liquides et fétides.

Rien dans l'examen du malade ne laisse présumer la cause de ces graves accidents : tous les organes nous paraissent sains, et l'examen soigneux éloigne toute idée d'un anévrysme ayant pu s'ouvrir dans la cavité de l'estomac.

Rien dans les antécédents hygiéniques ou pathologiques du sujet ne peut rendre compte de l'apparition subite des accidents.

Voici le traitement qui fut prescrit :

Le soir même on fit des applications de glace sur le ventre et on administra une potion avec 4 grammes d'ergotine, mais sans obtenir le moindre résultat favorable; car le lendemain, à la visite du matin, le malade était dans un état d'affaiblissement plus marqué que la veille. Pendant la nuit, il avait eu deux hématémèses constituées chacune par environ un demi-litre de sang. Comme il se plaignait de n'avoir pas uriné, on le sonda et on ne retira que 300 grammes d'urine parfaitement normale, ne contenant ni sucre ni albumine. Le pouls était petit, fréquent, battant 128 fois par minute. La température axillaire était à 37 degrés centigrades.

On continua la potion d'ergotine et les applications de glace sur le ventre, et en même temps un peu de rhum, du bouillon froid et du vin glacé.

Les accidents continuèrent; il y eut de nouvelles hémorragies, moins abondantes que les précédentes; mais le pouls faiblit, le visage se couvrit de sueurs, les extrémités se refroidirent et la température descendit graduellement de 37 degrés à 34°6, puis enfin à 33°8 quelques heures avant la mort, c'est-à-dire un peu plus de quarante-huit heures après l'entrée du malade à l'hôpital et quatre jours environ après le début des accidents.

Il était intéressant de rechercher si l'autopsie rendrait compte d'un dénouement si prompt, et surtout si nous trouverions dans quelque gros vaisseau, artériel ou veineux, une altération méconnue pendant la vie.

Sauf quelques plaques athéromateuses, sans importance ni signification, existant à l'origine de l'aorte, tout le système circulatoire était sain, en y comprenant le tronc cœliaque ainsi que ses branches et les autres veines avoisinantes.

Les principaux organes (cerveau, cœur, poumons, foie, rate, pancréas, reins) étaient également sains; et, au premier abord, il en paraissait être de même de l'estomac. Mais en y regardant de plus près, on trouva une déchirure de la muqueuse sur la face postérieure de l'estomac, à quelques centimètres à droite du cardia et presque immédiatement au-dessous de la petite courbure. Sur les confins de cette solution de continuité, la muqueuse est soulevée par du sang, qui s'est infiltré dans le tissu cellulaire sous-muqueux, comme si la rupture de cette membrane avait suivi la production d'un anévrysme faux consécutif. Tel a été, en effet, le mécanisme de l'hémorragie stomacale; car, profondément, on aperçoit un caillot grisâtre adhérent à une petite dilatation située sur le trajet d'une des artérioles fournie par la coronaire stomachique.

Voici le second fait :

Un homme âgé de cinquante et un ans présentait, à son entrée à l'hôpital, tous les signes physiques et fonctionnels d'un emphysème pulmonaire.

Il était en traitement pour cette affection, lorsque, trois jours après son arrivée, il fut pris tout à coup et sans cause appréciable d'accidents subits, que le vomitif (2gr,50 d'ipéca), qu'on lui avait administré le lendemain de son entrée, était loin de pouvoir expliquer. Il rendit, en allant à la garde, des selles noirâtres, demi-liquides en assez grande abondance pour en remplir un vase de nuit. Peu de temps après, il fut pris d'une syncope de courte durée, qui fut suivie de plusieurs vomissements et de plusieurs selles uniquement composés de sang noir.

Le lendemain matin, le malade est très pâle, peut à peine parler et est incapable d'exécuter le moindre mouvement dans son lit sans être immédiatement menacé de syncope. Le pouls est petit, fréquent, presque imperceptible, les muqueuses et le tégument externe sont profondément décolorés.

Les recherches les plus minutieuses nous laissent incertains sur la cause de cette hémorragie.

En effet, du côté de l'estomac, on ne trouve qu'une légère résistance à la palpation, probablement occasionnée par la présence de sang dans le ventricule; mais on ne rencontre ni tumeur, ni point douloureux à la pression. Du reste, en interrogeant soigneusement les antécédents du malade, on ne parvient à découvrir aucun indice d'affection stomacale, ancienne ou récente.

Les résultats sont encore négatifs du côté du système circulatoire : le cœur est absolument sain et l'aorte ne présente sur son parcours aucun signe de dilatation anévrysmatique.

Les organes de la respiration sont toujours dans le même état.

Je prescris une potion au rhum, renfermant 2gr,50 d'ergotine et des applications continues de glaces sur l'abdomen.

La journée se passe sans que le malade présente des symptômes dignes d'être signalés; mais, dans la matinée du jour suivant, il est subitement pris d'une syncope à laquelle il succombe.

Autopsie. — Tout l'intérêt de l'autopsie devait évidemment se concentrer du côté du tube digestif : c'est là, en effet, que nous allons rencontrer la cause des phénomènes observés pendant la vie. Quant aux autres organes, ils sont sains, à l'exception du poumon qui présente les lésions classiques de l'emphysème.

Tout le tube digestif, depuis l'estomac jusqu'au gros intestin, est rempli de sang noirâtre, demi-fluide.

Au premier abord, la muqueuse de l'estomac paraît indemne; elle est bien un peu rougeâtre par places, mais elle n'offre ni tumeur, ni ulcération appréciable. Ce n'est qu'après un examen attentif qu'on finit par découvrir, sur la muqueuse de la face postérieure de l'estomac, une toute petite ulcération de la grosseur d'une lentille, se trouvant située à 2 centimètres à droite du cardia et à 3 centimètres au-dessous de la petite courbure. La solution de continuité de la muqueuse présente tous les caractères d'une lésion récente et semble s'être produite plutôt par distension que par un véritable travail ulcératif. L'espèce de boutonnière formée par la déchirure de cette membrane emprisonne une tumeur grisâtre, de la grosseur d'un grain de chènevis. Au point culminant de cette tumeur est appendu un caillot qui s'enfonce dans sa cavité. L'extraction de ce coagulum nous permet de constater qu'il obture un petit orifice situé sur la tumeur.

Ces détails étaient déjà suffisants pour nous permettre de conclure que nous nous trouvions en présence d'une dilatation anévrysmatique située sur le trajet d'une des branches postérieures de l'artère coronaire stomachique.

Pour rendre la démonstration plus évidente, nous avons poussé par l'artère coronaire une injection composée de gélatine colorée par du carminate d'ammoniaque.

Nous avons alors vu le liquide pénétrer dans les branches postérieures de l'artère coronaire, distendre la tumeur, que nous avons décrite, et sourdre à son sommet, par un orifice irrégulier de la grosseur d'une tête d'épingle.

Grâce à cette injection, nous avons pu, en outre, déceler l'existence de deux autres dilatations situées sur les artérioles qui rampent dans la grosse tubérosité de l'estomac.

M. Gallard fait connaître un troisième fait analogue qu'il vient d'observer récemment.

Dans ces trois cas, ces hémorragies, si promptement mortelles, ont été la conséquence de la rupture d'anévrysmes miliaires de l'estomac.

Si les anévrysmes miliaires de l'estomac n'étaient pas inconnus, une de leurs conséquences avait jusqu'ici passé inaperçue. En effet, M. Liouville, pénétré de cette idée que les altérations vasculaires, si elles siègent de préférence dans certains organes, sont néanmoins sous la dépendance d'un état général, a été conduit à rechercher les anévrysmes miliaires dans la plupart des organes et des tissus de l'économie; et à deux reprises différentes il en a rencontré dans l'épaisseur des parois de l'estomac.

Mais les deux faits que nous publions, tout en consacrant la

vérité de la généralisation de la lésion, établissent aussi que, quel que soit l'organe affecté, l'altération vasculaire peut aboutir au même résultat.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds (1), par le docteur A. Corre, professeur agrégé à l'École de médecine navale de Brest.

Sous ce titre, M. le docteur Corre vient de publier une étude remarquable de toutes les pyrexies qui s'observent dans les pays chauds, en dehors des formes simples et pernicieuses des fièvres paludéennes.

Après un chapitre de généralités sur les fièvres, la partie descriptive s'ouvre par le groupe des *Bilieuses*, magistralement dépeintes et lumineusement débrouillées. L'auteur envisage l'élément bilieux pour ce qu'il vaut, à savoir : un état morbide d'origine climatique qui peut se rencontrer dans plusieurs maladies de nature toute différente. C'est d'abord la fièvre gastrique avec état bilieux, la plus banale de toutes les fièvres, bien loin d'être spécifique et particulière aux pays chauds. Vient ensuite la bilieuse inflammatoire qu'on a voulu, ces temps derniers, identifier à la fièvre jaune comme une forme dérivée. Nous avons été heureux de suivre le procès de cette opinion et d'y retrouver l'idée que nous professons nous-mêmes : sous ce nom de fièvre inflammatoire bilieuse, à côté d'une entité morbide, sont confondues des fièvres jaunes, des fièvres paludéennes, des fièvres typhoïdes, des fièvres gastriques méconnues les unes et les autres. Après la bilieuse inflammatoire la bilieuse paludéenne et enfin la bilieuse hématurique qui fait le sujet du chapitre le plus remarquable de l'ouvrage. C'est celui qui renferme le plus d'observations personnelles. Par ses recherches microscopiques et spectroscopiques, M. Corre confirme la théorie classique de l'urine colorée par la matière colorante du sang, l'hémoglobine ; ce qui lui permet de rapprocher avec beaucoup de logique et d'habileté la fièvre *hémoglobinurique* de l'hémoglobinurie paroxystique et de démontrer dans la première l'action simultanée des éléments étiologiques paludéen et climatique. Encore un coup, ce chapitre est des plus remarquables.

Dans le chapitre premier qui est comme une préface, l'auteur avait exposé sa doctrine étiologique ; nous en commençons à trouver les applications en arrivant aux maladies que M. Corre appelle *typho-malariennes*. La théorie parasitaire ou mieux microbienne, aujourd'hui en faveur, est trop hâtivement généralisée par un grand nombre d'esprits. Pour notre savant collègue, admissible comme cause des fièvres éruptives, le microbe ne peut rendre compte des maladies paludéennes, typhiques et pestilentielles. Avec une logique rigoureuse, il ne recule devant aucune déduction de cette prémisse. Les microbes seuls expliquent la contagion; donc les pyrexies typhiques et pestilentielles ne provenant pas des microbes ne sont pas contagieuses. Le typhus pétéchial, la fièvre jaune, ne sont pas contagieux ; le typhus récurrent n'est pas causé par la spirille d'Obermeyer. Impossible de rompre plus franchement avec les opinions reçues le plus généralement.

Assurément nous savons bien que la science n'est pas aujourd'hui en mesure de démontrer la cause immédiate de la fièvre jaune ou du typhus ; assurément il est bien permis de ne pas admettre à priori le microbe inconnu de toute maladie infectieuse. Nous pensons nous-même que plus d'une fois la présence de cellules rondes ou allongées, mobiles ou immobiles, est un phénomène secondaire, effet et non cause. Autant que qui que ce soit, nous cherchons à nous tenir en garde contre les généralisations prématurées ; mais c'est justement en vertu de cette réserve que nous ne pouvons, avec notre collègue, nous jeter dans la théorie des causes chimiques des maladies infectieuses. Dans un travail dominé par la conception étiologique de la maladie au point d'oublier ordinairement la réaction et l'individualité de l'organisme vivant, le microbe écarté, il fallait mettre quelque chose à la place. M. Corre est-il sûr que l'école adverse ne puisse pas lui renvoyer ses propres arguments ? Vous n'admettez pas le microbe pour ne l'avoir pas vu ; à votre tour, montrez vos composés chimiques, votre ferment soluble. Il est vrai qu'à ses caractères naturels un microbe infectieux ne se reconnaît pas d'un microbe banal ; nos ptomaïnes ont-elles donc des caractères physiques ou chimiques qui rendent impossible toute confusion des unes avec les autres et permettront de constituer cette « série chimique infectieuse comparable aux séries colorantes et odorantes si bien établies aujourd'hui » ? (p. 267). Vous refusez au typhus exanthématique un agent de contagion : est-il plus rigoureux de *supposer* « un agent contaminateur qui naît spontanément, sous une sorte d'influence cataleptique, d'une parcelle détachée du foyer primitif et qui renferme l'infectieux originel » ? (p. 16).

Tel serait le langage d'un disciple de Pasteur. Quant à nous, hypothèse pour hypothèse, nous ne voulons pas *croire ;* nous attendons une démonstration. Dans la fièvre jaune, nous en convenons volontiers, nous retrouvons plutôt les traits d'une intoxication que ceux d'une contagion ; dans le typhus pétéchial, nous nous en tenons pour le moment à la transmission par contagion et nous attendrons les preuves pour choisir le drapeau sous lequel nous ranger.

Laissant de côté toute doctrine et toute théorie, nous aimons voir ainsi livrées à la discussion ces fièvres des tropiques encore incomplètement étudiées.

Tout le monde y gagnera.

Dans le *Traité des fièvres typhiques et bilieuses*, en particulier, le savant que préoccupe la recherche des causes trouvera une vigoureuse argumentation et un lucide exposé des doctrines qui cherchent à prendre pied dans la science. M. Corre est un disciple convaincu de l'École actuelle qui peut s'appeler *École étiologique.*

Dans ce livre, le praticien des tropiques trouvera des descriptions exactes et complètes, des aperçus nouveaux très lumineux sur les maladies qu'il observe chaque jour.

Médecin de la marine, nous applaudissons notre distingué camarade ; nous le remercions de son beau travail, bien qu'il ne nous ait pas convaincu de tous points. Si nous n'avons pas voulu passer sous silence les objections qui se sont soulevées dans notre esprit, M. Corre comprendra que c'est en raison même de la haute opinion que nous avons pour sa valeur et sa bonne foi scientifiques.

H. Bourru,
Professeur à l'École de médecine navale de Rochefort.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats inscrits pour le concours à une place de pharmacien des hôpitaux de Paris sont au nombre de sept. Le jury se compose de MM. Bourgoin, Gay, Baudrimont, Chastaing, Regnauld, Moisson et Gombault.

— Par décision ministérielle, en date du 22 février 1884, ont été désignés, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe : Clary, pour le 1er du génie ; Lux, pour le 39e d'infanterie ; Ocana, pour le 2e d'artillerie ;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Kopff, pour le bataillon de gendarmerie mobile, Gatumeau, pour le 2e dragons ; Archintre, pour le 123e d'infanterie ; Didier, pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

M. le médecin aide-major de 1re classe Peyret, pour le 14e d'artillerie.

— Par décision ministérielle, en date du 23 février 1884, ont été désignés, savoir :

M. le médecin-major de première classe Lanoaille de Lachèze, pour le 82e d'infanterie.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Roch, pour l'hôpital de la Charité, à Lyon, et Carabin, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

M. le pharmacien aide-major de deuxième classe Évesque, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — Un congé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1884, est accordé à M. Nimier, préparateur de chimie.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par le docteur ARCHAMBAULT. In-8° de 160 pages.—Prix : 4 francs.—Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15838.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Hémiplégie diaphragmatique. — Tumeurs solides du scapulum. — De la suralimentation dans le traitement de la phtisie pulmonaire. — A propos de grossesse extra-utérine. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémiplégie diaphragmatique.

Duchenne (de Boulogne), qui a vu tant de choses et qui a enrichi la pathologie nervo-musculaire de tant d'observations nouvelles, nous a fait connaître, entre autres faits restés ignorés ou méconnus jusque-là, les paralysies diaphragmatiques générales ou partielles et leurs diverses variétés, paralysies atrophiques, saturnines, hystériques, par inflammation des organes voisins, etc. Il nous a non seulement appris les signes, la dépression de l'épigastre et des hypocondres au moment de l'inspiration, tandis que la poitrine se dilate, et la production de mouvements en sens inverse pendant l'expiration; mais il a démontré encore, par des expériences électro-physiologiques confirmées par l'observation clinique, que la paralysie peut ne frapper que l'une des moitiés seulement du diaphragme, tantôt la moitié droite, tantôt la moitié gauche, preuve, par parenthèse, de l'indépendance physiologique et pathologique des deux muscles qui le composent.

M. Potain, dans une de ses leçons cliniques, nous a signalé un exemple de cette sorte d'hémiplégie diaphragmatique chez une femme hystérique de son service. Il s'agit d'une blanchisseuse qui est entrée à l'hôpital présentant des accidents nerveux très sérieux; à la suite d'une attaque violente d'hystérie, elle avait été prise d'hallucinations et de symptômes vésaniques divers; elle éprouvait, en outre, de la gêne de la respiration et des douleurs dans les parois thoraciques, qui s'exaspéraient à chaque mouvement d'inspiration.

La pression exercée sur les diverses régions de la poitrine déterminait de vives douleurs du côté gauche dans l'espace intercostal des cinquième et sixième côtes et dans les espaces des sixième, septième et huitième côtes à droite. Exercée sur le trajet du rachis, la pression ne provoquait point de sensibilité. En examinant les hypocondres, M. Potain remarqua que l'hypocondre gauche se déprimait pendant le mouvement d'inspiration, pendant que l'hypocondre droit se dilatait au contraire normalement. Il n'y avait nullement à faire intervenir ici ni un épanchement pleural, ni une pleurésie diaphragmatique, ni une péritonite dont il n'existait aucun signe. On se trouvait donc en présence d'une névralgie intercostale et d'une paralysie partielle du diaphragme ou hémiplégie diaphragmatique.

Cependant ce cas ne représentait pas exactement le type décrit par Duchenne; il y manquait beaucoup des effets habituels de la paralysie diaphragmatique, tels que l'accélération de la respiration, à l'occasion du moindre effort soit pour marcher, soit pour parler ou de la plus légère impression, l'injection de la face, la sensation d'étouffement, l'altération de la voix ou du moins son affaiblissement, etc., effets variables il est vrai en intensité, suivant le degré et l'étendue de la paralysie diaphragmatique.

D'un autre côté, cherchant si ce cas se rapprocherait davantage de la névralgie du nerf phrénique, décrite par M. Peter, et dont les principaux caractères consistent, comme on le sait, dans des douleurs siégeant aux attaches du diaphragme, une douleur vive à la pression sur le trajet du nerf phrénique au-dessus de la clavicule, avec irradiations douloureuses dans les mâchoires, dans la région cervicale et dans le bras, des malaises dans la région précordiale et dans les hypocondres.

M. Potain, vu l'absence de la plupart de ces symptômes, se vit obligé de renoncer à cette hypothèse. La conformité avec la paralysie diaphragmatique partielle de Duchenne, malgré l'absence aussi de quelques-uns de ses symptômes secondaires, était beaucoup plus évidente; elle l'était d'autant plus que l'on avait affaire ici à une femme manifestement hystérique et que c'est surtout sur des hystériques que portaient le plus grand nombre des observations de Duchenne. Restait donc à bien établir ce dernier point.

En remontant, en effet, aux antécédents de cette malade. on apprend qu'elle a eu à plusieurs reprises des accidents útéro-ovariens, que sa menstruation a présenté de fréquentes anomalies, qu'elles étaient parfois excessives et devançaient souvent leur terme, témoignant ainsi d'un état habituel de congestion ovarienne. L'utérus n'est pas actuellement sensible à la pression hypogastrique, mais il est douloureux au niveau des culs-de-sac vagineux. Or, on sait combien il est fréquent de voir cet état s'accompagner de névralgies diverses et particulièrement de névralgies intercostales.

Enfin on a vu qu'elle était entrée à l'hôpital en proie à un violent accès d'hystérie. On était conduit par conséquent à penser que les fluxions ovariques auxquelles cette femme était sujette devaient être pour quelque chose dans les né-

vralgies intercostales et dans la paralysie diaphragmatique partielle dont elle était atteinte.

Que penser du pronostic en présence de cet état complexe? Il y avait à l'envisager à trois points de vue, au point de vue de la névralgie, au point de vue de la paralysie diaphragmatique et de l'état général antérieur.

La névralgie en elle-même ne constitue pas une maladie grave, rien n'indiquant qu'il y eût ici de la névrite; mais elle peut quelquefois persister, même après la disparition des états morbides primitifs dont elle dépend et subsister alors plus ou moins longtemps pour son propre compte. La même réserve peut être faite pour la paralysie diaphragmatique.

Quant au traitement, il y a également trois ordres d'indications à remplir. La première, celle qui se tire de la névralgie, sera remplie par l'application de révulsifs cutanés, sinapismes, vésicatoires, et de la série des agents calmants, liniments sédatifs, injections morphinées. Ce dernier moyen, toutefois, devra être employé avec une certaine discrétion, vu les dangers qu'il présente chez les hystériques qui deviennent si facilement morphinomanes.

La paralysie diaphragmatique sera combattue par la faradisation, d'après la méthode de Duchenne, ou plutôt par les courants continus auxquels on donne généralement la préférence aujourd'hui.

Enfin un traitement général devra être institué pour combattre l'affection hystérique. Mais en vue même de cet état la médication tonique qui devra être mise en usage, ainsi que les applications d'électrisation qui seront faites, réclameront une certaine mesure et une surveillance constante, afin d'en obtenir la tonalité nécessaire sans courir le risque, en portant l'excitation à l'excès, d'aller à l'encontre du but qu'on se propose.

Tumeurs solides du scapulum.

Ayant eu l'occasion d'observer, pendant l'année d'internat qu'il a passée dans le service de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, un cas remarquable de sarcome de l'omoplate, M. le docteur René de Langenhagen a recherché et réuni les faits analogues existant dans les recueils de médecine, afin d'en faire une étude clinique générale.

Avant de faire connaître les résultats de cette étude, nous rappellerons d'abord les circonstances principales du fait observé à Saint-Louis.

Le sujet de cette observation était une femme de vingt-six ans, sans antécédents pathologiques héréditaires ni personnels.

En février 1881, elle éprouva dans la région scapulaire droite des douleurs assez vagues qu'elle compara à des douleurs rhumatismales. Puis, en octobre de la même année, à la suite d'un accouchement, elle s'aperçut du développement d'une tumeur sur la région de l'omoplate. Cette tumeur s'accroissant, elle entra, cinq mois après, en mars 1882, à l'hôpital. Sa tumeur avait alors le volume d'une tête d'enfant nouveau-né, elle s'étendait en haut jusqu'à l'épine de l'omoplate, en bas elle descendait jusqu'au voisinage de la pointe de cet os; en dedans elle était à environ trois travers de doigt de la colonne vertébrale; en dehors, elle arrivait jusqu'au bord postérieur de l'aisselle et empiétait même sur sa face interne. Elle était dure, élastique et adhérait aux parties profondes, faisant corps avec l'omoplate. La peau était intacte, mobile, sans dilatations veineuses. Point de ganglions dans l'aisselle. La malade y ressentait des douleurs lancinantes revenant surtout la nuit, qui descendaient le long du bras jusqu'au voisinage du coude; parfois elles remontaient dans la région sterno-mastoïdienne gauche. L'appétit était conservé, ainsi que l'embonpoint; la santé était d'ailleurs excellente.

L'opération fut pratiquée le 11 mars. M. Péan fit à la peau une incision curviligne à concavité supérieure, partant de l'aisselle et aboutissant à quatre travers de doigt environ de la colonne vertébrale. La tumeur, ainsi mise à nu, fut morcelée et enlevée jusqu'à l'omoplate. On reconnut alors que l'os était profondément atteint. Un trait de scie horizontale permit d'enlever toute la partie située en dessous de l'épine, en respectant la surface articulaire. Au-dessous de l'omoplate, il existait un prolongement considérable de la tumeur, qui obligea à enlever la plus grande partie du muscle sous-scapulaire; on enleva ensuite un prolongement qui se dirigeait vers l'aisselle.

Les bords de la plaie furent réunis par des points de suture; un drain fut placé dans la partie déclive; on procéda ensuite au pansement de Lister avec compression ouatée. Le 16 mars la réunion primitive s'était faite dans presque toute l'étendue de la plaie. Il n'y avait de suppuration que sur le trajet du drain, la cavité résultant de l'ablation de la tumeur était en grande partie comblée. Le 3 avril, le vingt-troisième jour de l'opération, la malade quittait l'hôpital, la plaie cicatrisée et dans un état général excellent.

L'étude que M. Langenhagen a faite des tumeurs solides de l'épaule, à l'occasion de ce fait, a porté principalement sur un total de 72 faits mentionnés dans l'article de M. Chauvel du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, comprenant 8 exostoses, 14 enchondromes, 5 tumeurs fibro-plastiques, 23 carcinomes, 12 sarcomes et 5 cas indéterminés, auxquels il a ajouté 5 observations: l'une, de M. Blum, dans le service de M. Anger, à l'hôpital Tenon; la deuxième, de M. le professeur Gross, de Nancy; la troisième, de M. Després, à la Charité; la quatrième, celle de M. Péan, à Saint-Louis, rapportée ci-dessus; la cinquième, de M. Parise (de Lille). Sur ces 72 faits les différentes formes du sarcome osseux ont été les altérations les plus fréquentes. L'omoplate droite a été plus souvent atteinte que la gauche. C'est sur des hommes plus souvent que sur des femmes que la maladie a été observée et dans une beaucoup plus grande proportion à l'âge adulte (de vingt à cinquante ans) que dans l'enfance ou la vieillesse. Les causes ainsi que le point de départ ou d'origine du néoplasme sont très difficiles à préciser; le traumatisme, comme cause déterminante, n'a été constaté que dans un petit nombre de cas. Les parties spongieuses du scapulum, angle, épine, col, ont paru être souvent le lieu de naissance des productions morbides, par le fait probablement de leur structure spongieuse.

Ces tumeurs n'apportant au début que peu de gêne aux fonctions, ce n'est que lorsqu'elles ont déjà pris un développement notable que les malades vont consulter; ce qui fait que l'on connaît si mal leur début et leurs premières évolutions. C'est à partir de cette période que se manifestent successivement des symptômes de douleur, de gêne des mouvements, de compression des organes voisins, c'est-à-dire des vaisseaux, des nerfs, etc. Un des faits les plus dignes de remarque dans l'évolution et la marche de ces tumeurs, c'est l'intégrité, du moins dans la généralité des cas, de l'articulation scapulo-humérale et la conservation

des mouvements du bras qui ne sont limités que par la masse même de la tumeur.

Tout l'intérêt du diagnostic porte sur deux points : 1° préciser le siège de la production, déterminer si elle appartient à l'omoplate ; 2° reconnaître la nature du néoplasme, sa bénignité ou sa malignité.

Pour le premier point, il suffit de s'assurer si la tumeur accompagne ou non les mouvements du scapulum et si elle ne suit pas ceux des os voisins (humérus ou clavicule). Le second point est plus difficile. Mettant de côté les tumeurs circonscrites, telles qu'exostoses, consécutives à des périostites syphilitiques, qui sont du ressort d'une médication spécifique et ne sont point tributaires de la chirurgie proprement dite, les questions de diagnostic à débattre se poseront entre les enchondromes, les tumeurs à myéloplaxes et les ostéosarcomes, étant toutes plus ou moins malignes, à marche progressive et réfractaires à toute intervention thérapeutique, l'unique ressource est l'opération.

Voici quelques relevés de résultats opératoires par groupes ou catégories, suivant la nature des opérations pratiquées pour des tumeurs reconnues malignes.

L'ablation de l'omoplate et des bras, pratiquée 4 fois, a donné 3 morts et 1 succès. La résection du scapulum, après désarticulation du membre supérieur, a donné, sur 5 cas, 5 succès opératoires, dont 3 succès définitifs. (On comprend comme succès opératoires les cas où une récidive mortelle est survenue dans le cours de l'année.) L'extirpation complète du scapulum avec conservation du membre supérieur, sur 18 cas, compte 16 succès opératoires, mais 5 succès portés comme définitifs. L'amputation de l'omoplate, pratiquée 17 fois, donne 11 succès opératoires et 8 résultats définitifs. La résection du corps du scapulum au-dessous de l'épine compte, sur 7 cas, 6 succès immédiats : 3 récidives et 3 succés non qualifiés.

Voici en quels termes M. Langenhagen résume cette étude appuyée de laborieux détails statistiques et de l'analyse d'un grand nombre d'observations.

La différence qui existe, dit-il, entre les diverses opérations passées en revue pour les cas de tumeurs solides de l'omoplate, est considérable tant au point de vue des résultats immédiats qu'au point de vue de l'usage ultérieur du membre. Sans parler des résections partielles qui offrent un pronostic favorable à tous égards, les extirpations totales ou presque totales, c'est-à-dire avec ou sans la partie articulaire, diffèrent encore sensiblement l'une de l'autre. La gravité de l'extirpation provient surtout de ce qu'on est obligé d'ouvrir l'articulation scapulo-humérale et celle de l'amputation de ce que la section de l'os se fait en un point très riche en tissu spongieux. L'une et l'autre exposent d'ailleurs aux fusées purulentes dans l'aisselle, le long du thorax ou du bras.

Les résections partielles sont donc à recommander.

Les extirpations et les amputations ne doivent être entreprises que dans des conditions tout à fait favorables.

L'amputation doit être préférée à l'extirpation ; la statistique prouve qu'elle est moins dangereuse, le membre reprend d'ailleurs ses fonctions dans un temps beaucoup plus court.

Les résultats sont encore bien plus favorables, quand, après avoir conservé le périoste, on a la chance d'avoir une reproduction osseuse. Mais on ne peut guère compter sur cette éventualité que dans les affections de nature bénigne.

De la suralimentation dans le traitement de la phtisie pulmonaire.

La méthode de la suralimentation ou, comme on l'a diversement appelée, de l'alimentatiou forcée, du gavage, est assez connue de nos lecteurs dans son principe, ses moyens et dans les tâtonnements qu'elle a subis avant d'entrer dans la pratique, pour que nous jugions superflu de rappeler ici tout ce qui en a été déjà dit. Mais nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de résumer ici les résultats qu'elle a donnés jusqu'ici dans la pratique hospitalière pour les diverses catégories de cas où elle a été mise en usage, les cas de phtisie pulmonaire, d'une part, et, d'autre part, pour divers autres cas de cachexie où l'anorexie joue un rôle essentiel.

Cette occasion nous est naturellement offerte par le travail très étendu et très important que viennent de publier sur ce sujet MM. A. Broca et A. Wins dans le *Bulletin général de thérapeutique*, travail qui est basé tout entier sur les observations recueillies dans le service de M. Debove à l'hôpital de Bicêtre. C'est une véritable enquête sur la question. Nous ne nous occuperons aujourd'hui que des faits qui sont relatifs à l'application de la méthode au traitement de la phtisie pulmonaire.

Quant à la méthode, nous rappellerons seulement qu'il s'agit ici de l'alimentation par les poudres de viande introduites à l'aide de la sonde en caoutchouc coulé de M. Debove.

Les observations qui ont trait à la phtisie sont au nombre de quinze. Elles sont catégorisées suivant les trois périodes classiques de la tuberculose. Sur quinze cas, il y a trois insuccès. Un seul a été pris tout à fait au début, deux autres n'étaient qu'à une période très avancée. Dans deux cas, il y a eu rechute : la maladie était arrivée à la période de ramollissement. La plupart des autres étaient porteurs de cavernes. Enfin il y a eu un cas de mort.

Aux faits recueillis dans le service de leur chef, MM. A. Broca et A. Wins ont joint dans une revue rapide les faits relatés par M. Dujardin-Beaumetz, par M. Ferrand, M. Quinquand et M. Sevestre, de manière à donner une base plus large à leur enquête. Ils ont constaté, par le dépouillement et l'analyse de ces faits, que dans tous les cas où la méthode a réussi, il y a eu une série de phénomènes constants : cessation des vomissements, accomplissement régulier des digestions, disparition des sueurs, amendement de la dypsnée, retour des forces, atténuation de la fièvre vespérale, diminution de la toux et des crachats, augmentation du poids des malades. Mais revenons aux faits de MM. Broca et Wins. Cette cessation des vomissements alimentaires a surtout été évidente dans quatre de leurs observations personnelles. Ils ont également constaté l'amélioration rapide des autres fonctions digestives, notamment le retour de l'appétit et l'arrêt de la diarrhée qui se manifestait fréquemment chez quelques-uns de leurs malades. Ce mode de traitement a eu aussi pour effet, sur la plupart de leurs malades, une augmentation de poids très appréciable au bout de trois ou quatre mois.

Le premier appareil sur lequel se traduit l'influence heureuse de l'alimentation artificielle est donc l'appareil digestif, duquel dépend l'organisme tout entier.

Parmi les autres symptômes, ce sont les sueurs nocturnes qui ont commencé d'abord à disparaître ; comme phénomène connexe, la fièvre vespérale qui a été amendée ou

abolie. Enfin le sommeil s'est rétabli, les forces se sont relevées, et des malades qui, auparavant, ne se levaient pas ou se levaient à peine, ne tardaient pas à quitter le lit, à rester debout pendant la plus grande partie de la journée, allant et venant dans les salles et dans les cours.

En même temps que se manifestaient tous ces signes d'amélioration générale, les symptômes fonctionnels pulmonaires se sont atténués, la dyspnée d'abord, puis l'expectoration, puis la toux. Les signes physiques se modifiaient aussi un peu, ceux du moins qui sont intimement liés aux sécrétions morbides, les râles humides et les gargouillements.

Jusqu'à quel point pouvait-on compter sur la durée de ces améliorations? Plusieurs malades qui ont pu être observés pendant une période de plusieurs mois, de deux à neuf mois, ont été trouvés stationnaires au point de vue de l'auscultation. Mais trois malades qui, après une amélioration plus ou moins sensible, ont repris leurs travaux au bout de peu de temps, ont eu une rechute.

Des sept observations rapportées jusque-là par les auteurs de cette étude, il ressort ce fait capital, que pendant des mois la tuberculisation pulmonaire n'a fait aucun progrès, tant que deux conditions ont été remplies : le repos et la suralimentation. Mais sur quatre malades qui ont repris leur travail, tout en continuant à ingérer chaque matin leur dose de poudre de viande, deux ont présenté au bout de quelque temps une aggravation notable : les deux autres n'ont eu, au bout de quatre à cinq mois, qu'une simple indisposition, parce qu'ils se sont arrêtés dès les premiers symptômes de malaise.

De ce premier groupe de faits il ressort que la suralimentation est une méthode tonique qui, secondée par le repos et des conditions hygiéniques suffisantes, peut enrayer la marche de la phtisie et la rendre stationnaire pendant un temps plus ou moins long, peut-être même permettre par là aux lésions de se cicatriser; elle peut, en un mot, faire d'un phtisique un simple tuberculeux, mais un tuberculeux restant toujours exposé aux rechutes.

Mais il y a un autre groupe de malades, à lésions plus avancées, chez lesquels la suralimentation n'a donné que des résultats douteux ou tout au moins très insuffisants: tels sont particulièrement ceux qui présentaient une des formes aiguës de la maladie, revêtant alors un caractère véritablement infectieux. On comprend qu'entre ces cas extrêmes et ceux à marche essentiellement chronique, il puisse se présenter une foule de cas intermédiaires qui apporteront autant de degrés dans l'efficacité de la méthode. Par exemple, dans l'un des faits de ce second groupe, malgré une fièvre persistante, la suralimentation a produit pendant quelque temps une amélioration notable. Puis la dénutrition a repris sa marche. Cependant le malade, qui était entré dans le service dans un état très grave, était sensiblement mieux quelques mois après, bien que l'avenir ne laissât aucun espoir de guérison.

En résumé, voici, d'après MM. A. Broca et A. Wins, quelles seraient les indications et les contre-indications de la suralimentation dans le cours de la phtisie pulmonaire, que l'on pourrait tirer de l'ensemble de leurs observations.

Comme médication de symptômes, la suralimentation s'adresse à deux accidents principaux : l'anorexie et les vomissements, qu'elle fait cesser. Elle est, en outre, un reconstituant énergique, le plus énergique, à leur avis, qu'on puisse employer. Elle est incapable de réussir assurément chez les malades arrivés au dernier degré de la consomption; elle sera contre-indiquée également lorsque la fièvre a à la fois une grande intensité et une grande persistance. C'est dans les cas chroniques qu'on peut espérer des succès, et surtout lorsque l'affection sera de date récente. Toutefois, ajoutent-ils, on ne doit pas désespérer trop facilement. Témoin le cas d'une malade que M. Debove considérait comme voué à bref délai à une mort inévitable, et qu'il soumit à la suralimentation, à titre de traitement palliatif, pour combattre les vomissements qui la tourmentaient, et dont l'état s'améliora à vue d'œil sous l'influence de cette médication.

A PROPOS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par M. le docteur Philippart (de Roubaix)

M. le docteur Pinard a communiqué à l'Académie de médecine, dans sa séance du 19 février 1884, l'observation d'une grossesse extra-utérine, forme abdominale, opérée avec succès par élytrotomie (vaginotomie). Dans les conclusions de cette observation, mon savant confrère dit « que cette opération est rare et qu'il n'en trouve qu'une seule ayant été pratiquée dans les mêmes conditions, avec le même soin, par M. Watkin et publiée dans le *Medical Times*, 1877, tome II, p. 641, et encore, ajoute-t-il, cette observation fait-elle laisser des doutes quant à la nature de l'opération qui a été pratiquée, etc. »

Si M. le docteur Pinard avait consulté la collection de la *Gazette des hôpitaux*, il aurait trouvé dans le nº 107, 1865, page 427, une observation identique.

En effet, le 7 janvier de cette année, j'ai extrait par vaginotomie et avec succès, d'une dame B... (de Roubaix), un kyste fœtal de quinze mois, parvenu à terme. Cette dame, qui mit au monde une année après cette opération, un enfant bien portant, jouit encore aujourd'hui d'une excellente santé.

On trouve en outre dans le *Traité de médecine opératoire*, de Sédillot et Legouest, tome II, page 609, où il est fait mention de mon opération, les mots suivants, à propos des grossesses extra-utérines :

« La poche existe-t-elle dans l'excavation recto-vaginale, on pénétrera par le vagin, suivant le conseil déjà donné par Baudelocque. Dans trois cas, l'enfant fut ainsi extrait vivant. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

M. VERNEUIL présente, de la part de M. le docteur Laurence, deux observations de taille hypogastrique, l'une chez une petite fille de trois ans, l'autre chez un garçon de dix-sept ans. (Comm.: M. Verneuil.)

Lithotriteur; corps étrangers de la vessie. — M. MONOD fait un rapport sur un travail de M. Henriet, relatif à l'application de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme.

M. Henriet fait observer qu'on a trop négligé l'emploi du lithotriteur pour pratiquer ou tout au moins pour faciliter l'extraction des corps étrangers. Il cite un fait dans lequel il est facilement arrivé à débarrasser un corps étranger solide de son enveloppe calcaire et à l'amener ensuite au dehors. Il s'agissait d'une petite barrette d'acier recouverte d'une couche phosphatique de 2 centimètres et demi d'épaisseur. M. Henriet cite deux cas analogues de M. Guyon, un de M. Després, dans lequel il s'agissait d'un bout de sonde en gomme. Le brise-pierre, en broyant le corps étranger

et son enveloppe, rend les plus grands services dans les cas de ce genre. Est-ce à dire qu'il faudra, dans l'avenir, recourir toujours d'emblée au lithotriteur ? Non, certes, ce serait singulièrement en exagérer l'emploi ; mais, dans un grand nombre de cas bien déterminés, les chirurgiens pourront rendre de grands services par l'emploi de ce moyen.

Valvules de l'intestin. — M. LANNELONGUE communique deux observations de valvules du gros intestin placées dans des sièges anomaux. Il y a un mois environ, était conduit à l'hôpital Trousseau un enfant nouveau-né venu à terme, présentant une imperforation anale, pas très bien conformé, microcéphale, ayant des cheveux très abondants, d'ailleurs extrêmement vivace, ce qui décida M. Lannelongue à intervenir. L'anus était très bien conformé. Si on y introduisait une sonde cannelée, elle s'arrêtait contre un obstacle à une hauteur de 2 centimètres et demi. Sous l'influence des cris, on ne sentait pas l'impulsion des matières au dessus, pas d'ampoule.

M. Lannelongue pratiqua l'opération par la fosse iliaque du côté gauche ; il alla à la recherche de l'S iliaque, ouvrit l'intestin, l'accola à la paroi ; il sortit un flot de matières. L'enfant succomba le septième jour. A l'autopsie on trouva que tout s'était bien passé au sujet de l'opération. Il y avait bien un peu de péritonite, mais il n'y avait pas du tout de matières dans la cavité péritonéale. A la terminaison de l'S iliaque se trouvait une portion d'intestin du calibre d'un porte-plume. Des injections faites par l'anus en bas ou par l'anus artificiel en haut ne passaient ni d'un côté ni de l'autre. Il y avait deux valvules, l'une à la partie supérieure, à 11 centimètres et demi, l'autre à la partie inférieure et, entre ces deux valvules, un intestin complet.

Antérieurement, M. Lannelongue avait observé un premier fait analogue ; il s'agissait de la même imperforation rectale. Il fit la même opération dans la fosse iliaque ; tout allait bien ; vingt-deux jours après cette opération, on pouvait passer une sonde par le rectum, si bien que M. Lannelongue comptait rétablir la voie normale, lorsque l'enfant succomba. Dans les deux cas, les valvules étaient extrêmement minces.

En résumé, il y a des obstacles valvulaires à diverses hauteurs, obstacles formés uniquement par la muqueuse intestinale amincie.

DISCUSSION

M. DESPRÉS demande à M. Lannelongue si l'intervalle compris entre les deux valvules, dans le premier cas, a été examiné au microscope. M. Desprès conserve en effet quelques doutes et est porté à admettre qu'il s'agissait simplement d'une absence du rectum.

M. LANNELONGUE répond qne l'examen microscopique n'a pas été fait, mais qu'il s'agit bien évidemment d'un intestin complet dont on reconnaît parfaitement la muqueuse.

M. MARCHAND a observé un cas analogue à ceux de M. Lannelongue, mais il n'y avait pas de muqueuse. C'était un intestin sans muqueuse.

M. VERNEUIL propose de remplacer le mot de valvule par celui de cloison, beaucoup plus juste.

M. TRÉLAT appuie cette proposition. Il ajoute quelques considérations sur l'origine de ces cloisons et du canal étroit intermédiaire qui, dans bien des cas, sont le résultat d'une insuffisance et non d'un arrêt de développement.

M. TILLAUX fait observer que le fait intéressant de M. Lannelongue ne rentre pas dans la catégorie des faits connus et ne saurait être expliqué par les données embryogéniques actuelles.

M. VERNEUIL dit qu'on a trouvé de ces cloisons à toutes les hauteurs de l'intestin. Il suffit, pour s'en rendre compte, d'interroger la tératologie intestinale. Il faut aussi tenir compte, dans ce cas, de l'influence des maladies intra-utérines et savoir distinguer les faits purement pathologiques des faits embryogéniques.

M. LANNELONGUE appuie cette manière de voir et reconnaît qu'il y a là toute une pathologie dont on ignore encore les premiers éléments.

COMMUNICATIONS

Kystes ovariques. — M. TERRILLON communique l'observation d'une femme de cinquante-deux ans qui était atteinte d'un kyste ovarique dont il devait l'opérer, et qui est morte d'une hémorragie cérébrale. A l'autopsie on a vu qu'il s'agissait d'un kyste du ligament large comprimant l'uretère du côté droit au point qu'il y avait une hydronéphrose. Contrairement à ce qu'on pensait, l'ablation de ce kyste aurait donc présenté les plus grandes difficultés.

M. POZZI cite plusieurs faits qui montrent que dans tous les cas de tumeurs, liquides ou solides, enclavées dans le petit bassin, il faut redouter la compression des urétères, en rechercher le moindre signe et considérer cette complication comme une indication opératoire urgente.

Perforation des artères dans les foyers purulents. — M. TERRILLON montre une pièce sur laquelle on voit une perforation de l'artère poplitée survenue sans cause appréciable dans un foyer purulent.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Les religieuses jugées par une infirmière laïque.

M. le docteur A. Després nous transmet la lettre suivante qu'il vient de recevoir et qu'il nous autorise à publier :

Paris, 18 février 1884.

A Monsieur le docteur Després, chirurgien à l'hôpital de la Charité.

Monsieur le docteur,

A la suite de la lecture d'une nouvelle lettre de vous contre la laïcisation des hôpitaux, lettre que je n'ai pas lue d'ailleurs, une surveillante laïque, je pourrais vous dire son nom, d'un hospice, je pourrais vous dire lequel, me dit ceci, pas plus tard qu'hier :

« M. le docteur Després nous déteste et nous calomnie ; mais, du moins, en ce qui me regarde (et je ne suis pas la seule), je sais que je fais *consciencieusement* mon devoir ; néanmoins je conviens que les meilleures des surveillantes laïques (et il en est de bonnes) ne feront et n iront jamais, dans la voie des devoirs hospitaliers, aussi *loin* que les religieuses. Elles atteignent l'*au delà*, nous sommes l'*en deçà*.

« Mais M. le docteur nous calomnie, ou, tout au moins, nous méconnaît ; et dans ce dernier cas, il est injuste contre son intention. »

D'une laïque mécontente de votre lettre, et, soucieuse de remplir son devoir, l'hommage rendu aux religieuses hospitalières est, me semble-t-il, d'une immense valeur.

Cet hommage ne m'a pas été raconté, je l'ai reçu moi-même, parlant à moi, de la bouche même de la surveillante. C'est déjà la trahir que de vous l'écrire, ce serait faire plus que de vous dire son nom, son hospice et sa salle, et cela est d'ailleurs inutile à la cause.

Je ne puis qu'ajouter que, sur l'honneur, je me porte garant de la vérité de ce qui précède.

Agréez, etc.

MARET-LERICHE,
Rue du Cherche-Midi, 33.

M. Després nous prie d'ajouter, en réponse aux quelques conseillers municipaux qui jugent les médecins des hôpitaux à leur niveau et se refusent à entendre la vérité, que les hôpitaux protestants d'Amsterdam, la capitale de la Hollande, sont desservis par des religieuses.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

61. M. Binet. Étude sur la sueur et la salive dans leurs rapports avec l'élimination. — 62. M. Tostain. Du cancer ganglionnaire cervical consécutif. — 63. M. Ledermann. Étude sur la phtisie professionnelle. — 64. M. Baranger. Des contre-indications et obstacles à l'allaitement maternel. — 65. M. Desvergnes. De la rétention passagère des urines à la suite des opérations. — 66. M. Batault. Contribution à l'étude du pansement des fractures compliquées de plaies. — 67. M. Manu. Considérations sur les ostéotomes sous-périostiques de la mâchoire inférieure. — 68. M. Citerne. Contribution à l'étude des abcès froids des parois du thorax. — 69. M. Béraud. De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Bromuration pendant la grossesse. — 70. M. Paul Berne. Étude sur quelques cas de purpura d'origine traumatique. — 71. M. Saubost. Accidents cérébraux au début de la pneumonie chez les enfants. — 72. M. Maigret. De la créosote en thérapeutique. — 73. M. Regnard. Quelques expériences avec le nouvel appareil « Collin » pour le redressement brusque du genu valgum. — 74. M. Pascalis. De l'épididymite syphilitique. — 75. Mlle Kraet. Traitement de l'empyème par la pleurotomie complètement antiseptique. — 76. M. Chachereau. Un kyste hydatique du poumon ; urticaire hydatique. — 77. M. Arnaud. Contribution à l'étude de l'endométrite dans la blennorragie. — 78. M. Jollet. De l'influence de la rougeole sur le développement et la marche des arthrites. — 79. — M. Speckhahn. De la guérison rapide ou immédiate de l'entorse du pied par le massage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Les récompenses suivantes sont décernées aux docteurs en médecine, dont les noms suivent, pour le succès avec lequel ils ont soutenu leur thèse pendant le cours de l'année scolaire 1882-1883 :

1° *Médailles d'argent.* — M. Boucher : La Salpêtrière de 1656 à 1790. — M. Bouley : Étude historique, expérimentale et clinique de la taille hypogastrique. — M. Germont : Contribution à l'étude des néphrites expérimentales. — M. Leblond : Étude physiologique et thérapeutique de la caféine. — M. Leclerc : Contusions et néoplasmes. — M. Martin (A.-J.) : L'administration sanitaire civile à l'étranger. — M. Miquel : Des organismes vivants de l'atmosphère. — M. Ramonot : La syphilis chez les scrofuleux. — M. Ramonède : Le canal péritonéo-vaginal et la hernie périnéo-vaginale étranglée. — M. Roux : Des nouvelles acquisitions de la rage.

2° *Médailles de bronze.* — M. Arragon : Étude sur les angiomes des muqueuses. — M. Brocq : Étude critique et clinique sur la dermatite exfoliatrice généralisée ou mieux maladie de Wilson. — M. Capitan : Recherches expérimentales et cliniques sur les albuminuries transitoires. — M. Carlier : Anatomie philosophique. — M. Deblenne : Essai de géographie médicale de l'île de Nossi-Bé. — M. Deniau : De l'hystérie gastrique. — M. Gérente : Le délire chronique. — M. Guilliot : Anatomie et pathologie des vésicules séminales. — M. Guiard : Transformation ammoniacale des urines. — M. Hamon : De la paralysie pseudo-hypertrophique. — M. Jamin : Étude sur l'uréthrite chronique blennorragique. — M. Joyeux-Laffuie : L'appareil venimeux et le venin du scorpion. — M. Lacaille : De l'insertion du placenta dans ses rapports avec la durée de la grossesse, l'époque de la rupture des membranes et le développement du fœtus. — M. Lacharrière : Étude sur le traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale. — M. de la Personne : De la cataracte. — M. Leduc : Contribution à l'étude de l'anisométropie. — M. Lemonnier : De la glossite exfoliatrice méningée. — M. Marie : Contribution au diagnostic des formes frustes de la maladie de Basedow. — M. Mouret : De la néphrite infectieuse consécutive à l'ostéo-périostite. — M. Peisson : Des végétations adénoïdes du pharynx nasal. — M. Poirier : Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. — M. Rattel : De la médecine chez les encyclopédistes. — M. Ronsin : Variations de l'urée, des chlorures et des phosphates dans la tuberculose. — M. Siredey : Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde, lésions des organes lymphoïdes.

3° *Mentions honorables.* — M. Batut : De la scarlatine chirurgicale. — M. Berthaut : Étude sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires. — M. Bleckmann : Contribution à l'étude de la néphrite infectieuse dans l'érysipèle de la face. — M. Bottez : Contribution à l'étude clinique des tumeurs de la région temporale. — M. Bouicli : Des anomalies et des formes frustes de la sclérose en plaques disséminées. — M. Brunet : Du traitement de la chute de la matrice par le cloisonnement du vagin. — M. Cadet : De la coxalgie. — M. Chambellan : Étude anatomique et anthropologique sur les os wormiens. — M. Clément : Du suicide dans quelques formes d'aliénation mentale. — M. Defontaine : De la syphilis articulaire. — M. de la Celle de Châteaubourg : L'albuminurie physiologique. — M. Dérignac : Étude sur les manifestations de la fièvre typhoïde sur le pharynx et l'isthme du gosier. — M. Duplaix : Contribution à l'étude de la sclérose. — M. Girat : Contribution à l'étude physiologique et thérapeutique du chlorhydrate de kairine. — M. Giocairo : Étude comparée de la pneumonie grave dite infectieuse avec les pneumonies dites à forme typhoïde. — M. Camus-Gorignon : Des polypes de l'estomac. — M. Guenet : Des injections sanguines intrapéritonéales. — M. Lhomme : Étude expérimentale sur l'action physique de la saponine. — M. Liandier : Essai sur la gangrène pulmonaire dans le cours de quelques affections chroniques du poumon et des bronches. — M. Luizy : De la restauration du périnée pratiquée immédiatement après l'accouchement. — M. Mabit : De la manie chronique à forme rémittente. — M. Négel : De la syphilis rénale. — M. Pimbel : De la hernie obturatrice. — M. Rambaud : De la rétention du placenta après l'accouchement et après l'avortement. — M. Rémy : Étude sur la tuberculose oculaire. — M. Ruault : Recherches sur le pouls capillaire visible. — M. Sauvage : De la valeur diagnostique de la présence du bacille de Koch dans les crachats. — M. Tourtoulis : Contribution à l'étude des fièvres paludéennes à symptômes cérébraux graves.

— Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 18 mars 1884, sous la direction de M. Farabeuf, chef des travaux anatomiques. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique (ancien collège Rollin) tous les jours de une heure à quatre heures. Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année qui doivent en justifier pour prendre la seizième inscription; ils sont facultatifs pour les étudiants pourvus de seize inscriptions. Les docteurs français et étrangers peuvent également être autorisés à y prendre part.

1° Les élèves de quatrième année sont admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1884; 2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté, où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir.

Sont dispensés de ces formalités, les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du Doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1883-1884. Ces élèves seront admis sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires. Les élèves indiqués dans les deux paragraphes qui précèdent devront se faire inscrire à l'école pratique (bureau du chef de matériel), de midi à quatre heures, du 3 au 15 mars. Après cette date nul ne pourra être admis.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. Piéchaud est nommé chirurgien-adjoint.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre Lebled, décédé à Rochecorbon, le vendredi 22 février 1884, dans sa soixante-douzième année, et de M. François-Étienne Leroy, interne des hôpitaux de Nancy, élève du service de santé militaire, qui vient de succomber à une fièvre typhoïde contractée dans son service hospitalier.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera sa première herborisation dimanche prochain 2 mars 1884, à Versailles. Le départ aura lieu près la gare Montparnasse, à onze heures du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des maladies des voies urinaires, par le docteur F. Mallez. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. La deuxième partie du tome XXIX de la 1re série, la deuxième partie du tome XIX de la 2e série, la première partie du tome XIII de la 4e série, viennent de paraître. Elles contiennent les articles suivants : *Diphtérie*, par M. Sanné; *Oxygène*, par M. Labbée; *Palais*, par MM. Gayraud et Aubry; *Sueur*, par M. du Cazal; *Suicide*, par M. Ritti. — Paris, Asselin et G. Masson.

De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale, par le docteur Sauton. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15838.

N° 27. — MARDI 4 MARS 1884. 57e ANNÉE. MARDI 4 MARS 1884. — N° 27.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. Morbidité et mortalité de l'armée en France et en Algérie. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les accidents cérébraux dans le diabète. État mental des diabétiques. — De l'anesthésie prolongée à l'aide du protoxyde d'azote. — Note sur l'antagonisme de l'ergotine et de la pilocarpine. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 3 mars 1884.

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ

DE L'ARMÉE EN FRANCE ET EN ALGÉRIE.

A Monsieur le Dr E. LE SOURD, *directeur de la* GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher Directeur,

Dans mon article intitulé *Origine et développement de la thérapeutique algérienne*, que vous avez bien voulu insérer dans la *Gazette des hôpitaux* du 29 mai 1883, j'émets la proposition que « la proportion des décès aux maladies traitées « dans les hôpitaux est à très peu près la même en Algérie « qu'en France ».

Ne pensez-vous pas qu'une affirmation de cette importance exige qu'on l'appuie sur des chiffres, surtout si on la rapproche de l'impression douloureuse qu'ont laissée en France les désastres du début de notre séjour en Algérie? C'est, du moins, mon avis, et, dans cette persuasion, j'ai cherché si je ne pourrais en trouver la preuve dans la *Statistique médicale de l'armée*. J'ai donc dépouillé les quatre dernières années de ce document officiel qui s'arrête à 1880. Voici le résultat de mes recherches.

J'ai pris pour point de comparaison le gouvernement de Paris qui embrasse l'une des contrées les plus salubres de France et dont l'effectif militaire est à peu près le même que celui de l'Algérie.

J'ai alors trouvé que la *morbidité* dans notre armée d'Afrique est de beaucoup plus considérable qu'en France; que, par suite, la *mortalité* y dépasse d'environ un tiers celle du gouvernement de Paris; mais que *la proportion des morts* au nombre des malades y est notablement inférieure.

Cette triple énonciation, qui va causer bien des surprises, se base sur les mouvements hospitaliers des années 1877, 1878, 1879 et 1880.

Le travail officiel auquel je les emprunte ne va pas au delà, comme je viens déjà de le dire, et il m'a révélé ce qui suit :

Les entrées aux hôpitaux en Algérie et dans le gouvernement de Paris réunis ont été au nombre de 137,043; les morts à celui de 4,833; ce qui donne 1 mort sur 28.

Si l'on décompose ce chiffre d'ensemble, on a pour l'Algérie 86,298 entrées et 2,747 morts ; pour la France, 50,745 entrées et 2,086 morts.

D'où une mortalité en Algérie de 1 sur 31; et dans le gouvernement de Paris de 1 sur 24, en nombre rond, laissant de côté des fractions tout à fait insignifiantes, sans portée.

Ne pensez-vous pas, mon cher Directeur, que la vulgarisation de ce fait officiel soit de nature à dissiper bien des préventions contre l'Algérie et à rassurer les familles qui ont leurs enfants dans cette contrée autrefois si meurtrière? Il est loin, en effet, le temps où, sur une garnison de 3 à 4,000 hommes, on en perdait 1,526 en un an : il est proche, au contraire, celui où la mortalité générale sera moindre en Algérie qu'en France, comme il arrive depuis quelques années pour la mortalité proportionnelle au chiffre des malades. Cette évolution se fera à bref délai, à mesure que le dessèchement des marais, le drainage, l'endiguement des cours d'eau, le reboisement, les travaux déjà si considérables de l'agriculture et de la viticulture feront disparaître les causes spéciales, bien connues, bien déterminées des maladies jadis si redoutables et qui obéissent aujourd'hui si facilement à la thérapeutique. J'avoue que, pour mon compte, en commençant cette intéressante étude, j'étais encore dans la croyance que la mortalité proportionnelle au nombre des malades était un peu moins favorable dans notre armée d'Afrique qu'en France, comme il ressort de la réserve avec laquelle j'ai formulé mon sentiment dans la proposition que j'ai rappelée plus haut et dont cette note n'est qu'un complément et une simple démonstration.

Permettez-moi, en finissant, de vous faire remarquer que le résultat que je signale à l'attention publique est dû en grande partie au dévouement des médecins militaires ; car, depuis plus d'un demi-siècle, ils ne cessent de combattre, au milieu des fatigues et des dangers, un mal qui avait si gravement compromis la conservation de l'Algérie. Je connais trop l'élévation de vos sentiments pour n'être pas sûr à l'avance que vous vous associerez à mon appréciation, dont l'insertion dans votre journal, si universellement lu et si grandement estimé, sera pour eux un digne encouragement.

Veuillez recevoir, mon cher Directeur, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr J.-F. MAILLOT,
Ancien président du conseil de santé des armées.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les accidents cérébraux dans le diabète (1).

ÉTAT MENTAL DES DIABÉTIQUES.

IV

COMA DIABÉTIQUE. — Les manifestations que je viens de décrire n'avaient, dans certains cas au moins, qu'une gravité relative. Elles étaient intéressantes plus encore au point de vue nosologique et diagnostique qu'au point de vue pronostique. Elles jouaient le rôle de symptômes révélateurs au cours de certains diabètes méconnus, mais ne constituaient pas à proprement parler, sauf le cas de suicide, une menace sérieuse pour la vie du malade.

Il en est tout autrement de l'accident dont il me reste à vous parler : grave entre tous, aboutissant presque fatalement à la mort, défiant toutes les tentatives de thérapeutique qui jusque-là ont été dirigées contre lui, le coma diabétique est la plus redoutable des complications de l'affection.

C'est à Kussmaul (2) que revient le mérite de nous avoir fait connaître cette complication fâcheuse du diabète, qui avant lui avait été à peine entrevue. Dans un intéressant article, MM. Bourneville et Teinturier (3) ont, les premiers en France, appelé l'attention sur le travail de Kussmaul et cité des faits originaux à l'appui de la description de cet auteur. Depuis lors, des travaux nombreux ont été publiés sur le sujet. Chemin faisant, je vous indiquerai les principaux (4).

Le coma peut être la première manifestation d'un diabète jusque-là méconnu : la glycosurie ne se révèle alors qu'à l'occasion des accidents dramatiques qui en provoquent la recherche. D'autres fois, c'est au cours d'un diabète déjà diagnostiqué depuis longtemps, et qui évoluait normalement, c'est chez un malade qui supportait, assez bien d'ailleurs, le trouble de la nutrition dont il était atteint, qu'à l'occasion d'une fatigue, d'une émotion, d'une course, d'un exercice violent, apparaît le redoutable symptôme qui va terrasser le malade. — Enfin, dans quelques cas, le coma est l'épisode ultime naturel, sinon attendu, d'une glycosurie qui de longue date ruinait le malade et avait amené à sa suite un amaigrissement profond, une perte complète des forces.

Qu'il soit précoce ou tardif, qu'il apparaisse à l'improviste ou au cours d'un diabète depuis longtemps déjà reconnu, le coma est précédé d'habitude, annoncé en quelque sorte par des prodromes, qui, pour un médecin exercé, constituent les fâcheux indices de la redoutable complication qui va éclater.

Ces *prodromes* consistent le plus ordinairement en des troubles intellectuels bizarres et plus ou moins accentués. Tantôt le malade est agité, il se plaint, pousse des gémissements ; d'autres fois il montre au contraire une gaieté exagérée et anomale ; il a un peu d'incohérence dans les idées, il parle haut, d'un ton bref et saccadé, ou quelquefois bredouille. Ou bien il se plaint de douleurs au niveau des hypocondres ou de l'épigastre ; il est plus abattu que de coutume ou par contre présente les symptômes d'une sorte d'agitation maniaque. Il peut arriver que l'haleine répande une forte odeur de chloroforme ; ce signe, lorsqu'il existe, est de fort mauvais augure : c'est un des présages les plus significatifs du coma ; j'y reviendrai plus loin à propos de la pathogénie des accidents qui nous occupent. M. Kien (1) a rapporté un cas dans lequel ce symptôme avait été des plus manifestes à la période prodromique du coma. « La présence du malade dont il s'agit déterminait chaque fois dans son appartement une odeur chloroformique spéciale, tellement intense que les autres consultants qui attendaient en furent incommodés et ouvrirent les fenêtres, quoique l'on se trouvât en plein hiver, et qu'après la consultation on fut obligé chaque fois d'établir un courant d'air jusqu'au lendemain, pour chasser cette odeur pénétrante et insupportable. »

Les prodromes font bientôt place aux accidents de début qui précèdent immédiatement de quelques jours ou de quelques heures à peine le coma confirmé. Ces accidents consistent le plus souvent en des phénomènes *dyspnéiques*. Les respirations deviennent fréquentes (vingt-six, vingt-huit, quarante-huit par minute). Elles s'accomplissent « avec une violence singulière, dit Kussmaul, qui contraste avec l'épuisement général du malade ». Il semble que le patient ait une soif d'air qu'il a peine à assouvir. Il est à remarquer toutefois qu'il n'y a pas orthopnée véritable comme chez les asthmatiques et les cardiaques. Le diabétique reste couché sur le dos, mais il contracte violemment tous ses muscles inspirateurs. Le rythme respiratoire reste d'ailleurs assez régulier et bien différent de celui du type dit de Cheyne-Stokes.

Il peut se faire que le trouble de la respiration soit peu marqué et que les accidents de début se manifestent du côté de l'appareil digestif. Il s'agit alors de *douleurs épigastriques*, accompagnées ou non de vomissements, de symptômes de fausse péritonite (douleurs abdominales généralisées, météorisme) ou même de vomissements avec diarrhée rappelant la symptomatologie du choléra (type *cholériforme* de Buhle et Tappeiner).

Enfin, dans quelques cas, la période d'invasion du coma est marquée simplement par un affaiblissement rapide et complet du malade. Celui-ci, sans présenter ni dyspnée ni troubles digestifs, tombe dans un état d'épuisement tel que ses membres deviennent impuissants à le servir, sa voix s'éteint et bientôt apparaissent les redoutables accidents comateux.

Le coma diabétique ressemble à celui qui se développe sous une autre influence pathologique, quelle qu'elle soit. Comme toujours, il se traduit ici par la perte absolue de la connaissance avec abolition du sentiment et du mouvement, respiration haute et parfois stertoreuse. Il est cependant certaines particularités qui permettent de distinguer d'ordinaire le coma diabétique des autres espèces d'accidents comateux. C'est d'abord l'absence habituelle de convulsions et de contractures, sauf chez les enfants chez qui ces symptômes se sont montrés quelquefois ; c'est l'abaissement de la température centrale, qui n'a ici rien d'insolite, puisque chez le diabétique la colonne mercurielle reste souvent audessous de la normale. Cette particularité rapproche symp-

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 février 1884.

(2) Zuhr Lehre von diabetes mellitus. *Deutsch. archiv. J. Klin. med. Leipsig*, 1874.

(3) Bourneville et Teinturier. *Progrès méd.*, 1875, p. 97.

(4) On pourra consulter avec fruit, outre la th. de M. Dreyfous (loc. cit.), les intéressantes revues critiques publiées sur le cancer diabétique par MM. Dreyfus-Brisac (in *Gaz. hebd.* 1881) et Brissaud (in *Prog. méd.* 1881).

(1) Kien. — Contribution à l'histoire de l'acétonémie. *Gaz. méd. de Strasbourg*, août, 1878 et 1879, et in Th. de Dreyfous.

tomatiquement le coma diabétique du coma urémique. C'est enfin cette odeur particulière de l'haleine que je vous ai déjà signalée et qui existe ici comme à la phase prodromique, plus souvent même qu'à cette phase, et peut permettre à elle seule, dans quelques cas, de diagnostiquer à distance la nature des accidents.

La mort est la terminaison presque constante du coma diabétique. M. Cyr (1) a cité l'un des rares cas de guérison que l'on connaisse. La durée des accidents peut atteindre exceptionnellement trois jours et demi (Kien) ou quatre jours (Kussmaul). La période de début et la période comateuse réunies n'excèdent pas le plus souvent trente-six à quarante heures. La mort peut survenir après dix ou quinze heures.

Telle est la plus grave des complications du diabète.

ANESTHÉSIE PROLONGÉE

A L'AIDE DU PROTOXYDE D'AZOTE A LA PRESSION NORMALE.

Par M. le Dr AUBEAU.

M. Paul Bert a démontré récemment que l'on peut obtenir l'anesthésie prolongée avec le protoxyde d'azote à la pression normale, à la condition de donner d'abord du protaxyde d'azote pur, puis un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, dans des proportions voisines de celles où se trouvent dans l'air, l'azote et l'oxygène et ainsi de suite, alternativement, le protoxyde pur et le mélange titré.

Je viens de faire une série d'expériences qui confirment et complètent celles de M. P. Bert.

J'ai trouvé des mélanges de protoxyde d'azote et d'oxygène anesthésiques d'emblée, mais dangereux par ce fait qu'ils contiennent trop peu d'oxygène pour entretenir la vie au delà de vingt à trente minutes.

Dirigeant mes recherches dans un autre sens, j'ai découvert que si l'on administre d'abord le protoxyde d'azote pur, puis un mélange titré de protoxyde d'azote et d'oxygène, l'anesthésie se prolonge en raison inverse de la richesse du mélange en oxygène, et cela suivant une progression arithmétique.

Étant donné, par exemple, qu'un chien anesthésié avec le protoxyde pur dort quarante ou soixante secondes seulement :

Si l'on administre d'abord du protoxyde pur, puis un mélange contenant 100 litres de protoxyde et 40 litres d'oxygène, l'anesthésie se prolonge pendant trois minutes;

Si le mélange contient 100 litres de protoxyde et 20 litres d'oxygène, l'anesthésie se prolonge pendant six minutes;

Si le mélange contient 100 litres de protoxyde et 10 litres d'oxygène, l'anesthésie se prolonge pendant douze minutes;

Si le mélange contient 100 litres de protoxyde et 5 litres d'oxygène, l'anesthésie se prolonge pendant vingt-quatre minutes.

Le rapport qui existe entre la progression décroissante de l'oxygène et la progression croissante de la durée de l'anesthésie, constitue une véritable loi.

Voulant pousser l'expérience jusqu'au bout, j'ai administré à des chiens, d'abord du protoxyde d'azote pur, puis un mélange contenant 100 litres de protoxyde d'azote et seulement 2 litres 1/2 d'oxygène. L'un des animaux est mort de syncope respiratoire au bout de vingt-cinq minutes. Un autre put être maintenu anesthésié pendant quarante-six minutes, mais il eut deux syncopes respiratoires qui nécessitèrent la respiration artificielle et il fallut, en outre, faire inhaler de l'air pur à plusieurs reprises.

Les mélanges, contenant 40, 20, 10, 5 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote, ne sont pas anesthésiques d'emblée pour le chien.

(1) Cyr. — De la mort subite dans le diabète. *Arch. de médecine*, 1877-1878.

Les mélanges, contenant 4, 3, 2 litres 1/2 d'oxygène, sont anesthésiques d'emblée, mais ils sont dangereux.

La mort est toujours due à une syncope respiratoire.

A l'autopsie, on trouve une rétraction et une congestion du poumon, des ecchymoses sous-pleurales et une dilatation du cœur, qui est gorgé de sang rouge et fluide.

Un lapin, anesthésié d'abord avec le protoxyde pur, puis avec un mélange contenant 6 litres d'oxygène et 100 litres de protoxyde d'azote, n'a donné des signes de sensibilité qu'au bout de trente-sept minutes.

Dans tous les cas où l'on administre des mélanges dont la richesse en oxygène est compatible avec la vie, l'animal se réveille spontanément, quand même on continue les inhalations. Le retour à l'état physiologique est, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus rapide que le mélange contient plus d'oxygène.

Les expériences sur l'homme ne sont pas encore assez nombreuses pour être concluantes; toutefois elles se rapprochent beaucoup de ce que l'on observe chez les animaux et elles permettent d'espérer qu'on arrivera aux mêmes résultats.

L'action du protoxyde d'azote est plus rapide et plus profonde sur l'homme que sur le chien.

En expérimentant sur mes aides de l'École dentaire et sur moi-même, j'ai pu constater que des mélanges, contenant 5 à 6 litres d'oxygène pour 100 litres de protoxyde d'azote, sont anesthésiques d'emblée.

Je ne veux actuellement tirer aucune conclusion de ces expériences ; je crois cependant que les résultats que j'ai obtenus sont assez intéressants pour qu'elles méritent d'être poursuivies ; c'est ce que je me propose de faire.

NOTE

SUR L'ANTAGONISME DE L'ERGOTINE ET DE LA PILOCARPINE.

Par le docteur SÉDAN (d'Alger).

Chacun sait combien la pilocarpine est devenue d'usage courant en oculistique. Notre maître et ami le docteur Gillet de Grandmont, l'un des principaux vulgarisateurs du précieux agent, n'a pas peu contribué à ce résultat.

Employé par tous sous forme d'injection hypodermique ou de collyre, il paraît qu'on n'a jamais souligné sa propriété emménagogue, qui s'est révélée à nous de la manière suivante :

Une malade en traitement pour un décollement de la rétine subissait des injections journalières. Ses règles se sont avancées dans une si forte mesure que leur quotité s'est accrue au point que nous nous sommes demandé si la pilocarpine n'y était pas pour quelque chose.

Ayant cessé le traitement vu l'état de faiblesse de la malade, nous avons vu la perte s'arrêter rapidement. Le mois suivant, même phénomène cette fois observé également sur une jeune fille de vingt-deux ans.

Depuis ce moment, n'osant manier la pilocarpine, nous employons pour faciliter l'écoulement des règles, le provoquant même, un thé composé de feuilles de jaborandi, de 2gr,50 à 4 grammes d'après le sujet, et nous en obtenons des résultats parfaits. Encore tout récemment le succès a été brillant chez une jeune femme de trente et un ans, pour laquelle on a épuisé tous les moyens possibles. La suite nous dira si pour avoir été parfait notre moyen est constant. La théorie semblerait l'indiquer.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 février 1884. — Présidence de M. Mathias DUVAL.

COMMUNICATIONS

La folie des antivivisectionnistes. — M. MAGNAN fait une communication sur ce sujet. Il ne s'agit pas là, dit-il, d'une

nouvelle forme de vésanie, mais simplement d'un épisode de la folie héréditaire. Il cite trois exemples de cette variété de délire.

La première appartient à l'espèce des végétariens, c'est-à-dire des gens qui se nourrissent exclusivement de légumes pour protester contre l'abatage des animaux dits de boucherie. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, dont la grand'mère et la mère ont été aliénées, qui est elle-même très impressionnable et scrupuleuse à l'excès. Un mariage rompu a été le point de départ de ses idées délirantes; elle a d'abord eu des hallucinations, des idées de persécution; depuis quelque temps elle a déclaré qu'elle ne mangerait plus aucune espèce de viande; elle a recueilli che elle des animaux, est allée aux abattoirs injurier les garçons bouchers et les adjure de ne plus abattre d'animaux. Peu à peu, à Sainte-Anne, elle revint à des idées plus raisonnables.

Dans le second fait, il s'agit d'une dame de quarante ans, très impressionnable, très émotive, ayant pour les animaux une telle sollicitude que, s'il pleut la nuit, elle ne peut dormir en songeant aux malheureux animaux qui sont sans abri. Elle se trouve mal à la vue d'un cheval recevant un coup de fouet; elle fond en larmes à l'idée d'une expérience de vivisection. Elle se livre à une foule d'actes bizarres; par exemple, elle ramasse, dans la rue, les morceaux de verre, sous prétexte qu'ils pourraient blesser les chevaux. Aux stations de voitures, elle s'oppose à ce qu'on prenne un fiacre dont le cheval est en train de manger; si un cheval vient à s'abattre, elle s'assoit dessus jusqu'à ce qu'on l'ait dételé et s'oppose à ce qu'on le frappe; un matin, voyant un charbonnier maltraiter un cheval pour l'atteler, elle prie cet homme de la laisser faire, caresse l'animal et l'attelle elle-même ; tous les matins à la même heure elle revient se livrer à la même besogne, pour éviter que le charbonnier ne maltraite de nouveau son cheval. Elle acheta, un jour, un vieux cheval uniquement pour lui payer sa nourriture. Les chiens sont aussi l'objet de sa tendresse. Elle en possède cinq, auxquels elle a laissé, par testament, 25 francs de rentes. Outre ce délire zoophile, cette malade présente un certain nombre de troubles qui indiquent bien qu'elle est sous l'empire d'une folie héréditaire dont le délire actuel n'est qu'un épisode.

Dans le troisième fait, il s'agit d'une héréditaire, douée d'un certain esprit, qui déclare que les fous et les toqués sont seuls dignes d'estime ; elle représente la lumière et le progrès; elle avoue hautement sa haine pour l'humanité et son amour pour les bêtes. Elle possédait douze chats. Comme elle habitait un logement appartenant à une grande administration dans laquelle son mari était employé, mise en demeure de quitter ses chats ou son appartement: elle préfère faire perdre la place à son mari plutôt que d'abandonner ses chats.

Ce qui caractérise cette forme de délire, c'est en même temps qu'une grande sollicitude pour les animaux un profond mépris pour l'espèce humaine. En somme, ces différentes variétés de délire ne sont qu'un épisode de la folie héréditaire.

La migraine. — M. **MALASSEZ** présente de la part de MM. Nicati et Rovialis une étude sur la migraine. Outre la migraine ophtalmique, les auteurs distinguent des migraines olfactive, auditive et gustative. Il n'y aurait pas une fonction cérébrale à laquelle ne correspondît une variété de migraine.

Calcul salivaire. — M. **MÉGNIN** présente un énorme calcul salivaire extrait du canal de Sténon d'un cheval. Ce calcul pesait 290 grammes. Il était mobile dans le conduit salivaire. Il avait pour centre un fétu de paille introduit dans le canal parotidien et autour duquel s'étaient précipités les sels de la salive par couches stratifiées et concentriques. L'examen fait par M. Galippe a montré qu'il était formé de carbonate de chaux, d'un peu de phosphate et de petites parties de matières organiques.

La rage. — M. **GIBIER** fait deux communications, l'une sur la non-transmissibilité de la rage par hérédité maternelle, l'autre sur l'action du froid sur le virus rubique.

Il résulte des recherches de M. Gibier que la rage n'est pas transmissible de la mère au fœtus, mais que le virus rabique de la mère désermine probablement une modification des centres nerveux de sa progéniture.

Dans sa seconde communication, M. Gibier démontre qu'une température continue de — 40° prolonge la période d'incubation de la rage et permet de conserver, pendant trente-deux jours, un virus rabique sans altérer ses propriétés.

Anesthésie prolongée à l'aide du protoxyde d'azote. — (Voir plus haut.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

IV

IV. — MES ÉTUDES EN MÉDECINE A PARIS (1799-1806).

J'avais mes dix-neuf ans et demi lorsque mon père se décida à m'envoyer à Paris. Fils et petit-fils de médecin (et plus tard père de deux médecins), je fus destiné à cette noble carrière et, dans l'automne de 1799, je partis pour la capitale avec mon ami D... Aujourd'hui ce trajet se fait en vingt-quatre heures par le chemin de fer; il nous fallut alors huit jours par les lentes diligences. Comme j'avais acquis à l'École centrale de Saint-Sever de suffisantes notions sur la physique, la chimie, la botanique, la zoologie, la minéralogie, je pus, dès mon arrivée à Paris, me livrer immédiatement aux études médicales.

Je n'ai séjourné à Paris que cinq ans et demi, mais d'une manière continue, c'est-à-dire sans vacances.

Pour mon entretien, mon père ne me donnait pendant les deux premières années qu'une pension annuelle de mille francs, puis douze cents francs les années suivantes ; de temps en temps on m'envoyait quelque supplément. J'avais dressé un tableau synoptique assez original des dépenses indispensables à un étudiant en médecine qui veut faire marcher de front son instruction et sa santé. Je n'avais pas manqué de l'envoyer à mon père, qui inscrivit *néant à la requête*.

Dans mon petit carnet-journal de l'an XIII avec l'épigraphe: « Un peu de tout dans ce petit livre », on peut voir les tiraillements financiers par lesquels je passais entre les échéan ces des mandats paternels, les subsides temporaires que je trouvais auprès de quelques camarades et d'amis haut placés de ma famille, les frais particuliers de ma correspondance scientifique; en définitive, à mon départ de Paris, je ne laissai pas la moindre dette et j'avais acquis un bon nombre d'ouvrages de science.

Mon ami J. D..., de Mont-de-Marsan, dont le père était l'ami du mien et qui avait été mon condisciple à l'École centrale de Saint-Sever, suivait avec moi les divers cours de médecine. Logés ensemble et vivant à frais communs, nous étions, par la régularité de notre passage dans certains quartiers, une horloge vivante.

Pendant deux hivers j'ai disséqué à l'amphithéâtre du docteur Maigrier, qui fournissait des sujets en payant. Cauvière était son prosecteur, le même Cauvière qui devint depuis la notabilité médicale de Marseille et professeur à l'École de médecine de cette ville ; je le revis, ainsi qu'il sera dit plus tard, en 1852.

Je suivais très régulièrement les cours de l'école et ceux de clinique tant chirurgicale que médicale. Je rédigeais la plupart de ces leçons : je conserve le cours de Boyer en quatre volumes et le cours de Hallé (hygiène et physique médicale) en deux volumes reliés.

Les professeurs de l'École de Paris étaient à cette époque :

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 février 1884.

Pinel, clinique médicale.
Corvisart, clinique médicale.
Le Roux, clinique médicale.
Landré-Beauvais, clinique médicale.
Desgenettes, histoire de la médecine.
Duméril, anatomie.
Richerand, physiologie.
Chaussier, physiologie.
Lassus, physiologie.
Hallé, hygiène et physique médicale.
Cabanis, philosophie médicale.
Sabatier, médecine opératoire.
Pelletan, clinique chirurgicale.
Dubois, clinique chirurgicale.
Boyer, clinique chirurgicale.
Deschamps, clinique chirurgicale.
Alibert, matière médicale.
Cullerier, maladies vénériennes.
Richard, botanique.
Fourcroy, chimie.
Deyeux, chimie.

Lallemand, Leclerc, Peyrilhe.
Thouret, directeur.

Le règne de Bichat jetait tout son éclat dans les premières années de mon séjour à Paris; mais hélas ! ce règne fut celui d'un météore lumineux dont la trace toutefois s'est perpétuée. Je ne tardai pas à assister comme tant d'étudiants aux obsèques de cette célébrité médicale, qui descendit dans la tombe à trente et un ans (1802). Bichat, dans cette courte apparition, avait fondé une école qui enthousiasmait, qui électrisait, toute la jeunesse studieuse; c'est là un des privilèges du véritable génie. Il était le Boerhaave de nos jours. Son livre *Sur la vie et sur la mort* avait produit une vive et profonde sensation ; ce fut le trait précurseur d'une lumière progressive. L'*Anatomie générale*, de Bichat, son plus beau titre à la gloire, fut le premier jet de cette lumière. Cet ouvrage hors ligne fourmillait d'idées neuves et grandioses accueillies avec une surprenante avidité et devint la source de nombreuses réputations médicales, parmi lesquelles je citerai Broussais, Laennec, Roux, Blaud, Bayle, Bréchet, Marjolin, Dubuisson.

Les cours particuliers de Bichat sur l'anatomie, la physiologie, la matière médicale où toutes ses idées jaillissaient généreusement et sans réserve, préparaient une révolution immense en médecine; malheureusement, il ne put pas la diriger. La plupart des professeurs de l'École de médecine en conçurent de l'ombrage et, disons le mot, en devinrent jaloux. Je dois dire cependant que j'ai souvent entendu l'un de ces professeurs proclamer hautement la valeur scientifique de Bichat et lui prédire un brillant avenir : c'était Hallé, et il était bon appréciateur. Mon ami Blaud, dont la thèse sur les tempéraments, d'après la doctrine de Bichat, fut refusée par un jury de l'École, ne voulut pas la modifier et fut obligé de choisir un autre sujet.

Ma passion pour l'étude des sciences naturelles, particulièrement de la botanique et de l'entomologie, devint mon palladium contre tant d'autres passions qui assiégeaient les jeunes gens de mon âge. Je lui consacrais tous les loisirs que me laissait l'étude de la médecine; ce goût m'a préservé de beaucoup d'écueils; je ne connus jamais la lèpre de l'oisiveté et de l'ennui.

Parmi les nombreuses excursions, que j'ai faites aux environs de Paris avec des camarades des hôpitaux, je transcris de mon petit carnet-journal une course à Fontainebleau, le 24 thermidor an XIII, avec D..., de Tarbes.

Les naturalistes de Paris parlent de Fontainebleau comme nous parlons, dans nos Pyrénées, du riche coteau de l'*Hiéris*, des belles cascades de *Tremesaigues;* ils regardent ce lieu comme le boudoir le plus chéri de Flore, comme un magasin inépuisable de richesses entomologiques ; il était donc bien essentiel pour moi de connaître cette localité si vantée. Nous partîmes de Paris à six heures du matin, munis de tout l'attirail nécessaire à un naturaliste qui a de grands projets de récolte.

Je m'étais pourvu des objets suivants : 1° une grande boîte en fer-blanc, placée en sautoir sur mes épaules et destinée à contenir soit des plantes, soit des *vipères aspics* que je me proposais de rapporter vivantes; 2° plusieurs boîtes en carton doublées de liège pour y piquer des insectes; 3° un filet ou canevas pour prendre ces derniers; 4° un marteau de fer pour écorcer les rochers *lichénifères;* 5° une pelote garnie d'épingles de toutes les grandeurs; 6° plusieurs petits flacons remplis d'esprit-de-vin, afin d'y mettre les araignées et les autres insectes morts; 7° un crayon et un portefeuille pour noter mes observations; 8° un second portefeuille plus grand destiné à renfermer les cryptogames ou les petits objets qui se seraient abîmés dans la grande boîte de fer-blanc (outre cela, D... portait un portefeuille in-folio pour les grandes plantes); 9° un bâton terminé par une vis pour l'emploi du filet; 10° un couteau et enfin 38 livres. Notre allure était tout à fait bizarre.

Le ciel était sans nuages et tout semblait présager une superbe journée. Après avoir déjeuné frugalement au port Saint-Bernard, nous nous embarquâmes dans la *galiote* jusqu'à Corbeil moyennant 28 sols de port chacun. Une *galiote* ou un *coche* est une sorte de chambre flottante très commode pour voyager quand il fait beau temps : c'est un grand bateau divisé en deux parties dont l'une, à découvert, se nomme le *tillac*, et l'autre, située au-dessous de celle-ci, est un appartement percé latéralement de lucarnes pour le renouvellement de l'air; il y a des chambres particulières et une cuisine. Cette manière de voyager étant très économique, le coche est peuplé de gens de toutes les façons : les bourguignons et les nourrices y abondent surtout. On y respire un air infect, quoique le bateau soit au milieu d'une atmosphère constamment renouvelée et agitée; il me semble que l'on peut attribuer cette stagnation de l'air intérieur à la disposition latérale des lucarnes. L'air extérieur, pressé dans le sens de la longueur du bateau et par conséquent dans une direction diamétralement opposée à celle des lucarnes, forme sur les côtés une sorte de couche plus dense qui ne se laisse pas pénétrer par l'air intérieur. Le coche était tiré contre le courant de la rivière par treize chevaux placés sur la rive gauche et attelés à un train de cordages qui se réunissent tous à un gros câble fixé au sommet du mât; pour passer sous le pont du Jardin des Plantes on est obligé d'abaisser le mât, l'action des rames remplace la traction des chevaux. Ce pont était en construction et nous pûmes observer les diverses manœuvres de cette construction : ici une trentaine d'ouvriers rangés circulairement et attentifs au commandement de *Marche !* pour lever le martinet afin d'enfoncer les pilotis ; là, d'autres ouvriers qui escaladent la roue d'une grue pour soulever de grosses pierres, d'autres qui, au moyen d'un levier angulaire nommé *burin* qu'ils lèvent et baissent alternativement, creusent des trous dans la pierre. Partout on entend un tintamarre des plus singuliers produit par les coups redoublés que l'on frappe sur le fer, sur le bois, sur la pierre. Cette scène pleine d'activité rappelle à mon esprit la description que Fénelon fait de la ville de Salente dans son *Télémaque*.

Après avoir dépassé le pont, on voit, sur la droite, non loin de la rivière, un édifice enfumé : c'est la *verrerie*. A gauche et un peu plus loin, est un fort joli château situé au milieu de superbes allées de marronniers à deux portées de fusil de la Seine, on appelle ce lieu Bercy : c'était autrefois la maison de plaisance de l'évêque de Conflans. Après Bercy, on aperçoit encore à gauche *Carrières*, village dont les maisons placées comme en amphithéâtre font un bel effet. Enfin on arrive vis-à-vis le port de Charenton et auparavant on voit ce que l'on appelle les *Iles de la Seine* près de l'embouchure de la Marne, dans cette dernière; ces îles, peuplées de saules, sont riches pour les botanistes et me rappellent des excursions intéressantes : c'est là que se trouvent abondamment l'*Erysimum cheiranthoides*, le *Sysymbrium supinum*, le *Senecio palustris* et, dans les mares voisines, le *Menyanthes nymphoides*, l'honneur de la flore parisienne.

A l'endroit de la jonction de la Marne avec la Seine, celle-ci forme un coude et n'offre, depuis la verrerie jusque-là, ni maison ni village sur sa rive gauche; mais bientôt on aperçoit un groupe de maisons connu sous le nom de *Port-à-l'Anglais* distant d'une demi-lieue de Charenton; les maisons de ce village sont disposées en amphithéâtre. Un quart de lieue après le Port-à-l'Anglais, on voit au loin sur la droite un village à clocher très acuminé : c'est Vitry, situé au bas d'un coteau qui paraît très riche. De l'autre côté de la rivière est un village dont le clocher forme un cône pointu, c'est *Maisons;* vient ensuite, sur la droite, Choisy, et enfin

sur la gauche, Villeneuve-Saint-Georges, lieu charmant paré de la plus belle verdure; on y remarque le ruisseau d'Yerres qui se jette dans la Seine.

Depuis midi, le temps s'est couvert de plus en plus : à quatre heures, nous abordâmes à Corbeil où nous restâmes jusqu'à six, soit pour faire un léger repas avec de la soupe à l'oignon et d'excellents œufs frais, soit pour laisser tomber la pluie, ce qui nous mit d'assez mauvaise humeur ; enfin, nous profitâmes d'une éclaircie et, quoique le temps fût bien incertain, nous nous mîmes en marche dans l'intention d'aller coucher à *Ponthiéry*, distant de trois lieues, ou à *Chailly*, distant de cinq lieues. La cessation de la pluie nous permit de continuer la route jusqu'à ce dernier village où nous arrivâmes vers neuf heures ; nous allions d'un très bon pas et sans éprouver de fatigue parce que la conversation roula toujours sur un sujet qui nous plaisait fort, les richesses botaniques de nos Pyrénées.

Après un souper frugal chez une brave femme, nous causâmes avec les gens de la maison pour prendre des informations sur les endroits de la forêt de Fontainebleau que nous voulions parcourir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er mars 1884, M. le docteur Ayme, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Lelandais, maire de Régneville (Manche), est nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 février 1884, les récompenses suivantes ont été décernées aux docteurs en médecine et pharmaciens dont les noms suivent, qui se sont signalés par leur participation active aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1881.

Médaille d'or. — M. le docteur Nivet (Puy-de-Dôme).

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Lande (Gironde); Dubreuilh (Gironde), Thonion (Haute-Savoie), Fouquet (Morbihan), Jablonski (Vienne), et Dhuicque, pharmacien (Oise).

Médaille de bronze. — M. Grandin, pharmacien (Indre-et-Loire).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chateau, ancien chef de clinique du professeur Rostan, et médecin consultant à la Bourboule.

— La Faculté de médecine de Paris vient de publier les conditions d'admission au concours pour les prix à décerner pour la présente année scolaire avec la liste desdits prix :

Prix Corvisart. — Tous les élèves de la Faculté sont appelés à concourir aux prix d'encouragement fondés par M. le professeur Corvisart. Les élèves qui désireront concourir pour ces prix devront, au commencement de chaque année, se faire inscrire à cet effet dans l'une des cliniques internes. Le professeur désignera un ou plusieurs numéros de lits et l'élève devra recueillir les observations de tous les malades qui y sont successivement admis. Une question de médecine pratique sera, au commencement de chaque année, proposée par les professeurs aux élèves des cliniques internes ; les élèves devront en chercher la solution exclusivement dans des faits qui se passeront sous leurs yeux dans les salles de la clinique. Avant le 1er juillet de chaque année, chacun des concurrents remettra au secrétaire de la Faculté : 1° les observations recueillies aux numéros des lits qui lui ont été désignés; 2° la réponse à la question proposée. Un jury dont les professeurs de clinique feront nécessairement partie, sera chargé de présenter un rapport sur ces travaux et de soumettre à la sanction de la Faculté les noms des concurrents qu'il jugera dignes d'obtenir des médailles. Le résultat du concours sera immédiatement transmis au ministre de l'instruction publique. Les prix consisteront en médailles de vermeil accompagnées d'une somme réglée comme il suit : lorsqu'il y aura un seul lauréat, l'étudiant recevra une médaille de vermeil et une somme de 400 francs. Lorsqu'il y aura deux lauréats, chacun des étudiants recevra une médaille de vermeil et une somme de 200 francs. La question proposée est : *De l'ictère.* Les mémoires seront reçus au secrétariat jusqu'au 30 novembre 1884.

Prix Montyon. — Le prix Montyon, qui consiste en une somme de 700 francs payables en espèces, est accordé à l'auteur du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, sur les caractères et les symptômes de ces maladies et sur les moyens de les guérir. Ce prix peut être partagé entre deux candidats. Les mémoires des candidats doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet, sans désignation du nom de l'auteur, mais avec une épigraphe pour le faire connaître.

Prix Barbier. — D'après les dispositions de M. le baron Barbier, la Faculté de médecine décerne, tous les ans, un prix de 2,000 francs à la personne qui a inventé une opération, des instruments, des bandages, des appareils et autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment. Les travaux et les objets présentés doivent être déposés au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet.

Prix Châteauvillard. — Ce prix, dû aux libéralités de Mme la comtesse de Châteauvillard, née Sabatier, et de la valeur de 2,000 francs, est décerné chaque année, par la Faculté de médecine de Paris, au meilleur travail sur les sciences médicales, imprimé du 1er janvier au 31 décembre de l'année précédente. Les ouvrages destinés à ce concours doivent être écrits en français (les thèses et dissertations inaugurales sont admises au concours). Ils sont reçus au secrétariat de la Faculté, du 1er au 31 janvier de l'année qui suit leur publication.

Legs du baron de Trémont. — M. Joseph-Girod de Viennez, baron de Trémont, ancien préfet, a légué à la Faculté de médecine de Paris, par un testament en date du 5 mai 1847, une somme annuelle de 1,000 francs en faveur d'un étudiant distingué et sans fortune. Par décret du 8 septembre 1858, M. le doyen a été autorisé à accepter ce legs au nom de la Faculté. Les candidats doivent se faire inscrire avant le 1er juillet de chaque année au secrétariat de la Faculté. Ils devront produire : 1° une demande ; 2° toutes les pièces de nature à faire connaître leur situation de fortune et celle de leur famille.

Prix Lacaze. — Aux termes du testament de M. le docteur Lacaze, un prix d'une valeur de 10,000 francs est accordé, tous les deux ans, au meilleur ouvrage sur la phtisie et sur la fièvre typhoïde, et ainsi de suite alternativement et à perpétuité. Les mémoires des concurrents doivent être remis au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet. En 1884, il y aura lieu de décerner le prix biennal (1881-1882) sur la fièvre typhoïde et le prix biennal (1883-1884) sur la phtisie.

Legs Barkow. — Mme de Barkow, née Guibert, par un testament en date du 2 juillet 1828, a fait à l'Université un legs universel pour être employé à aider des jeunes gens à faire de bonnes études et à s'ouvrir par ce moyen une carrière honorable. Le revenu annuel est de 3,000 francs; il est affecté à l'entretien de bourses dans les établissements d'enseignement supérieur à Paris. Pour participer à ce legs, les candidats devront en faire la demande avant le 1er juillet. Cette demande doit être accompagnée de toutes les pièces de nature à éclaircir la Faculté sur leur situation de fortune et de celle de leur famille.

Thèses récompensées. — La Faculté, après avoir examiné les thèses soutenues devant elle dans le courant de l'année scolaire, désigne à M. le ministre celles qui paraissent dignes d'une récompense (médaille d'argent, médaille de bronze, mention honorable). Sont admises au concours les thèses ayant obtenu les notes *extrêmement satisfait* et *très satisfait.*

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Raynal, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1884.

M. Richez (Pierre-Joseph), docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique ophtalmologique, en remplacement de M. Legroux, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Une session extraordinaire pour le baccalauréat ès sciences complet et restreint s'ouvrira à la Sorbonne le 22 avril prochain.

Sont admis à s'inscrire pour cette session, entre autres élèves, les étudiants en médecine en cours régulier d'études avant le 1er *novembre* 1879 et qui justifient du diplôme de bachelier ès lettres.

— *Faculté des sciences de Clermont.* — M. Robinet, préparateur de physique, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Purrey, des fonctions de préparateur d'histoire naturelle à ladite Faculté.

— *Hôtel-Dieu d'Amiens.* — Le concours de l'externat du 11 février 1884 s'est terminé par la nomination de MM. Fiquet, Ransquens et Scherbacheff.

— Dans sa séance générale, tenue le 17 février dernier, à la Sorbonne, la Société protectrice de l'enfance de Paris a décerné son prix annuel de 500 francs à M. le docteur Legendre de Saint-Léger-sous-Beuvray (Saône-et-Loire), déjà couronné en 1881 et en 1882.

La question mise au concours pour 1883 était la suivante :

Exposer, en se fondant sur des observations personnelles et en indiquant les localités, quelle a été l'influence de la loi Roussel sur l'industrie nourricière.

— Le troisième congrès de médecine interne de Berlin aura lieu du 21 au 24 avril, sous la présidence du professeur Ch. Frerichs.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

— A vendre, très bel AMPHITHÉATRE semi-circulaire, entièrement neuf avec plate-forme, pouvant contenir 200 auditeurs. — S'adresser rue Chanoinesse, n° 12, près Notre-Dame.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15857.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	6 mois : **18 fr.**	1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Lymphome dur. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Considérations générales sur les fièvres éruptives. — Expériences sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui altèrent l'hémoglobine et particulièrement sur celles qui la transforment en méthémoglobine. — THÉRAPEUTIQUE. Du peptonate de fer pepsique et diastasé. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion relative à la loi sur les aliénés n'est pas encore terminée. M. Ball est intervenu dans la séance d'hier, non pour discuter les termes du rapport, ni pour contredire aux opinions de ses collègues, mais pour appuyer, au contraire, de son autorité de professeur, l'une des propositions contenues dans le rapport de M. Blanche : celle qui concerne la nomination du personnel médical du service des aliénés par la voie du concours. « Le rétablissement du concours pour la nomination des médecins et des internes des asiles d'aliénés est déjà un fait accompli dans le département de la Seine, dit M. le rapporteur ; nous ne saurions trop nous en féliciter et nous demandons que cette mesure devienne une prescription légale, appliquée à tous les asiles départementaux. » M. Ball a appuyé cette proposition par d'excellentes et très justes considérations sur la nécessité d'élever et d'assurer à la fois la situation des médecins des asiles, d'en faciliter le recrutement et d'étendre les connaissances en aliénation mentale bien au delà du cercle beaucoup trop étroit dans lequel elles sont aujourd'hui confinées. Nous ne pouvons qu'exprimer le vœu que ces observations soient prises en considération par les pouvoirs publics, qui, d'après ce qu'en a dit M. Ball, paraîtraient disposés à les accueillir favorablement.

M. le docteur Charpentier a donné lecture d'un travail sur l'emploi du sulfate de cuivre en obstétrique, dont on trouvera les conclusions au compte-rendu.

L'Académie s'est formée en comité secret à quatre heures pour entendre la lecture du rapport de M. Ball, au nom de la section de pathologie médicale, sur les candidats à la place vacante dans cette section. Si nos renseignements sont exacts, les candidats seraient classés dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Bouchard; en deuxième ligne, M. Siredey; en troisième, M. Damaschino; en quatrième, M. Cadet de Gassicourt, et en cinquième, M. Sanné.

L'élection aura lieu mardi prochain.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.

Lymphome dur.

L'affection que je veux étudier aujourd'hui avec vous est d'un diagnostic généralement très difficile, d'un pronostic pénible, d'une thérapeutique embarrassante.

Le malade est un homme aux apparences vigoureuses, âgé de trente à quarante ans, qui présente depuis cinq ou six mois un certain gonflement de la région cervicale gauche. Ce gonflement a débuté au-dessous du lobule de l'oreille par une petite masse qui peu à peu a augmenté de volume et est aujourd'hui grosse comme les deux poings réunis. Elle est située au-dessous de l'angle de la mâchoire et, en arrière, remonte jusqu'au lobule de l'oreille et dépasse le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. En bas elle s'avance près de la clavicule, efface le creux sous-claviculaire et empiète, en avant, sur la région sous-hyoïdienne droite. La peau qui la recouvre n'est pas altérée ; elle présente seulement une vascularisation plus grande et, par suite, elle est un peu plus rouge, elle semble adhérer légèrement à la tumeur, adhérence plus apparente que réelle, car elle ne fait pas corps avec elle. Le tissu cellulaire sous-cutané seul est adhérent. C'est là un phénomène très important et distinctif des tumeurs où la peau se trouve, pour ainsi dire, englobée avec elles.

Ici la tumeur est bosselée et présente plusieurs sillons transversaux et verticaux ; ces bosselures sont surtout bien nettes par un palper profond ; elles offrent une dureté cartilagineuse sans le moindre point de ramollissement. Elle n'est point adhérente au squelette. Le cartilage thyroïde est déjeté à droite, ainsi que le larynx et la trachée ; quant à la carotide, elle est si bien masquée par la tuméfaction qu'il est impossible de la sentir. La trachée a conservé sa mobilité normale, l'œsophage n'est point gêné dans ses fonctions et la déglutition des aliments solides est très facile. En somme, notre malade éprouve seulement de la gêne dans les mouvements du cou ; mais aucune douleur locale ou irradiée. Ceci est important à savoir, car il indique que les nerfs ne sont pas englobés dans la tumeur, ni comprimés par elle, mais seulement refoulés. Par contre, le muscle sterno-mastoïdien a été tellement repoussé et aplati qu'on ne le sent plus que dans sa partie inférieure. La face ne présente rien de particulier.

Dans la région sus-claviculaire gauche on trouve d'autres petites tumeurs, nombreuses, très mobiles, ganglions variant du volume du pouce à celui du petit doigt. De même

dans le fond de l'aisselle on constate la présence de deux ou trois ganglions.

Enfin dans la région sus-claviculaire du côté opposé, on trouve aussi des ganglions très petits ainsi que dans l'aisselle, mais sans aucun caractère général. Néanmoins le malade ne présente ni affaiblissement ni amaigrissement et le sang ne contient pas de globules blancs en excès.

Il s'agit donc d'une affection locale en voie d'extension dont il nous reste à déterminer maintenant la nature. Tout d'abord, étant donné la région qu'elle occupe et les bosselures qui la caractérisent nous pouvons dire que nous avons affaire à une tumeur ganglionnaire. Mais cela ne suffit pas, car du côté du cou nous pouvons rencontrer trois variétés de tuméfaction : 1° une tumeur inflammatoire, aiguë ou chronique; 2° une tumeur ganglionnaire, secondaire de quelque autre lésion; 3° une tumeur non inflammatoire et nerveuse primitivement dans un ganglion. Les deux premières variétés peuvent être immédiatement éliminées; il est bien évident que nous n'avons pas affaire ici à une adénite aiguë ou chronique, non plus qu'à une lésion secondaire de quelque affection des lèvres, de la langue ou de l'œsophage, lesquels sont parfaitement indemnes. Nous arrivons donc à la troisième classe, c'est-à-dire à une affection ganglionnaire primitive. Mais celle-ci présente quatre sous-variétés qu'il nous faut passer en revue : 1° le ganglion tuberculeux; 2° le ganglion simplement hypertrophié; 3° le ganglion atteint de lymphadénome hypertrophié; 3° le ganglion cancéreux ou lymphosarcome.

Il ne s'agit pas ici de tuberculose ganglionnaire, d'abord parce que notre malade en a dépassé l'âge, cette affection se développant chez les enfants ou les jeunes gens, ensuite parce que les ganglions tuberculeux n'atteignent que bien rarement le volume actuel de notre tumeur sans que l'on trouve un ou plusieurs points de ramollissement et des phénomènes inflammatoires. L'hypertrophie simple doit être également éliminée parce que les ganglions sont soudés ensemble et forment une seule et même masse, parce que la maladie n'est pas généralisée, qu'il n'y a pas d'adénie véritable, pas de leucocythémie.

Nous arrivons maintenant au lymphome ou lymphadénome. Pendant longtemps cette affection a été confondue avec d'autres lésions. Dans le lymphome, non seulement le ganglion est hypertrophié, mais encore sa structure est très sensiblement modifiée et peut donner lieu, par suite, à des sous-variétés : la première dans laquelle le ganglion est mou, presque fluctuant, et ses petits éléments cellulaires sont augmentés en nombre, de telle sorte que les trabécules sont plus espacés ; de là, l'augmentation de volume du ganglion, de là aussi une vascularisation plus grande et cette apparence de mollesse sans ramollissement véritable. Dans la seconde sous-variété, la tumeur est dure, les trabécules hypertrophiés, augmentés de volume et en plus grand nombre, d'où l'aspect dur et cartilagineux. En résumé, donc, nous avons le lymphome mou et le lymphome dur. Au point de vue clinique, ce sont déjà deux tumeurs susceptibles de devenir malignes et d'entraîner la mort du malade. La tuméfaction commence par un seul ganglion, elle augmente par l'adjonction des ganglions voisins qui viennent se souder à la tumeur primitive : ainsi se fait progressivement l'envahissement de toute une région, et la tumeur acquiert un volume de plus en plus considérable, sans contracter aucune connexion avec la peau ni avec les organes voisins qu'elle se borne à refouler. De plus, on peut rencontrer en même temps des tumeurs secondaires de même nature dans certains organes, tels que le poumon et le foie. Un autre fait important à noter aussi, c'est que lorsqu'on enlève ces tumeurs, on voit le plus souvent une affection secondaire de même nature se développer en un point plus ou moins éloigné, et emporter le malade en peu de temps.

Les lieux d'élection où l'on rencontre le plus souvent le lymphome, sont la région amygdalienne, le creux sus-claviculaire et la région sous-sterno-mastoïdienne, comme chez notre malade. Le lymphome est presque toujours unilatéral, sa marche est lente et ascendante, et il a la plus grande tendance à se propager à distance ; enfin, il entraîne le plus souvent la mort.

Le lymphosarcome est une affection des lymphatiques, affection rare où le ganglion est envahi par le sarcome, lequel perfore, à un moment donné, le ganglion et envahit les organes du voisinage ainsi que la peau. Sa marche est rapide et la mort survient dans les huit, dix ou douze mois qui suivent.

En résumé, la tumeur de notre malade est un lymphome dur. Elle en a tous les caractères : l'évolution lente, l'agglomération des ganglions les uns aux autres, qui conservent néanmoins leur bosselure propre, l'envahissement des ganglions du voisinage (aisselle et creux sus-claviculaire), l'intégrité de la peau, enfin le lieu d'élection.

Le lymphome dur n'entraîne pas fatalement la mort, et si le plus grand nombre des malades succombent, d'où le nom de tumeur maligne, quelques-uns cependant peuvent guérir. Aussi le pronostic est-il généralement difficile à formuler, du moins à une certaine période.

C'est ainsi que chez notre malade nous sommes encore tenus à une certaine réserve. Du reste, chez lui jusqu'à présent la santé est restée bonne, il n'y a pas d'affaiblissement, les organes sont indemnes, la nutrition se fait bien, le sang est normal. En un mot, il est dans de bonnes conditions pour être traité avec quelques chances de succès. Mais nous devons ajouter, d'autre part, ce correctif, que d'autres ganglions (dans l'aisselle notamment) sont en voie d'évolution. L'avenir est donc forcément réservé.

Quel traitement allons-nous lui faire ? Chirurgical ou médical ?

Rien ne serait plus facile que l'ablation complète de la tumeur et la réunion rapide, grâce à la méthode antiseptique, avec drainage pendant trois ou quatre jours seulement. Cependant j'hésite à y procéder par la crainte d'une prompte récidive locale ou éloignée et d'une mort rapide lui succédant, malgré les bonnes apparences du malade, j'hésite à cause des nombreux faits observés tant à l'étranger qu'en France.

Mais il est un autre mode d'intervenir, très vanté depuis un certain nombre d'années et qui a été employé surtout par M. Luton (de Reims) : je veux parler des injections interstitielles faites au centre du ganglion avec l'aiguille de Pravaz. Deux liquides ont été proposés : 1° la teinture d'iode pure du Codex, en commençant par 5 ou 6 gouttes (sous l'influence d'injections de cette nature on a vu quelquefois la rétraction se produire et la guérison survenir par cicatrisation profonde); 2° la liqueur de Fowler, à la dose de 3 à 4 gouttes et jusqu'à 5 et 6 gouttes. Elle détermine parfois une légère réaction, parfois même un peu de suppuration, tandis que dans d'autres cas on a vu le ganglion disparaître en grande partie. Elle agit peut-être autant sur la santé générale que localement.

Ici je ne l'emploierai pas parce que la tumeur est beaucoup trop volumineuse, parce qu'il existe de petits ganglions dans le voisinage, et que par suite la durée du traitement serait beaucoup trop longue et que je ne pourrais atteindre tous les points malades. Il y a quelques mois j'aurais pu y avoir recours, aujourd'hui il est trop tard.

Quant au traitement médical, il a donné, dans certains cas, des succès merveilleux. M. Berger en a ici fait des plus remarquables; moi-même, dans ma pratique, j'en puis compter deux. Du reste, tous les chirurgiens sont d'avis de l'employer avant d'intervenir par une opération. Je ne recommanderai pas l'emploi du phosphore sous la forme d'huile phosphorée à la dose de 7 à 8 gouttes dans une potion : c'est un médicament beaucoup trop infidèle. Mais le médicament héroïque par excellence, c'est l'arsenic, la liqueur de Fowler seule ou associée à la teinture amère de Baumé ou de noix vomique à parties égales. Il faut alors agir à hautes doses progressivement et avec précaution pour éviter toute intoxication, pour éviter aussi la suppuration des ganglions. On commence par 3 ou 4 gouttes de la liqueur de Fowler et l'on peut aller jusqu'à 18 et 20 gouttes dans l'espace de huit jours; s'il s'agit du mélange ci-dessus spécifié, on peut aller jusqu'à 27, 28 et 30 gouttes par jour, administrées *avant le repas*.

Depuis son entrée notre malade a été soumis à cette médication : il l'a très bien tolérée jusqu'à présent, et il en est arrivé à la dose de 18 gouttes par jour.

Il faut aussi laisser des temps de repos dans le traitement; ainsi de temps à autre on laisse des intervalles de sept à huit jours et l'on reprend la médication.

En somme, chez notre malade la tumeur a certainement un peu diminué, — lui-même s'en aperçoit très bien, — les mouvements du cou sont plus faciles, la tumeur paraît un peu plus mobile. Aussi continuerai-je la même thérapeutique pendant un certain temps et ce n'est que devant une amélioration insuffisante que je me déciderais à quelque autre mode d'intervention, sans pouvoir dire, dès maintenant, auquel j'aurais alors recours.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. DESCROIZILLES.

Considérations générales sur les fièvres éruptives.

Avant de me livrer à l'étude approfondie des fièvres éruptives, dont je compte m'occuper spécialement cette année dans mes conférences, il me semble rationnel d'esquisser rapidement leurs caractères généraux et de faire remarquer à quel point il est indispensable de les bien connaître pour tous ceux qui veulent s'occuper de médecine infantile. Leur fréquence est grande dans le jeune âge. Leur physionomie est si nettement tranchée, quand elles ne s'écartent pas de leur forme régulière, qu'il est presque toujours facile alors de les reconnaître dès leur origine; mais, d'un autre côté, cette physionomie, tout en gardant toujours quelques-uns de ses traits essentiels, est souvent altérée par des éléments accessoires qui les rendent méconnaissables pour les praticiens les plus expérimentés. Leur séméiologie, simple et conforme à des types bien définis, dans un certain nombre de cas, est, dans d'autres, au contraire, plus ou moins confuse et dénaturée par des irrégularités de marche ou des incidents pathologiques qui modifient complètement leur évolution logique et leur issue. L'observateur qui se trouve aux prises avec ces maladies, a donc à résoudre un problème quelquefois simple, mais quelquefois aussi fécond en difficultés et en péripéties imprévues. Aussi doit-il soigneusement s'assimiler toutes les notions de détail qui se rattachent à leur histoire, et l'on peut affirmer qu'il n'y a pas, en pathologie ou en clinique infantiles, de chapitre plus important que celui qui les concerne.

Ce sont, comme leur nom l'indique, à la fois des affections pyrétiques et des affections de la peau. Elles appartiennent à la première de ces deux catégories par l'élévation thermométrique et l'accélération du pouls qu'elles déterminent, ainsi que par les autres troubles généraux auxquels elles donnent lieu, et au milieu desquels il est presque toujours possible de découvrir quelque signe local assez particulier pour donner à chacune d'elles un cachet individuel. Elles rentrent aussi dans le domaine de la pathologie cutanée par les modifications remarquables dont le tégument est le siège et qui fournissent au médecin une source fort abondante de renseignements, tantôt, ainsi que je viens de le dire, très précis et très nets dans leur signification, tantôt très obscurs et difficiles à interpréter. Il est bon de se rappeler que, chez certains malades, l'élément fébrile et l'élément éruptif ont, l'un à côté de l'autre, un rôle d'importance égale, que chez d'autres l'un est prépondérant tandis que l'autre est relégué au second plan, qu'enfin la fièvre se manifeste avant l'éruption, mais que presque toujours elle s'éteint avant que les phénomènes qui se rattachent directement à cette éruption aient cessé d'exister. D'ailleurs, les deux groupes de manifestations dont la maladie se compose, se succèdent dans un ordre qui, si l'on ne songe qu'aux cas simples et réguliers, ne varie pour ainsi dire jamais et permet de reconnaître plusieurs phases successives qu'on peut invariablement retrouver.

La première de ces phases est l'incubation. Pendant cette période, le principe morbifique a déjà pris possession de l'économie; il s'y introduit de plus en plus profondément; mais, en général, cette imprégnation progressive ne se traduit pas par des troubles palpables. L'individu, que la contagion a déjà touché, continue à fonctionner régulièrement, ou si l'on peut constater quelques désordres dans le fonctionnement de ses organes, ils sont à peine appréciables et passent nécessairement presque toujours inaperçus. L'incubation a une durée très variable qui peut n'être que de quelques jours, mais elle est quelquefois aussi de trois ou quatre septénaires.

A la phase d'incubation succède celle d'invasion ou de début, qui se révèle au médecin par des troubles fébriles très nettement établis au moment où l'enveloppe cutanée semble être encore intacte. Cet appareil pyrétique est toujours d'une assez grande intensité, dans sa première apparition comme dans son évolution ultérieure; un observateur attentif et expérimenté peut le plus souvent démêler, au milieu des perturbations dont il se compose, quelque fait local et caractéristique qui servira de base à un diagnostic anticipé. La période d'invasion est ordinairement de courte durée, elle se prolonge rarement jusqu'à la fin de la première semaine; elle fait place habituellement à la période suivante, vers le troisième ou quatrième jour qui fait suite à son apparition, et, chez certains enfants, elle ne comprend que vingt-quatre ou trente-six heures.

Dans la phase suivante, ou phase d'éruption, le processus éruptif vient jouer son rôle dans l'ensemble pathologique à côté de l'élément pyrétique qu'il fait oublier, qu'il paraît

quelquefois éteindre, mais qui, quelquefois aussi, continue à se développer jusqu'au moment où les signes observés à la surface du corps ont atteint leur maximum d'intensité. Les lésions élémentaires de la peau appartiennent tantôt à l'ordre des exanthèmes, tantôt à celui des papules, des vésicules ou des pustules; la coloration rouge, plus ou moins foncée, est celle qui appartient le plus souvent à ces lésions, mais elles présentent aussi d'autres nuances dans certaines conditions; d'ailleurs une même lésion passe souvent par plusieurs teintes successives. En général, elles sont modestes et circonscrites à leur début; mais elles ne tardent pas à prendre, en étendue et en violence, des proportions plus considérables, et il n'est pas rare qu'elles arrivent à recouvrir toute la surface de la peau. Leur évolution est parfois très rapide; elles ne disparaissent d'habitude qu'au bout de plusieurs jours, en pâlissant ou en s'effaçant d'abord sur les points qui ont été envahis les premiers. La durée de cette période d'éruption n'est, dans la grande majorité des cas, que de quatre ou cinq journées. Il est rare qu'elle comprenne un septénaire entier.

A la période d'éruption succède un dernier stade de la maladie qu'on peut appeler, suivant l'espèce morbide que l'on étudie, stade de déclin, de disparition, de desquamation, de dessiccation ou de décrustation. Lorsque la poussée hyperémique et la turgescence, qui accompagnent d'abord l'éruption, se sont éteintes, les couches superficielles de la peau au sein desquelles se sont accomplis les actes intimes du processus éruptif, sont frappées de déchéance et de désorganisation. Le changement de coloration qu'elles ont subi, s'est effacé, mais elles sont profondément modifiées dans leur consistance et leur couleur primitives, et doivent nécessairement se séparer du reste de l'économie sous forme de poussières, de croûtes, de squames ou de larges lambeaux, en quelque sorte momifiés. Ce travail, pendant lequel, si l'affection est restée régulière, tous les symptômes de fièvre ont cessé d'exister, est souvent extrêmement lent, et la durée de cette dernière période peut égaler ou même dépasser un mois.

De nombreuses anomalies peuvent modifier les fièvres éruptives dans l'enchaînement rationnel de leurs différents stades, soit en agissant sur leur étendue ou leur importance relative, soit en donnant, par l'exagération ou l'atténuation d'un symptôme isolé ou d'un groupe de symptômes, des allures insolites à la maladie qui ne ressemble plus que très imparfaitement à son type idéal. On décrit sous le nom de fièvres éruptives frustes celles dont l'éruption est éphémère ou incomplètement dessinée et l'on admet même que, dans certains cas, la poussée éruptive peut faire complètement défaut. Il est démontré d'autre part que deux espèces peuvent se réunir sur le même organisme, et donner lieu à des ensembles mixtes, dans lesquels deux séries de phénomènes se combinent de façon à produire des variétés hybrides. N'oublions pas qu'il faut tenir sérieusement compte des complications, phlegmasiques ou de toute autre nature, qui peuvent survenir dans le cours de toute fièvre éruptive, quelque simple qu'elle soit à sa phase initiale. Ces complications sont souvent fort redoutables; et il n'est pas rare qu'elles amènent promptement une terminaison funeste.

Autant le diagnostic est facile lorsque la maladie marche régulièrement, autant il devient obscur dans des conditions opposées, qui par malheur se réalisent souvent. Quant à la question du pronostic, je ne saurais trop insister sur la réserve qu'il faut garder en toute circonstance, lorsqu'il s'agit de la résoudre. Les cas les plus simples en apparence, pendant les jours qui suivent leur début, peuvent prendre ultérieurement et très brusquement des allures inquiétantes, et se terminer par la mort. Toutefois des prodromes bénins permettent en général de prédire que la maladie finira bien, mais il ne faut pas formuler des prévisions favorables avec trop d'optimisme.

Je ne puis dire ici que quelques mots de l'étiologie des états pathologiques qui nous occupent; la contagion paraît être à peu près l'unique voie de leur transmission et de leur multiplication. Cette loi est probablement invariable et les quelques cas, dont l'origine est douteuse, et qui semblent être nés de toute pièce, n'ôtent rien à ce qu'elle semble avoir d'absolu. J'ajouterai que, de nos jours, on a tendance à supposer que le principe contagieux de ces affections perd son pouvoir au delà d'une très petite distance de son point de départ : je crois que cette théorie est fort contestable. Les cadavres des enfants qui succombent à la suite d'une fièvre éruptive présentent des congestions viscérales multiples et un état du sang opposé à celui qu'on rencontre dans les phlegmasies. D'autres altérations locales très variables dépendent des complications. Les lésions cutanées, qui résultent de l'éruption, appartiennent presque complètement au domaine de l'histologie; leurs caractères microscopiques sont fort modifiés ou ont complètement disparu au moment où la mort survient.

Il n'existe pas, relativement à ces maladies, de thérapeutique uniforme et bien définie; mais ce serait une grave erreur de n'attribuer aucune importance à leur traitement. Un médecin expérimenté doit surveiller pas à pas la marche des phénomènes éruptifs, favoriser leur apparition, régulariser leur évolution ultérieure, modérer autant que possible les symptômes de gêne ou de douleurs superficielles qu'ils produisent, lorsqu'ils sont très intenses. Il doit s'attendre à chaque instant à voir surgir une complication qui changera profondément l'état observé jusqu'alors, et savoir satisfaire aux indications, presque toujours urgentes, qui résulteront de l'apparition de ces nouveaux troubles. La variété de ces complications est si grande que toute médication peut avoir ainsi sa raison d'être. Les questions d'hygiène seront également ici prises en sérieuse considération. Il faut suivre les principes d'une prudence rigoureuse, lorsqu'il s'agit de décider à quel moment un jeune sujet peut quitter le lit, et surtout effectuer sa première sortie ou être réuni à d'autres enfants, sans danger de contagion pour ces derniers. Beaucoup d'expérience et d'autorité sont aussi nécessaires pour guider les familles dans les détails qui concernent l'aération, les vêtements, l'alimentation du malade. Une fièvre éruptive ne saurait donc être abandonnée à elle-même et j'ajouterai qu'elle exige, plus que toute autre affection de la période infantile, des soins minutieux et continuels.

EXPÉRIENCES

SUR LES SUBSTANCES TOXIQUES OU MÉDICAMENTEUSES QUI ALTÈRENT L'HÉMOGLOBINE, ET PARTICULIÈREMENT SUR CELLES QUI LA TRANSFORMENT EN MÉTHÉMOGLOBINE.

Par M. le professeur Hayem (1).

1° L'hémoglobine, c'est-à-dire la matière albuminoïde rouge qui donne au sang sa couleur caractéristique, conserve sa capacité res-

(1) Note présentée par M. le professeur Richet à l'Académie des sciences dans la séance du 3 mars 1884.

piratoire, c'est-à-dire son pouvoir d'absorption par l'oxygène tant qu'elle n'est pas altérée chimiquement ;

2° De toutes les altérations chimiques que peut subir cette matière colorante, celle qui lui fait perdre le plus complètement sa capacité respiratoire, consiste dans sa transformation en une matière colorante brunâtre qui a été appelée *métahémoglobine* ou *méthémoglobine* et qui, agitée à l'air, n'absorbe pas d'oxygène.

On emploie en thérapeutique depuis assez longtemps des corps tels que le chlorate de potasse, le ferricyanure de potassium, qui ont à un très haut degré le pouvoir de transformer l'hémoglobine en méthémoglobine. Depuis quelques années on utilise de nouveaux médicaments, particulièrement les nitrites, tels que le nitrite d'amyle et le nitrite de sodium, qui ont également cette même propriété.

Comment se fait-il que ces substances puissent être introduites dans le sang, sur le vivant, à doses relativement élevées sans que l'hémoglobine soit altérée; et dans les cas où cette altération se produit sans causer la mort, comment le sang parvient-il à se débarrasser rapidement de la méthémoglobine formée par l'action de ces divers médicaments? Mes expériences répondent à cette importante question.

En effet, bien que l'hémoglobine dissoute ou rendue soluble par la coagulation du sang ait la même capacité respiratoire que l'hémoglobine faisant partie intégrante des globules rouges, il existe une différence essentielle entre ces deux variétés d'hémoglobine, lorsqu'on met celle-ci en présence des médicaments qui ont la propriété de produire de la méthémoglobine.

L'hémoglobine des globules rouges résiste à l'action de corps qui transforment immédiatement l'hémoglobine, dissoute par exemple au ferricyanure de potassium ; et, dans les cas où elle se laisse attaquer, par exemple sous l'influence des vapeurs de nitrite d'amyle, elle a la propriété de se retransformer assez rapidement en hémoglobine qui s'oxygène de nouveau, tandis que l'hémoglobine dissoute, une fois transformée en méthémoglobine, reste dans cet état jusqu'à la putréfaction complète du sang. Le sang possède donc en quelque sorte des moyens de défense contre les médicaments qui tendent à altérer la substance colorante à laquelle il doit sa principale propriété physiologique.

Il est remarquable que ces causes de résistance soient de nature essentiellement physico-chimique. En effet, en opérant sur du sang dont les globules sont morts, on retrouve encore la même différence entre les réactions de l'hémoglobine engagée dans le stroma globulaire et l'hémoglobine mise en liberté.

THÉRAPEUTIQUE

Du peptonate de fer pepsique et diastasé.

Par M. le docteur P. Desmarets.

Dans notre pratique journalière et courante, nous ne saurions jamais trop nous bien pénétrer de ce fait que l'assimilation d'un élément de nutrition de nature organique ou minérale est tributaire, en fin de compte, des lois de l'organisme vivant : que cet élément, avant de devenir *histologique, organe vivant,* doit subir une longue série d'élaborations qu'il nous importe de ménager et favoriser avec soin dans tous ses termes. Cette dernière obligation, toujours nécessaire en principe, nous paraît devoir s'imposer de la façon la plus impérieuse, quand nous nous trouvons en présence de ces cas pathologiques qui réclament une médication martiale, car alors elle vise des organismes déprimés plus ou moins délabrés.

Certes, il y a longtemps que la chimie pathologique nous a appris que c'est à la diminution des globules et de l'hématine, élément ferrugineux qui en fait partie intégrante, que remontent en dernière analyse les phénomènes de la chlorose et de l'anémie essentielle; longtemps aussi que la thérapeutique a solennellement confirmé ces données de l'analyse chimique et microscopique. Oui, le fer nourrit le sang, l'épaissit, lui donne une belle couleur vermeille, augmente sa capacité respiratoire; mais, chose non moins vraie, c'est que, pour obtenir ces résultats, il ne suffit pas, bien entendu, que le fer soit présenté aux orifices de l'absorption ni même versé dans le torrent circulatoire, il faut encore qu'il y soit accepté, oxydé, élaboré pour ses combinaisons nouvelles avec l'élément globulaire. De là, pour nous, répétons-le, l'obligation étroite de tenir compte, dans le traitement des anémies par aglobulie, de la diminution d'énergie des grandes fonctions et la nécessité de provoquer une stimulation appropriée. Nous ne saurions perdre de vue cette notion première sans nous exposer à des mécomptes et à des déceptions de toute nature.

Les deux observations que nous relatons ci-dessous contribueront à faire mieux saisir l'importance de ces principes généraux.

Obs. I. — Louise C..., dix-sept ans, couturière, nous est amenée le 8 septembre dernier.

Cette malade offre tous les attributs de la chlorose et de ses troubles concomitants; elle en a le teint couleur vieille cire avec légère bouffissure; palpitations, essoufflements, étourdissements. Forces musculaires très diminuées.

Appétit nul ou capricieux, crampes d'estomac, digestions pénibles.

Le soir, léger gonflement des malléoles.

Bruit de souffle à la base du cœur et au premier temps; bruit de souffle continu avec redoublement dans les vaisseaux du cou.

Cette jeune fille, qui fait remonter sa maladie à sept ou huit mois, a vu ses règles disparaître depuis cinq mois.

Lorsque nous la voyons, elle prend, depuis trois mois environ, sans bénéfices appréciables, avec assez peu de continuité, il est vrai, des pilules de fer et rhubarbe.

Nous faisons cesser l'usage des pilules; la malade couchera au premier étage, dans une chambre plus saine que la sienne, ensoleillée. Pendant les huit premiers jours, et pour toute médication, 100 grammes de viande crue hachée, en plusieurs fois; pour boisson, de l'eau légèrement alcoolisée avec une liqueur aromatique; lotions fraîches sur tout le corps.

Le 15. — Matin et soir, immédiatement avant un potage, une cuillerée à soupe d'élixir cordial au peptonate de fer, à la pepsine et à la diastase (*élixir Hampton*).

Le 22. — L'appétit est meilleur; les digestions se font bien.

Le 29. — Plus d'étourdissements ni de palpitations; les forces reviennent, la pâleur des joues a déjà fait place à une légère teinte rosée; bruit de souffle des vaisseaux du cou à peine perceptible.

Cette malade, que nous ne revoyons que quelques semaines plus tard, est tout à fait bien; les règles viennent de reparaître. Sur notre conseil, elle continuera l'usage de l'élixir pendant plusieurs mois, avec intermittences indiquées.

Nous avons eu la curiosité de faire l'examen du sang chez cette malade. Au commencement du traitement ferrugineux, nous avons constaté, nous servant des méthodes chromométriques de M. Malassez :

Nombre de globules. . . .	2,680,000
Richesse en hémoglobine. .	0^{m},056 par mm. c.

Trois semaines après :

Nombre de globules. . . .	3,820,000
Richesse en hémoglobine. .	0^{m},069 par mm. c.

Obs. II. — Mme B..., vingt-sept ans, vient à notre consultation le 18 août dernier. D'un tempérament lymphatique, cette dame est affligée d'une leucorrhée abondante qui en a fait une chloro-anémique; essoufflements, palpitations, douleurs musculaires, faiblesse excessive. La malade, qui se traîne péniblement, est profondément découragée et d'une tristesse insurmontable.

L'examen ne révèle rien de particulier qu'un léger engorgement du col et les différences de couleur et d'aspect de la muqueuse vaginale dues à la leucorrhée.

Injections d'eau de son et d'eau de goudron alternées. Régime fortifiant.

Le 28. — L'état est sensiblement le même avec appétit presque nul. Nous prescrivons une cuillerée d'*élixir Hampton* deux fois par jour. Réclamations de la malade : le fer la gonfle, lui donne des tiraillements, etc. Sur notre insistance et l'assurance que nous lui en donnons que cette fois rien de pareil ne se produira, elle finit par nous promettre de se conformer à notre prescription.

Le 15 septembre. — Le mieux est remarquable, l'appétit tout à fait revenu, le moral complètement remonté. Non seulement l'élixir a été admirablement toléré, mais c'est à lui seul qu'on fait remonter tous les bénéfices de ce retour à la santé.

De ce moment le mieux a toujours été en s'affirmant. Mme B... qui, offrant toutes les apparences d'une santé parfaite, ne se plaignait plus que de quelques traces de leucorrhée, a, sur notre indication, fait usage d'injections de feuilles de myrte, et est allée passer le reste de la saison sur une plage normande.

Aujourd'hui cette dame est entièrement rétablie.

Dans ces deux cas, nous voyons le fer administré en premier lieu, sans préparation préalable, sans adjonction de stimulants appropriés, trouver des estomacs réfractaires qu'il moleste encore jusqu'à l'intolérance absolue, à tel point que dans l'observation I, un de nos confrères, d'abord consulté, avait cru, en présence des résultats négatifs du fer, à un rétrécissement aortique et à une insuffisance mitrale. L'observation II, qui vient corroborer les mêmes faits, nous rappelle de plus combien il est urgent, dans les affections de l'utérus et de ses annexes et concurremment au traitement local, de modifier profondément, à l'aide d'un traitement approprié, le terrain sur lequel a germé la lésion.

(*Union médicale.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 mars 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de la guerre adresse un exemplaire du tome II des *Archives de médecine et de pharmacie militaires.*

M. le docteur Eustache (de Lille) adresse un mémoire imprimé intitulé : *Étude sur les lochies dans l'état normal et les états pathologiques.*

M. le docteur Haro envoie une note sur un nouveau genre d'inhalation.

M. Léon Perier adresse une note accompagnant l'envoi d'un nouvel uromètre.

M. le secrétaire perpétuel présente de la part de M. Rivière un travail, extrait de la *Revue scientifique*, intitulé : *Exposition du « Travailleur » et du « Talisman ».*

LECTURE

Du sulfate de cuivre en obstétrique. — M. CHARPENTIER lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° Le sulfate de cuivre employé en solution au centième est un antiseptique de premier ordre et qui peut rendre en obstétrique des services signalés;

2° Absolument inoffensif pour les malades, d'un prix très modéré, d'un maniement facile, il joint aux avantages d'être un antiseptique très puissant ceux d'être un désinfectant pour ainsi dire instantané;

3° Qu'il soit employé sous forme d'injection intra-vaginale ou d'injection intra-utérine, son innocuité est absolue;

4° Le sulfate de cuivre jouit de propriétés astringentes et coagulantes telles qu'il pourrait être substitué, comme hémostatique, au perchlorure de fer, sur lequel il a la supériorité de ne pas salir les plaies;

5° La solution à employer doit être la solution au centième chauffée à une température de 36 à 38 degrés;

6° L'usage de la solution peut être continué pendant les huit ou dix premiers jours, à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls, c'est-à-dire une amélioration rapide et incontestable;

7° Les chirurgiens ont tout intérêt à essayer cet antiseptique qui, dans un certain nombre de circonstances, et en particulier dans les cas de thrombus volumineux de la vulve, nous a permis d'obtenir la guérison et la réparation du foyer sans une goutte de pus. Dans un cas d'abcès fétide de la cloison urétro-vaginale, il a supprimé tout à la fois, du jour au lendemain, la fétidité et les symptômes généraux résultant de l'infection putride, alors que les solutions phéniquées avaient échoué.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE RÉGIME DES ALIÉNÉS

M. BALL fait une communication ayant pour but de démontrer la nécessité de réformes dont l'esprit général peut se résumer en ces termes :

L'institution du concours à tous les degrés est le complément nécessaire d'une bonne organisation de l'enseignement de la pathologie mentale.

Des renseignements dignes de foi, dit M. Ball, me permettent d'ajouter que la commission sénatoriale favorise déjà des projets qui donneront satisfaction, dans une certaine mesure, aux idées que je viens défendre devant vous.

Le vent enfle donc nos voiles et tout vous convie à donner la sanction de votre autorité aux mesures libérales qui sont assurées d'avance de l'approbation publique.

L'Académie se forme en comité secret à quatre heures et demie, pour entendre le rapport sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 février 1884, M. Cornu (Maxime), docteur ès sciences, aide-naturaliste au Muséum, a été nommé professeur titulaire de la chaire de culture de cet établissement, en remplacement de M. Decaisne, décédé.

— Les candidats inscrits pour le concours qui doit s'ouvrir le jeudi 20 mars 1884 pour deux places de chirurgien du Bureau central sont au nombre de dix-neuf.

Ce sont MM. les docteurs : Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Le Bec, Marchand, Nélaton, Nepveu, Petit-Vendol, Picqué, Prengrueber, Ramonède, Remy et Routier.

Le jury, tiré au sort, se compose, sauf modification, de MM. Péan, Terrillon, Polaillon, de Saint-Germain, Trélat, Lannelongue et Sevestre.

— Un concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires des hôpitaux de Paris pour le prix biennal de 1,000 francs fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'auteur du travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique avant le 15 août 1884, au plus tard. — Pour les renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'Administration.

— Le concours des prix pour l'internat en pharmacie vient de se terminer par les résultats suivants :

Première division. — Élèves de troisième et quatrième année. — Prix : médaille d'or, M. Sonnié-Moret (Louis-Abel-Alexandre), interne de quatrième année à l'hôpital des Enfants-Malades.

Accessit : médaille d'argent, M. Béhal (Auguste), interne de troisième année à l'hôpital de la Pitié.

Première mention honorable : M. Meillère (Jean-Pierre), interne de troisième année à l'hôpital Trousseau.

Deuxième mention honorable : M. Causse (Henri-Eugène), interne de troisième année à l'hôpital du Midi.

Deuxième division. — Élèves de première et de troisième année.

— Prix : médaille d'argent, M. Gosselin (Jean-Victor), interne de deuxième année à l'Hôtel-Dieu.

Accessit (livres) : M. Baudran (Clément-Désiré), interne de première année à l'Hôtel-Dieu.

Première mention honorable : M. Carette (Honoré-Denis), interne de première année à l'hôpital Saint-Antoine.

Deuxième mention honorable : M. Gérard (Lucien-Alexandre), interne de deuxième année à l'hôpital Trousseau.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Manec, ancien chirurgien de la Charité, décédé dans sa quatre vingt-cinquième année.

— M. Bureau, professeur de botanique au Muséum, fera sa prochaine herborisation publique le dimanche 9 mars 1884, dans les bois de la Grange.

Rendez-vous à Brunoy, à l'arrivée du train partant de Paris (gare de Lyon), à midi quinze minutes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15876.

39

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

46

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

65

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies, ménorragies, etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées, les diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.

Phie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

40

Goudron-Verne SOLUBLE permettant de préparer: 1° une **LIQUEUR** qui *seule* contient *tous les principes* du goudron et qui n'est pas une simple teinture ayant l'odeur et la saveur, mais nullement l'action curative de ce médicament. — 2° Des **Pilules dragéifiées** facilement assimilables et parfaitement tolérées, même par les enfants. Elles remplacent avantageusement le *goudron en capsules* qui ne peut pas être ordonné à tous les malades et jamais à hautes doses comme le *goudron soluble*. — Formules publiées par le Jal *de phie et de Chie*, par le *Répertoire de phie*, par l'*Union pharmaceutique*, par le Jal *de phie* d'Anvers, etc. — Paris, Phie, 25 rue Coquillière. Medaille, exposition universelle d'Amsterdam.

81

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacée.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

94

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

134

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

97

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

113

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmies.

96

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par MARIO LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux.**

contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

177

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME.

Vin de Barabeau

PEPTONE ARSÉNIO-PHOSPHATÉE.

10 gr. viande, 1 gr. bi-phosphate de chaux arsénié par cuillerée à bouche.

Reconstituant énergique, entièrement assimilable,

Paris, CARMOUCHE, 19, rue Vieille-du-Temple. — Angoulême, BARABEAU, phen-chimiste, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

19

Institut hydrothérapique

3, rue du Dôme, avenue d'Eylau (28e année). Médecin en chef : E. DUVAL. Sous presse : *De la cure des maladies par l'eau froide;* clinique de 26 années de pratique. Traitt spécial des affections nerveuses et chroniques. — Jardin, gymnase.

7

Pastilles Géraudel

Agissant par inhalation et par absorption contre les **Maladies des voies respiratoires.**

Seules Pastilles de Goudron récompensées par le Jury International de l'Exposition Universelle de 1878. Expérimentées par décision ministérielle, sur l'avis du Conseil de santé. — Pendant la succion de ces pastilles, l'air que l'on respire se charge de vapeurs de goudron, qu'il transporte directement sur le siège du mal. C'est à ce mode d'action tout spécial, en même temps qu'à leur composition, que ces pastilles doivent leur efficacité. — L'étui : **1** fr. **50** dans toutes les pharies.

GÉRAUDEL, ph. à Sainte-Menehould (Marne).

Envoi gratuit sur demande Boîtes d'échantillons à MM. les Médec. qui désireraient les expérimenter.

20

Sirop PHOSPHATE DE CHAUX GÉLATINEUX DE T. Gras

Phtisie, bronchites, épuisements, maladies des enfants.

La plus assimilable des préparations phosphatées.

3 gr. de phosphate gélatineux par cuillerée.

Phie T. GRAS, 9, r. Le Peletier, Paris. Envoi échons.

49

Papier et Cigares Gicquel

contre **asthme, oppression, catarrhe. Emphysème** pulmonaire. — Dans les Phies.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure); expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

7

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

75

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

42

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

41

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte PIERRE Lamouroux

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

42

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 29. — SAMEDI 8 MARS 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 8 MARS 1884. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Le bacille de la tuberculose au point de vue du diagnostic. — Suralimentation dans divers états de cachexie. — Doses et mode d'emploi du cyanure d'or et de potassium dans le traitement des atrophies papillaires ataxiques. — Recherches expérimentales sur la rage. — REVUE DE LA PRESSE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le bacille de la tuberculose au point de vue du diagnostic.

N'est-il pas un peu prématuré de déclarer que, dès à présent, la phtisie a cessé d'être une maladie diathésique, héréditaire ou acquise, dont la cause semblait résider dans une déviation nutritive des éléments normaux, pour être classée définitivement au rang des maladies infectieuses, des maladies parasitaires ? Et est-il bien exact de dire que la découverte de Koch (le bacille de la tuberculose) a opéré, à elle seule, ce renversement? Il est bien loin de notre pensée de méconnaître l'importance de la découverte du bacille de la tuberculose, les conséquences qu'elle peut entraîner pour l'avenir et le parti utile qu'on en peut tirer dès à présent pour aider et éclairer le diagnostic dans certains cas difficiles. Mais plus nous apprécions à leur véritable valeur les services, plus nous nous défions et nous tenons en garde contre les exagérations et les enthousiasmes irréfléchis qui ne conduisent à rien moins qu'à effacer d'un trait de plume toutes les acquisitions péniblement accumulées par de longues et persévérantes études cliniques et anatomo-pathologiques, pour leur substituer toutes les hypothèses que peut engendrer une notion nouvelle.

Cela dit et cette réserve faite, voyons ce qu'a donné en réalité jusqu'à présent la découverte en question. Nous n'aurons pour cela qu'à suivre pas à pas l'exposé qu'en fait M. le docteur Cochez, ancien interne des hôpitaux de Paris, dans le travail que nous avons sous la main, intitulé : *De la recherche du bacille de la tuberculose dans les produits d'expectoration.*

Le bacille est né d'hier et il a déjà une longue histoire. On nous dispensera d'entrer ici dans des développements historiques, dont ce ne serait d'ailleurs pas la place. Bornons-nous au côté purement clinique du sujet.

M. Cochez a réuni dans ce travail les plus intéressantes des observations qu'il a recueillies lui-même ou que ses collègues ont recueillies dans les hôpitaux et particulièrement celles dans lesquelles le diagnostic de phtisie ne pouvait être affirmé avec les signes ordinaires.

Une première observation, recueillie par M. Gilbert, est celle d'un homme de soixante-huit ans, entré dans le service de M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, se plaignant de céphalalgie, d'insomnie et de faiblesse ; il est amaigri, a la peau jaunâtre et flasque ; il tousse, mais peu fréquemment, et rend quelques crachats muco-purulents. L'auscultation et la percussion ne révèlent aucun signe anomal. Le diagnostic reste hésitant ; cependant, soupçonnant une tuberculose, on examine les crachats par la méthode d'Ehrlich, et on y constate la présence d'un nombre médiocre de bacilles. Le malade va s'affaiblissant, les signes physiques continuant toujours à être insignifiants, jusqu'à la mort, qui survient au bout de dix jours, après trois jours d'un état comateux complet. A l'autopsie, on trouve les deux poumons criblés, dans toute leur hauteur, de petites granulations tuberculeuses, semi-transparentes.

La deuxième observation, recueillie par M. Camescasse, a trait à une femme âgée de trente-huit ans, toussant un peu depuis huit mois, et maigrissant ; depuis quelques semaines, elle a perdu l'appétit et a un mouvement fébrile le soir ; toux assez fréquente, peu d'expectoration, crachats purulents, pas d'hémoptysies. A son entrée à l'hôpital, elle accuse un point de côté violent à gauche. L'auscultation n'indique que quelques râles muqueux et sibilants disséminés ; pas de matité. Frisson deux jours après, accroissement de la douleur de côté, dyspnée, matité dans la moitié inférieure du poumon gauche, frottements en avant, vibrations disparues, puis, les jours suivants, tympanisme sous-claviculaire, souffle en arrière et égophonie, cœur déplacé à droite, etc., en un mot, tous les signes d'une pleurésie avec épanchement. On pratique la thoracentèse. On examine les crachats qui contiennent un assez grand nombre de bacilles.

De ce fait et d'un autre semblable qu'il en rapproche, M. Cochez conclut qu'on a eu affaire, dans ces deux cas, à une pleurésie tuberculeuse. C'est possible, nous ajouterons même que c'est probable ; mais où en est la preuve ? Dans la présence des bacilles ? C'est là une pétition de principe, puisque c'est la valeur diagnostique du bacille par sa coexistence avec le tubercule qu'il s'agissait de démontrer, et qu'ici rien ne démontre d'une manière formelle l'existence du tubercule.

L'observation suivante, recueillie par M. Pennel dans le service de M. Huchard à l'hôpital Tenon, a une valeur démonstrative réelle dans le sens négatif, c'est-à-dire par l'absence de bacilles comme signe de l'absence de tubercules. Il s'agit d'une femme au facies altéré, abattu, ayant de l'anasarque depuis huit jours, une diarrhée abondante ;

elle a maigri beaucoup et perdu ses forces depuis six mois; elle a une toux fréquente, pénible et une expectoration purulente très abondante; jamais d'hémoptysies, pas de sueurs nocturnes. On constate de la submatité du sommet droit en arrière, diminution d'élasticité, augmentation de vibrations, souffle cavitaire intense avec gros râles caverneux provoqués par la toux. En avant, sous la clavicule droite, un peu de diminution du son et expiration soufflante. On constate, de plus, tous les signes d'une cirrhose atrophique. Le diagnostic porté est : sclérose hépatique compliquée de tuberculose pulmonaire. L'examen des crachats pratiqué à plusieurs reprises n'a jamais décelé de bacilles. La malade ayant succombé, l'autopsie a montré un foie cirrhotique type; quant au poumon, on n'y a constaté que des adhérences avec une plèvre très épaissie, de la sclérose autour des bronches dilatées, tissu conjonctif épaissi; absence absolue de tubercules.

Nous admettrons aussi comme démonstratifs de la valeur séméiotique de la présence ou de l'absence des bacilles dans les produits de l'expectoration, les faits suivants. Il s'agit de deux cas de dilatation bronchique, si facile à confondre souvent avec la tuberculose.

Un homme de cinquante ans, entré à l'hôpital, présentant aux deux sommets, surtout en arrière, de la submatité, des râles sous-crépitants, respiration soufflante, retentissement de la voix, vibrations thoraciques augmentées. Il y a eu des hémoptysies abondantes. On diagnostique la tuberculose pulmonaire. Les crachats examinés ne donnent point de bacilles. On maintient néanmoins le diagnostic. Le malade meurt; l'autopsie établit qu'on avait affaire à une dilatation bronchique, sans aucune trace de tubercules.

Un autre malade entre à Bicêtre, avec une respiration pénible, de l'orthopnée; cet homme tousse depuis l'âge de vingt-cinq ans (il en a soixante et onze), il a eu à plusieurs reprises des hémoptysies et depuis longtemps il a des étouffements pour la moindre cause; il a une expectoration abondante. On constate de la submatité en avant et à droite. A ce niveau, l'auscultation fait entendre un souffle amphorique avec de gros râles muqueux. L'examen des crachats, fait à deux reprises différentes, reste chaque fois négatif. Le malade meurt; l'autopsie montre le poumon gauche très emphysémateux, le droit adhérent à la paroi dans toute son étendue, plèvre épaissie; point de tubercules, mais cavités très nettement formées par des tuyaux bronchiques fortement dilatés.

Ces faits, et quelques autres qu'il serait superflu de reproduire ici, confirmatifs de ceux que M. G. Sée a communiqués à l'Académie, ont, au point de vue du diagnostic, par l'absence ou la présence des bacilles dans les crachats, une incontestable valeur. Nous ajouterons même qu'ils donnent une grande probabilité approchant de l'exactitude aux faits dont nous n'avons récusé le témoignage que faute de la démonstration anatomique. Et sur ce point nous acceptons parfaitement les conclusions du travail de M. Cochez, savoir : que la recherche du bacille de Koch dans les produits d'expectoration doit être mise au rang des signes cliniques de la tuberculose pulmonaire; que, dans certains cas de phtisie douteuse (phtisie latente, phtisie larvée ou anomale), la constatation du bacille de Koch dans les crachats peut permettre d'établir le diagnostic; enfin, que l'absence de bacilles constatée à plusieurs reprises dans les produits d'expectoration, permettra d'écarter le diagnostic de tuberculose.

Mais nous ne voudrions pas pousser plus loin, pour le moment, les déductions qu'on pourra tirer plus tard peut-être de cette découverte. Nous ne sommes pas seuls à faire ces réserves. On n'a pas oublié les sages observations qu'a présentées M. Bouchardat à l'Académie de médecine à l'occasion de la communication de MM. Cornil et Babès, qui, eux-mêmes d'ailleurs, tout en mettant le parasitisme au premier rang des causes de la tuberculose, n'ont pas laissé que de tenir compte des nombreuses causes prédisposantes de la phtisie. M. le docteur Jaccoud, dans de récentes leçons cliniques faites à la Pitié sur ce sujet, a montré combien la découverte du bacille de Koch laissait debout des vérités depuis plus ou moins longtemps acquises par l'observation, telles que la transmission héréditaire de la tuberculose, son évolution, sa transmission par inoculation, le fait de l'infection de l'économie par la granulie, manifestée par ses symptômes antérieurement même aux manifestations locales, etc. Le diagnostic reste à ses yeux le seul point sur lequel la découverte des bacilles semble de nature à rendre de réels services. Encore faut-il faire une réserve pour les cas assez nombreux où les malades n'expectorent pas.

Enfin M. Jaccoud a cherché en quoi le bacille pouvait modifier ou faire avancer la thérapeutique. Nous reviendrons sur ce dernier point.

Suralimentation dans divers états de cachexie.

Étant donné que la suralimentation améliore l'état général des phtisiques, il était assez naturel d'en faire l'application à d'autres états cachectiques que la tuberculose. L'idée, assurément, est aussi peu neuve au fond qu'elle est simple. Mais ce qui en fait la nouveauté et l'intérêt ici, c'est le procédé qui facilite considérablement la mise en pratique du principe.

MM. A. Broca et A. Wins ont procédé à des essais de généralisation de la méthode de la suralimentation en commençant par deux cas qui se rapprochaient beaucoup, à certains égards, de la tuberculose : deux cas de pneumonie chronique.

Le premier de ces deux malades est un jeune garçon de dix-sept ans qui, à la suite d'une pneumonie aiguë adynamique, présenta des signes physiques d'induration pulmonaire persistante, en même temps que la consomption progressait avec une rapidité effrayante. La suralimentation l'améliora en quelques jours, puis le guérit entièrement, si bien qu'il est depuis dix mois infirmier, soumis au régime habituel des serviteurs, et que la respiration est absolument pure des deux côtés, dans toute l'étendue de la poitrine.

Le deuxième malade, différent du premier à certains égards, s'en rapproche sous d'autres côtés. Il s'agissait aussi d'un infirmier, âgé de vingt ans, qui avait été pris au mois de mai de quelques frissons, avec toux légère, diminution des forces, perte de l'appétit. A son entrée dans le service, il accuse de la gêne respiratoire avec un point de côté à gauche irradiant dans l'épaule; point de signes d'auscultation; température, 38°,9. Au bout de quelques jours on constate du souffle dans presque toute la hauteur du poumon gauche, toux intense, expectoration ambrée, striée de sang. L'état fébrile persiste au même degré pendant plusieurs jours, les signes stéthoscopiques restant les mêmes. Quelque temps après, environ une quinzaine de jours, la fièvre était tombée, l'état général était assez bon, le malade avait repris de l'appétit et mangeait, mais il avait encore des accès d'étouffement le soir et le souffle persistait tou-

jours, et les forces ne se relevaient pas. Vu cette persistance, on mit le malade à l'usage de l'alimentation artificielle. On commença le 3 novembre à donner 50 grammes de poudre de viande qui furent bien tolérés. La dose fut graduellement augmentée de deux en deux jours environ, jusqu'à 180 grammes. Au bout de dix-sept à dix-huit jours de ce régime, le souffle avait diminué d'intensité; il était en partie remplacé par de gros râles humides; l'état général était très satisfaisant. Le malade, qui ne pesait que 55 kilogrammes, lorsqu'on commença le traitement en pesait 59. Son poids s'est élevé graduellement, en vingt jours, à 60 et à 69 kilogrammes. L'état général, à dater de ce moment, a été toujours s'améliorant et l'état local s'est modifié à son tour, le souffle était remplacé partout par du râle crépitant; la pneumonie chronique était en voie de résolution; les forces se rétablissaient rapidement; la respiration était parfaitement libre. Il restait seulement, au moment où le malade a cessé d'être en observation, un petit espace rectangulaire de 7 à 8 centimètres de hauteur sur 3 ou 4 de largeur, à la base du poumon, de la colonne vertébrale où l'on percevait encore un léger degré de souffle avec de la bronchophonie et un peu de matité à ce niveau.

Ces deux malades qui ont présenté des signes manifestes de pneumonie probablement caséeuse, l'un à l'état aigu, l'autre à l'état subaigu, et qui étaient l'un et l'autre sur la route de la consomption, ont été relevés, au moins pour le moment, par la suralimentation. L'avenir dira s'ils sont destinés à voir se manifester et évoluer plus tard la tuberculose.

On sait que M. Debove, dans ces derniers temps, a attiré l'attention sur les symptômes simulant plus ou moins la phtisie pulmonaire chez des sujets (femmes ou hommes) hystériques. Il était intéressant de voir, dans ces circonstances, ce que ferait la suralimentation.

Un malade autrefois soigné pour épilepsie fut renvoyé de l'hôpital Laënnec comme phtisique confirmé, le début avait été marqué par une hémoptysie; les signes fonctionnels classiques existaient à peu près tous, mais les signes physiques étaient très peu accusés. Par la suralimentation, l'amélioration se manifesta avec une rapidité surprenante et les signes physiques devinrent nuls. Puis, dans le mois de janvier 1883, le malade qui n'avait pas eu d'attaques depuis plusieurs années fut pris d'accidents épileptiques et succomba en état de mal. L'autopsie a prouvé qu'il n'y avait aucune lésion dans les poumons.

La suralimentation pratiquée chez deux ataxiques anorexiques a rapidement amélioré l'état général.

Elle a été employée avec succès : dans les vomissements hystériques (faits de M. Joffroy communiqués à la Société médicale des hôpitaux, de M. Ballet recueillis dans le service de M. Charcot, de M. Sevestre à l'hôpital Tenon); dans certaines maladies de l'estomac que le lavage guérit; dans l'albuminurie, la dysenterie chronique, et généralement dans les cas qui nécessitent l'usage de certains aliments, tels que le lait par exemple, pour lesquels les malades ont un profond dégoût.

Voici un fait d'un autre genre rapporté dans le mémoire de M. Pennel. Une malade, atteinte de polype utérin, était devenue anémique au plus haut degré par des hémorragies répétées et complètement anorexique. M. Labbé, ne voulant pas l'opérer dans ces conditions, appela M. Dujardin-Beaumetz; l'alimentation artificielle fut pratiquée (200 grammes de viande, quatre œufs, un demi-litre de lait); l'appétit revint en trois jours et ultérieurement l'opération réussit à souhait.

Enfin la suralimentation semble indiquée aussi chez les malades épuisés par de longues suppurations, présentant, avec de la fièvre hectique, de l'anorexie, des vomissements fréquents. MM. A. Broca et A. Wins citent, à cette occasion et comme exemple de cette indication, le malade auquel M. Bouilly pratiqua au mois d'octobre 1882 l'opération d'Estlander, la résection des côtes, à la suite d'un empyème traité sans succès, et dont nous avons parlé à cette époque (voir *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 948). Malgré le succès de l'opération, le malade était dans un état général tellement mauvais que tout faisait prévoir une mort prochaine. On pratiqua la suralimentation, et le malade, quoique faible encore pendant quelque temps, entra en voie de guérison, parfaitement maintenue aujourd'hui.

Doses et mode d'emploi du cyanure d'or et de potassium dans le traitement des atrophies papillaires ataxiques.

On a lu, dans le compte rendu de la séance de la Société de biologie du 22 décembre 1883 (voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 11), la relation par M. Galezowski d'un cas d'atrophie des papilles optiques consécutive à une ataxie locomotrice de nature syphilitique, dans lequel l'affection ataxique a été enrayée et la vue très sensiblement améliorée sous l'influence de l'emploi du cyanure d'or et de potassium en injections hypodermiques. On nous demande quelle est la formule du médicament employé, ses doses et son mode d'emploi. Voici la réponse.

M. Galezowski emploie le cyanure d'or et de potassium en injections hypodermiques à la dose de 5 milligrammes d'abord, puis de 10 milligrammes, tous les jours ou tous les deux jours. La solution doit être très bien préparée dans la proportion suivante :

Cyanure d'or et de potassium. .	20 centigrammes.
Eau distillée.	10 grammes.

Il résulte des observations de M. Galezowski cette remarque qu'une solution fraîchement préparée est plus active et moins irritante que les préparations faites à l'avance, longtemps avant leur emploi. Les injections doivent être faites de préférence dans le dos, le long de la colonne vertébrale, en ayant bien soin de les pratiquer à de grandes distances les unes des autres. Elles doivent être faites profondément, dans le tissu cellulaire; faites dans l'épaisseur du derme, elles provoqueraient des escarres, des abcès et des inflammations phlegmoneuses de la peau. Ces accidents peuvent très bien être évités si on se conforme exactement à ces préceptes.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA RAGE.

1° LES OISEAUX CONTRACTENT LA RAGE ; 2° ILS GUÉRISSENT SPONTANÉMENT. PREUVES EXPÉRIMENTALES.

Par M. Paul GIBIER, aide-naturaliste de pathologie comparée au Muséum de Paris.

Malgré quelques cas rapportés dans la science, cas très discutables il est vrai, on n'admet pas aujourd'hui que les oiseaux puissent contracter la rage.

Si l'on s'en tient à l'observation superficielle des phénomènes, l'inoculation de la rage chez les oiseaux ne paraît être suivie d'aucun résultat fâcheux pour ceux-ci. Cependant il m'est arrivé

d'observer, parmi les oiseaux que j'ai inoculés, une poule qui fut atteinte quinze jours après l'inoculation d'une paralysie ou plutôt d'une parésie des membres inférieurs et des muscles extenseurs du cou. Au bout de huit jours, elle était guérie et sa guérison ne s'était pas démentie au bout de sept mois. Ce cas intéressant m'inspira l'idée que les oiseaux contractent peut-être la rage et s'en guérissent. Pour m'assurer du fait je fis les expériences suivantes.

J'inoculai à un pigeon et à un coq de la matière virulente provenant d'un chien enragé, au moyen d'une aiguille de Pravaz que j'introduisis sous les os du crâne.

Au bout de douze jours chez le pigeon et de vingt jours chez le coq, j'excisai un fragment de cerveau dans lequel le microscope me fit reconnaître le microbe que j'ai signalé et décrit dans une communication de juin 1883 à l'Académie des sciences. J'inoculai cette substance à des rats et à un cochon d'Inde, qui moururent avec tous les symptômes de la rage et qui servirent à transmettre cette maladie à d'autres animaux.

Quant aux volatiles à qui j'ai fait subir ces opérations, leur santé ne s'en est pas trouvée altérée; ils vivent encore et vont me servir à déterminer le moment où la virulence disparaîtra de leur cerveau, c'est-à-dire où ils seront guéris de la rage. J'ai pu constater déjà que la virulence était éteinte vingt-huit jours après l'inoculation chez le pigeon qui a servi dans les expériences notées plus haut. La matière cérébrale d'un pigeon inoculé *sept mois auparavant à trois reprises différentes* ne produisit aucun symptôme chez deux cobayes et quatre rats, qui reçurent une injection intra-crânienne de cette substance délayée dans de l'eau distillée stérilisée.

Ainsi donc voilà deux expériences qui témoignent qu'une maladie, jusqu'à présent réputée incurable, peut guérir spontanément chez une classe d'animaux. N'a-t-on pas le droit d'espérer que si l'on parvient à saisir le déterminisme de ce fait dont on comprendra toute l'importance, on ne soit conduit un jour à une thérapeutique rationnelle de la rage et à sa guérison. C'est une induction qui me paraît légitime.

REVUE DE LA PRESSE

Rupture de l'appendice iléo-cœcal, péritonite, mort. — M. le docteur Polaillon a rapporté récemment à la Société de médecine de Paris un fait intéressant, — c'est peut-être le premier publié jusqu'à ce jour, — de rupture de l'appendice iléo-cœcal, sans signes précurseurs et sous l'influence d'un simple effort. Il s'agit d'une jeune fille de dix-neuf ans qui *se portait à merveille au moment de l'accident* et chez laquelle rien ne pouvait faire soupçonner une typhlite. C'est en soulevant un gros paquet de linge qu'elle ressentit tout à coup une vive douleur dans l'abdomen ; en même temps, elle eut la sensation de quelque chose qui se brisait ou éclatait dans le ventre. A partir de ce moment la douleur augmenta vivement d'intensité, surtout dans la fosse iliaque droite, s'accompagnant bientôt des phénomènes de l'occlusion intestinale et, quelques jours plus tard, d'accidents péritonéaux.

La malade fut transportée à la Pitié une semaine seulement après le début du mal et M. Polaillon formula, comme diagnostic probable et par exclusion, une obstruction de l'intestin, soit par des matières durcies, soit par un volvulus. De là, comme seule chance de salut pour la malade, la conséquence d'une opération ayant pour but d'ouvrir la cavité péritonéale et de chercher à détruire la cause de l'occlusion et, si l'on ne pouvait y parvenir, de donner artificiellement issue aux matières fécales.

L'opération immédiatement pratiquée fait reconnaître l'existence d'une perforation de l'intestin et d'une péritonite purulente et la malade succombe dix heures plus tard. A l'autopsie, on trouve : les intestins couverts de fausses membranes molles qui font adhérer les anses les unes avec les autres et avec l'épiploon qui les recouvre ; du pus en assez grande quantité dans le petit bassin ; et, lésion principale, l'appendice iléo-cœcal rouge, enflammé, ulcéré et perforé et contenant, un peu au-dessus de l'ulcération, un corps étranger, dur, qui n'est autre qu'un haricot cru et qui oblitère exactement la partie du conduit qu'il occupe.

En résumé, il s'agit donc :

1° D'une rupture de l'appendice iléo-cœcal survenu pendant un effort que M. Polaillon croit pouvoir expliquer de la manière suivante : au-dessous du haricot oblitérateur, les sécrétions de la muqueuse se sont accumulées et ont distendu en forme d'ampoule la partie inférieure de cet organe. Les tuniques amincies, dans lesquelles la circulation était certainement gênée, se sont probablement ramollies, peut-être mortifiées dans une petite étendue et puis rompues sous l'influence d'un violent effort déterminant la compression brusque des parois abdominales par le diaphragme. De là épanchement de matières muqueuses ou mucoso-stercorales dans le péritoine, péritonite et mort;

2° D'une sorte de volvulus, l'iléon décrivant au voisinage du cœcum une foule d'S avec des coudes brusques formant à l'intérieur comme de véritables valvules qui interrompaient les matières stercorales. (*Union médicale.*)

Hydroa pulsatile à répétition. — Un fait d'hydroa pulsatile à répétition, se terminant par une éruption très discrète de pemphigus solitaire à larges bulles et par la mort huit jours plus tard, a été observé à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Guibout. L'observation recueillie par M. Dauchez, l'interne du service, fait surtout ressortir les particularités suivantes : 1° la périodicité de l'hydroa, paraissant au printemps pendant plusieurs années de suite (la maladie datait de onze ans lorsque le malade est entré à l'hôpital) ; 2° la constance du pemphigus et de l'hydroa autrefois rapprochés par Bazin et regardés encore par M. Hardy comme une variété assez rare de pemphigus à petites bulles ; 3° l'action salutaire de l'enveloppement des parties malades, l'éruption s'éteignant sur place et continuant sur le reste du corps; 4° enfin les phénomènes vaso-moteurs caractérisés par les pulsations observées au début de l'éruption. (*France médicale.*)

Prurit généralisé ou localisé et vératrine. — M. le docteur J. Chéron rappelle combien il est difficile de calmer, à l'époque de la ménopause le prurit généralisé ou localisé, qu'il résulte de la présence de prurigo, d'urticaire, d'eczéma, d'herpès ou qu'il existe sans éruption. Tandis que tous les moyens journellement employés, comme habituellement efficaces dans le prurit ordinaire, restent sans action sur les démangeaisons de la ménopause, les propriétés analgésiques de la vératrine sont, au contraire, d'un heureux effet en pareil cas.

En effet, l'usage d'une pommade composée de :

Vératrine.	15 centigrammes.
Axonge	30 grammes.

et appliquée, gros comme un petit pois, matin et soir en onctions douces, est recommandé par M. J. Chéron lorsque le prurit est localisé aux aines, aux aisselles, à la paroi abdominale, etc.

Mais lorsque le prurit est généralisé, l'emploi de la vératrine à l'intérieur est préférable aux doses suivantes :

Vératrine	2 centigrammes.
Poudre de réglisse	Q. S.

Diviser en 40 pilules. Prendre 2 à 6 pilules par jour, une demi-heure avant le repas ou trois heures après. On ne prendra jamais qu'une seule pilule à la fois et l'on augmentera d'une chaque jour jusqu'à ce que l'on soit arrivé au chiffre maximum de 6 pilules par jour, c'est-à-dire à 3 milligrammes. (*Journ. des maladies des femmes.*)

Traitement des loupes par les injections d'éther. — Dans l'observation recueillie par M. Lermoyez, interne à l'hôpital Saint-Louis, nous trouvons l'histoire d'un homme jeune encore (trente-huit ans), mais débilité et alcoolique, chez qui M. Vidal, avec dix injections d'éther, a amené, dans l'espace d'un mois, la

disparition complète d'une loupe du cuir chevelu du volume d'un gros œuf de poule et datant de cinq ans.

Les cinq premières injections ont été pratiquées en trois jours, de la manière suivante : Le premier jour, M. Vidal fait, par deux orifices distincts et à quelques minutes d'intervalle, deux injections de 10 gouttes chacune, en ayant soin, chaque fois, de dilacérer largement la masse kystique avec l'aiguille remuée en tous sens; le lendemain, deux autres injections, également de 10 gouttes, ont été pratiquées à peu près dans les mêmes points que la veille. Le surlendemain, une seule injection est faite et déjà la tumeur est absolument molle et ne semble plus contenir que du liquide. Vingt-quatre heures plus tard a lieu une sixième injection et, au bout de quatre jours, sous l'influence d'une pression exercée sur ses côtés, le kyste se vide complètement par l'orifice des piqûres. Il sort d'abord du pus, puis une matière vermicellée, blanchâtre, d'une odeur repoussante. Par l'orifice préexistant, M. Vidal introduit une petite curette et gratte légèrement la face interne de la poche, puis il y pousse une injection d'alcool cette fois. Les jours suivants, la suppuration désirée se fait en même temps que l'élimination des parois du kyste, et la peau peu à peu se forme et se ratatine en s'épaississant. Bientôt la guérison est parfaite.

Pendant toute la durée du traitement, le malade n'éprouva aucune souffrance, il ne prit aucune précaution, s'exposa au froid, souvent même sans pansement préservatif, et séjourna dans la salle où il y avait alors quatre hommes atteints d'érysipèle. Néanmoins aucune complication inflammatoire n'entrava la marche de la guérison et, à sa sortie de l'hôpital, toute la région était nivelée, il n'existait même pas de point cicatriciel indiquant l'emplacement de la tumeur passée. (*Paris médical.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 mars 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Anomalies de développement. — M. LANNELONGUE présente les dessins et les pièces anatomiques qui se rapportent au fait dont il a parlé dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 205).

L'examen histologique a montré que le canal dont il s'agit est un intestin très complet. M. Lannelongue appuie de nouveau l'opinion émise par M. Verneuil, à savoir que beaucoup d'états congénitaux relèvent d'états pathologiques et non toujours d'anomalies de développement. A cette occasion, il cite l'observation d'un enfant nouveau-né qui est venu au monde avec une ulcération anale. Cet enfant présentait en outre un spina bifida tout particulier.

M. TRÉLAT, à l'occasion du fait présenté par M. Lannelongue dans la dernière séance, fait observer que les notions embryogéniques les plus récentes, que l'étude des épithéliomas respectifs montrent que le rectum et l'anus, séparés par la ligne ano-rectale, marchent à la rencontre l'un de l'autre. Le fait de M. Lannelongue vient à l'appui de cette manière de voir.

M. Trélat admet, avec MM. Verneuil et Lannelongue, que le fœtus, pendant les périodes de son développement, n'échappe pas à certains états pathologiques. Mais il ne faudrait pas exagérer la fréquence de ce fait et attribuer à des états pathologiques la plupart des altérations congénitales. Il en est, et c'est le plus grand nombre, qui se rattachent à des anomalies embryogéniques. Le fait de M. Lannelongue, entre autres, est tout entier d'ordre tératologique.

Ulcération d'artères dans un foyer purulent. — M. GILLETTE présente des pièces anatomiques provenant d'un jeune garçon qui était atteint d'un énorme abcès s'étendant de la quatrième vertèbre dorsale à la partie moyenne de la cuisse. Cet abcès fut ouvert et drainé en plusieurs points. Ce malade eut tout à coup deux hémorragies à la suite desquelles il succomba. L'autopsie a montré l'existence, dans le foyer purulent, d'une ulcération d'une collatérale de l'artère honteuse externe.

De l'intervention chirurgicale dans les adénites tuberculeuses. — M. CAZIN (de Berck-sur-Mer) fait, sur ce sujet, une communication qui a pour but, en s'appuyant sur un grand nombre de relevés statistiques, de démontrer les réels avantages de l'intervention chirurgicale dans le traitement des adénites tuberculeuses, ainsi que le prouvent les chiffres suivants : guérisons, 75,44 p. 100; améliorations, 19,97 p. 100; morts, 4,59 p. 100. M. Cazin insiste sur l'importance de la longue durée du séjour au bord de la mer.

Suivant lui, toutes les adénites tuberculeuses ulcérées sont justiciables de l'ablation par le thermo-cautère. Il ne pratique cette opération que deux mois au moins après l'arrivée des enfants à Berck, afin de leur laisser le temps de se relever. Il associe volontiers le raclage à la cautérisation; mais il est surtout partisan des opérations complètes. Il emploie de préférence le thermo-cautère et se sert beaucoup des pinces hémostatiques. Il a recours aux pansements de Lister. Sur 102 opérations de ce genre, il n'a eu que deux décès, et encore chez deux adultes, survenus l'un chez un jeune homme, par suite d'une hémorragie secondaire, l'autre chez un garçon de seize ans, suite de phlébite, puis de septicémie.

En résumé, le traitement par ablation des ganglions tuberculeux ulcérés donne de très bons résultats et il y a lieu de penser qu'il diminue bien notablement les chances de tuberculisation générale.

M. TRÉLAT rappelle avoir professé et avoir encore tout récemment défendu la même opinion.

Influence de l'ovariotomie sur l'hystérie. — M. POZZI rappelle que les faits d'hystérie grave guérie à la suite de l'ablation d'un kyste ovarique ou d'un corps fibreux utérin sont aujourd'hui assez nombreux. Quoi qu'il en soit, la castration, chez la femme, si elle a déjà donné de beaux succès et si elle compte de nombreux partisans, compte aussi des détracteurs ; de telle sorte que la question se trouve encore aujourd'hui bien controversée.

Voici le fait que M. Pozzi a récemment observé. Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans qui, depuis dix ans, présentait des phénomènes douloureux du côté du ventre, des métrorragies et tous les signes d'une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen. Elle offrait en même temps une hémianesthésie complète des jambes, de l'hémiparésie et des douleurs qui l'obligent à passer presque tout son temps au lit. L'œil gauche est amaurotique. Elle a, la nuit, des rêves érotiques. En outre, il y a de l'anorexie et des vomissements. La tumeur présente tous les caractères d'une tumeur fibreuse de l'utérus. L'opération est pratiquée : on trouve un kyste ovarique du côté gauche et un corps fibreux utérin incomplètement pédiculé. La malade guérit, non seulement de sa tumeur, mais aussi de tous ses phénomènes hystériques.

Quelle est, dans ce cas, la part de l'ablation de l'ovaire dans la disparition de ces phénomènes ? S'il y a des cas, très nombreux, où l'ovariotomie ou l'opération de Battey ait donné cet heureux résultat, il en est d'autres dans lesquels elle a développé plutôt qu'amendé les accidents nerveux.

M. TERRIER se déclare partisan de l'opération de Battey ; toutefois il reconnaît que la question est complexe et qu'il y a des cas où, loin d'être amendés, les phénomènes hystériques sont exagérés par l'opération. Il y a quinze jours M. Terrier a opéré une jeune femme d'un kyste parovarien. L'ovaire étant malade et kystique, il l'enleva. Jusqu'alors cette femme n'avait jamais présenté d'accidents nerveux. Depuis elle a eu des crises hystériques subintrantes. L'ablation de l'ovaire a donc développé chez elle, au plus haut degré, les accidents hystériques. M. Terrier regrette de n'avoir pas enlevé les deux ovaires. En effet, l'ablation d'un seul ovaire est insuffisante pour juger la question.

M. RECLUS cite l'exemple d'une femme hystérique atteinte de

deux kystes ovariques, ayant subi une double ovariotomie. Ayant guéri au cours de la cicatrisation, elle a eu plusieurs crises hystériques assez graves, pendant les trois semaines consécutives. Ces jours derniers elle allait mieux. Il se peut qu'il n'y ait eu là qu'une exacerbation passagère.

M. GILLETTE considère l'ablation d'un ovaire sain comme une mauvaise opération et s'étonnerait que l'opération de Battey devînt classique.

M. TERRIER dit que cette opération est assez dangereuse parce que les ovaires sont presque toujours malades, adhérents et plus difficiles à isoler que dans les cas de kystes.

M. POLAILLON considère l'opération de Battey comme parfaitement indiquée dans certains cas. Il a vu, par exemple, récemment une femme, sans tumeur abdominale apparente, atteinte de névralgies intolérables, de crises hystériformes avec délire, folie furieuse, idées de suicide, etc. Il a proposé, dans ce cas, l'opération de Battey qui a été refusée par la famille.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

80. M. Hache. Étude clinique sur les cystites. — 81. M. Andret. Des manifestations cutanées de la blennorragie. — 82. M. Labonne. Contribution à l'étude des suites des fractures de la rotule et de leur thérapeutique. — 83. M. Malecot. De la spermatorrhée. — 84. M. Daucourt. Résultats cliniques éloignés des opérations césariennes et de Porro. — 85. M. Jourdin. Contribution à l'étude des lésions congénitales de l'artère pulmonaire et de la cloison interventriculaire. — 86. M. Auvard. De la pince à os et du cranioclaste. — 87. M. Morival. Traitement des vomissements incoercibles pendant la grossesse. — 88. M. Delotte. Des migrations de l'empyème dans la région lombaire. — 89. M. Revolat. De l'insuffisance des droits internes et de son traitement par la ténotomie partielle.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'avenir, les professeurs des Facultés de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie désignés pour présider les jurys d'examen se rendront dans chacune des Écoles, quel que soit le nombre des candidats inscrits pour les examens; les directeurs des Écoles ne pourront, en aucun cas, présider ces examens.

— Par décision ministérielle, en date du 29 février 1884, l'inspection générale du service de santé militaire en France et en Algérie comprendra, en 1884, neuf arrondissements composés et répartis ainsi qu'il suit :

Ier arrondissement. — M. le médecin-inspecteur général Legouest (gouvernement de Paris et école du Val-de-Grâce).

IIe arrondissement. — M. le médecin-inspecteur Perrin (10e et 11e corps d'armée).

IIIe arrondissement. — M. le médecin-inspecteur Champenois (12e, 13e et 16e corps d'armée).

IVe arrondissement. — M. le médecin-inspecteur Colin (1er, 2e et 3e corps d'armée).

Ve arrondissement. — M. le médecin-inspecteur Daga (4e, 5e et 6e corps d'armée).

VIe arrondissement. — M. le médecin-inspecteur Baudouin (7e, 8e et 9e corps d'armée).

VIIe arrondissement. — M. le médecin-inspecteur Gaujot (14e et 15e corps d'armée).

VIIIe arrondissement. — M. le médecin-inspecteur Védrènes (Algérie et Tunisie).

IXe arrondissement. — M. le médecin-inspecteur Levié (17e et 18e corps d'armée).

Inspection pharmaceutique. — M. le pharmacien-inspecteur Coulier (hôpitaux du gouvernement militaire de Paris, pharmacie centrale; hôpitaux des 1er, 6e et 7e corps d'armée; hôpital militaire du gouvernement de Lyon).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les consignations pour les examens des sages-femmes ne seront reçues désormais qu'après remise au secrétariat des pièces énumérées ci-après :

1° Élèves de la clinique d'accouchements : certificat d'assiduité au cours spécial; certificat de stage (Mme la sage-femme en chef le délivrera le premier et le troisième vendredi de chaque mois, de une heure à trois heures).

2° Élèves de la Maternité ou des écoles d'accouchements de province : acte de naissance, acte de mariage, s'il y a lieu ; consentement du mari, du père ou du tuteur, certificat de bonne vie et mœurs; certificat de réception à l'examen imposé par arrêté du 1er août 1879 aux aspirantes sages-femmes de première classe; certificat d'assiduité aux cours.

3° Sages-femmes possédant un diplôme de deuxième classe : ajouter aux pièces stipulées dans l'article 2 le certificat d'aptitude de deuxième classe.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Un concours pour un emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le lundi 28 avril 1884, à la Faculté de médecine de Lille. Les candidats devront s'inscrire au secrétariat avant le dimanche 20 du même mois. La durée des fonctions sera de trois ans et le traitement annuel de 1,200 francs.

— *Faculté libre de médecine de Lille.* — M. le docteur Joseph Toison est nommé chef des travaux d'histologie normale et pathologique. — M. Delattre est nommé aide d'anatomie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cangrain, de Fougerolles-du-Plessis (Mayenne).

— Le banquet des médecins des bureaux de bienfaisance aura lieu mercredi 19 mars, à sept heures du soir, dans les salons de Véfour, rue Beaujolais, 15.

Le prix de la souscription est de 15 francs.

On s'inscrit chez MM. Chevallereau, rue de Rivoli, 9; Commenge, avenue Victoria, 18; Gibert, rue Keller, 38; Guyet, rue Castellane, 13; Lenoir, rue du Bouloi, 22; Passant, rue de Grenelle, 39; Paul Richard, rue de Rivoli, 104.

— M. le docteur Cadet de Gassicourt recommencera, à l'hôpital Trousseau, ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, le jeudi 13 mars, à 10 heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Auguste Ollivier commencera, à l'hôpital des Enfants-Malades, des conférences cliniques sur les maladies des enfants, le lundi 17 mars, à neuf heures du matin, et les continuera les lundis suivants, à la même heure. — Visite des malades à huit heures du matin; consultation publique le jeudi à neuf heures.

Contribution à l'étude statistique de la criminalité en France de 1826 à 1880, par le docteur Jules Socquet, préparateur au laboratoire de toxicologie, avec une préface du professeur Brouardel. 1 broch. gr. in-8°, avec 5 cartes en couleurs et 4 tableaux. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Leçons cliniques et thérapeutiques sur la tuberculose parasitaire, faites à la clinique de la Pitié, par le docteur Debove, recueillies par le docteur Faisans. In-8° de 96 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15881.

27

Granules imprimés et dosés

L. FRERE, 19, rue Jacob, Paris.

MÉDAILLE D'OR, EXPOSITION UNIVERSELLE 1878.

Tous nos granules médicamenteux sont faits au pilulier et non dragéifiées; sur chaque granule, exactement dosé, le nom et la dose du principe actif sont très lisiblement imprimés. Toutes les causes d'erreurs sont donc rendues impossibles.

PRESCRIRE : *Granules imprimés L. Frere.*

Envoi *franco* d'échantillons sur demande.

84

Élixir Hampton

Élixir cordial au Peptonate de fer, à la Pepsine et à la Diastase.

De toutes les préparations ferrugineuses, c'est la mieux tolérée, celle qui donne les résultats les plus prompts et les plus constants.

Dose : une cuillerée à soupe au commencement de chacun des deux principaux repas.

Dépôt : ph^ie 20, f^g Poissonnière, et princ. ph^ies.

180

Sirop de Lagasse

à la sève de pin maritime.

Le sirop de sève de pin, préparé avec la sève de pin, recueillie au moment où le végétal est dans toute sa force, possède toutes les propriétés balsamiques et résineuses du pin maritime. Il est conseillé comme un pectoral efficace et agréable dans les diverses maladies des voies respiratoires.

Sous son influence, on voit cesser les expectorations sanguinolentes, les toux les plus opiniâtres, les douleurs de la poitrine, l'oppression, l'altération de la voix et tout état fébrile. L'appétit devient plus vif et la digestion plus facile.

Dose : 2 à 4 cuillerées par jour.

Dépôt général : à Bordeaux, pharmacie Lacoste ; Paris, 1, rue Bourdaloue.

34

Phosphate de fer

(PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE)

de **Leras,** docteur ès sciences.

Sous forme de solution limpide ou de sirop incolore sans goût de fer, n'ayant aucune action sur les dents, ne provoquant pas de constipation, toujours bien supporté par les estomacs les plus délicats, ces préparations réunissent les principaux éléments des os et du sang, fer et acide phosphorique.

Chaque cuillerée à bouche contient 20 centigrammes de pyrophosphate de fer et de soude.

Chlorose, anémie, appauvrissement du sang.

Dépôt : Ph^ie VIAL, 1, rue Bourdaloue.

57

Véritables Grains de Santé

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Ph^ie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes ph^ies.

38

RECONSTITUANT : *Anémies, Cachexies primitives ou acquises.*

DÉPURATIF: *Herpétisme de la peau, des muqueuses*

Telles sont les indications thérapeutiques du

Sirop de Clermont

Licencié ès sciences, pharmacien ex interne des hôpitaux de Paris.

Ce Sirop, d'un goût agréable et d'une composition constante, contient exactement :

1^mg arséniate de fer soluble par cuillerée à café.

Dose : de 1 à 4 cuillerées à café à chacun des deux repas.

Paris, 6, avenue Victoria.

67

Anémie, scrofule, dermatoses, arthritis.

Sulfurine du Dr Langlebert

Bain sulfureux sans odeur.

Contenant tous les principes actifs des bains sulfureux ordinaires, et pouvant être pris dans toute espèce de baignoires et à domicile.

GROS : 11, rue de la Perle, Paris

15

Capsules Mathey-Caylus

Au Copahu et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Cubèbe et à l'Essence de Santal,
Au Copahu, au Fer et à l'Essence de Santal.

« Les CAPSULES MATHEY-CAYLUS à enveloppe mince de Gluten constituent le moyen le plus parfait pour administrer certains médicaments à odeur et à saveur désagréables.

« L'ESSENCE DE SANTAL associée au Copahu ou autres balsamiques possède une efficacité réelle et est employée avec succès dans la Blennorrhagie, la Blennorrhée, la Cystite du Col, et les affections des organes génito-urinaires. »

En prescrivant les Capsules MATHEY-CAYLUS, MM. les Médecins seront certains de procurer à leurs malades des médicaments purs et parfaitement dosés.

GROS : **Clin & Cie**, 14, RUE RACINE, PARIS

DÉTAIL : 3, Carrefour Odéon, et Pharmacies.

46

Poudres alimentaires Adrian

Préparées avec un soin tout particulier pour les usages de la médecine.

Richesse des différents produits.. —	Azote %	Acide phosphorique total %	Equivalent en phosphate de chaux %	Prix le K° en divisons
Poudre de bifteck garantie pure viande de bœuf......	13.80	1.69	3.68	24 fr.
Poudre de viande.	12.50	1.66	3.62	12 »
Poudre de lait. .	5.32	1.62	3.55	10 »
Poudre de lentilles cuites à la vapeur..	4.19	0.63	1.37	5 »

Comme garantie de pureté et de bonne conservation de ces produits, exiger le cachet et la marque ADRIAN, ancien préparateur et lauréat de l'École de Pharmacie, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, fournisseur des hôpitaux.

VENTE EN GROS, 11, rue de la Perle, Paris.

Envoi *franco* d'échantillons par la poste aux médecins qui en font la demande.

23

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies.

19

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement *5 gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET. 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies.

39

Liqueur des Dames

A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».

(*Off. de Dorvault*, x^e édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRHÉE et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

25

Solution de Salicylate de Soude

DU DOCTEUR CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

(PRIX MONTYON)

La **Solution du Docteur Clin,** toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Employée dans le traitement des Rhumatismes aigu et chronique, de la Goutte, de la Gravelle, etc., cette Solution contient très-exactement :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.

0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

GROS : CHEZ **Clin & Cie**, RUE RACINE, PARIS

78

Quassine Frémint

Pilules contenant chacune 2 centigrammes de **quassine amorphe.**

TONIQUE AMER, SIALAGOGUE, APÉRITIF.

A donné d'excellents résultats contre *anorexie, dyspepsie atonique, débilité générale, vomissements spasmodiques, irrégularité des fonctions digestives, constipation,* etc.

Doses : de 1 à 3 pilules avant les deux principaux repas.

Le flacon, 3^f. — 18, r. d'Assas. Paris, et les ph^ies.

36

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-contre, en rouge.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales ph^ies.

47

Récompense de 16,600 fr. — Médaille d'OR

à l'Exposition internationale médicale de Vienne.

Quina-Laroche.

ÉLIXIR VINEUX.

C'est aux procédés d'épuisement des trois meilleures sortes de quinquinas et à la qualité du vin assuré par bail, qu'est due la supériorité bien légitimée du Quina-Laroche contre les *affections de l'estomac, anémies, suites de fièvres,* etc.

Paris, 22, rue Drouot.

6

Tamar indien Grillon

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent. *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique,* etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc. Ph. GRILLON, 28, r. Grammont, Paris. B^te, 2 f. 50.

120

Vin de G. Seguin.

« C'est un puissant tonique, pris avant le « repas, il facilite la digestion. Il est très utile « pour empêcher le retour des fièvres intermit- « tentes sujettes à récidive. — BOUCHARDAT. »

Paris, Pharm. G. SEGUIN, 378, r. Saint-Honoré.

44

Rapport favorable de l'Académie de médecine (7 août 1877).

Sirop MINERAL SULFUREUX **Crosnier**

goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Prescrit avec le plus grand succès dans la *Bronchite chronique*, le *Catarrhe*, l'*Asthme*, la *Laryngite* et dans la *Tuberculose*, quand l'expectoration est très-abondante. — r. Vieille-du-Temple, 21, Paris.

83

Rhumatismes. Guérison par la

Flanelle et la Ouate végétale du Pin sylvestre.

REYNAUD, chemisier, rue de la Paix, 22, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : **VINGT** centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. Les accidents cérébraux dans le diabète. État mental des diabétiques. — Prolifération extraordinaire de corpuscules calcaires dans le tissu musculaire d'un vieux cheval. — Société de Biologie. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles. — Bibliographie.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les accidents cérébraux dans le diabète (1).

ÉTAT MENTAL DES DIABÉTIQUES.

V

Physiologie pathologique. — Après l'étude symptomatique, à laquelle nous venons de nous livrer, des accidents cérébraux diabétiques, des plus légers comme des plus sérieux, de ceux dont la durée et la persistance peuvent être aussi prolongées que l'est la durée de la maladie elle-même, ou de ceux qui, comme le coma, constituent des épisodes accidentels, mais particulièrement redoutables, il ne sera pas sans intérêt de jeter les yeux sur la pathogénie de ces accidents et de nous demander quelles sont les interprétations physiologiques qu'on en peut donner.

Je dois vous l'avouer, tout d'abord, si jusqu'à présent nous avons mis le pied sur un terrain solide, celui de l'observation clinique, il ne va plus en être de même maintenant. C'est qu'en effet, en fait de pathogénie des accidents cérébraux du diabète, nous n'avons guère à compter qu'avec des théories plus ou moins bien assises, avec des hypothèses plus ou moins séduisantes, mais dont la réalité et le bien fondé ne sont pas encore suffisamment établis.

Il est nécessaire, à propos de cette esquisse de physiologie pathologique, de faire deux parts dans les complications cérébrales du diabète, et d'envisager isolément la pathogénie des accidents chroniques et celle de l'épisode aigu ultime, du coma. C'est d'ailleurs à l'occasion de cette dernière complication que s'est exercée surtout la sagacité des pathologistes, et plusieurs théories, vous allez le voir, ont été tour à tour proposées pour l'expliquer.

Quant aux phénomènes sur lesquels j'ai principalement insisté, dans la description symptomatique, l'apathie cérébrale, l'hypocondrie, le sommeil, les accès maniaques, etc., les auteurs se sont jusqu'à présent attachés à les décrire, mais ont été peu préoccupés de préciser le lien qui les rattache à la maladie productive, au diabète. Et, de fait, la nature de ce lien est difficile à déterminer, et nous en sommes réduits, dans l'espèce, à rechercher les hypothèses qui sont propres à satisfaire le mieux l'esprit, sans l'égarer. Puisqu'il s'agit d'accidents cérébraux, il est naturel de rattacher ces accidents à une perturbation du fonctionnement des éléments actifs de l'écorce cérébrale, des cellules nerveuses. Or cette perturbation peut s'expliquer, comme le dit M. Bouchard (1), soit par des altérations humorales, et par le trouble de la nutrition cérébrale qui en résulte, soit par des altérations vasculaires capables de modifier l'irrigation des centres nerveux. Dickinson (2) a décrit dans le système nerveux des diabétiques des lésions qui s'observent le long des vaisseaux et consistent en de petits foyers miliaires, remplis de cristaux d'hématine, ou en des foyers de sclérose péri-vasculaire. Ces altérations pourraient nous rendre compte de certains symptômes limités, aphasie ou paralysie, par exemple. Mais elles sont inconstantes; du moins divers auteurs qui, après Dickinson, les ont recherchées (Müller, Kulz, Taylor, Goodhart) (3) ne les ont pas retrouvées. D'ailleurs il est bien difficile de s'expliquer, à l'aide de ces lésions, les symptômes comme le sommeil ou les troubles intellectuels. Et si l'on peut admettre que celles-ci interviennent quelquefois et dans une certaine mesure pour déterminer ou accroître ces accidents, il est aussi très naturel de supposer que l'altération du sang quelle qu'elle soit qui résulte de la glycémie, joue à son tour un rôle important dans leur apparition. Du moment où la cellule nerveuse est obligée de puiser les éléments de sa rénovation moléculaire dans un milieu altéré, dans le sang chargé en surabondance de sucre, et peut-être de certains produits de transformation de ce sucre, comme l'acétone, il n'est pas étonnant qu'elle soit troublée dans son fonctionnement, puisqu'elle l'est dans sa nutrition.

A propos de la pathogénie du coma diabétique, on a aussi tour à tour invoqué des lésions anatomiques ou des altérations humorales. Je passerai rapidement en revue les principales théories qui ont été formulées à ce sujet. Elles sont au nombre de cinq principales : 1° théorie des *embolies graisseuses;* 2° théorie de *l'urémie;* 3° de *l'hyperglycémie;* 4° de *l'acétonémie;* 5° de la *déshydratation* des tissus.

1° D'après la première, le sang des diabétiques charrierait des globules graisseux en grande abondance, et ce seraient

(1) Fin. — Voir le numéro du 4 mars 1884.

(1) Bouchard. — Maladies par ralentissement de la nutrition, 1882, p. 181.
(2) Dickinson. — Diabetes, London, 1877, p. 30.
(3) On the nervous system in Diabetes (*Guy's hosp. Rep.*, 1877, t. XXII, p. 415), cité par Bernard et Féré, *loc. cit.*

ces globules graisseux qui, en venant faire embolie dans les petites artérioles du poumon et du cerveau, détermineraient les accidents dypsnéiques et cérébraux qui caractérisent le coma diabétique. Cette théorie, formulée et défendue par Sanders et Hamilton, repose tout entière sur ce double fait : *a.* La constatation positive, faite notamment par Kussmaul, Becquerel et Rodier, de la présence de matières grasses émulsionnées en grande abondance dans le sang de certains diabétiques ; *b.* Une prétendue analogie entre les symptômes du coma diabétique et ceux qui se manifestent à la suite de certaines fractures et qu'on est convenu aujourd'hui d'expliquer par la production d'embolies graisseuses, provenant de la moelle des os brisés. Mais, d'une part, cette analogie est beaucoup moins réelle que Hamilton et Sanders l'ont prétendu ; d'autre part, la présence des embolies dans les artérioles cérébrales et pulmonaires n'a pas été constatée assez souvent et avec assez de netteté, pour qu'on puisse accepter, sans plus ample informé, comme applicable à la plupart des cas de coma diabétique, la théorie de l'embolie graisseuse.

2° Il y a, vous l'avez vu, certaines ressemblances cliniques entre les accidents cérébraux observés chez les glycosuriques et chez les albuminuriques. Dans les deux cas en effet il y a hypothermie, troubles dyspnéiques et gastro-intestinaux, enfin coma. Si vous ajoutez à cela, d'autre part, que maintes fois on a trouvé à l'autopsie des diabétiques des lésions rénales, vous comprendrez que certains auteurs (Griesinger, Busch, Wunderlich) aient identifié le coma diabétique au coma urémique. Mais cette théorie ne saurait tenir devant la constatation de ce simple fait : l'absence fréquente des lésions rénales chez les comateux diabétiques. D'ailleurs symptomatiquement, les accidents cérébraux du diabète ne sont pas identiques à ceux observés chez les albuminuriques. Dans le second cas, par exemple, les phénomènes convulsifs sont aussi fréquents qu'ils sont rares dans les premiers ; la dypsnée des diabétiques ne revêt pas le type de Cheyne-Stokes comme chez les albuminuriques ; enfin les accidents gastro-intestinaux qui sont communs dans un cas (l'urémie) sont exceptionnels dans l'autre. Ces raisons sont plus que suffisantes pour repousser la théorie de l'urémie en tant du moins que théorie exclusive.

3° On a fait jouer le grand rôle dans la pathogénie des accidents comateux à l'insuffisante élimination du sucre par les reins et à la rétention de ce sucre dans le sang, à l'hyperglycémie en un mot. Il s'agirait alors d'une sorte d'empoisonnement aigu par le sucre, dont la présence en trop grande quantité dans les artères constituerait un obstacle sérieux à l'oxygénation du sang. Cette théorie aurait pour elle certains faits dans lesquels l'apparition du coma a coïncidé avec la diminution du chiffre des urines et du sucre excrété. Mais elle en a bien d'autres contre elle, et il s'en faut que le ralentissement de l'excrétion précède toujours le développement des complications cérébrales.

4° La doctrine de l'acétonémie est celle qui paraît avoir rallié le plus grand nombre de partisans. Elle a été formulée par Kussmaul. Chez les diabétiques les accidents comateux résulteraient, d'après Kussmaul, d'une intoxication, et l'agent de cette intoxication serait l'acétone, substance volatile qui ressemble beaucoup au chloroforme. L'auteur appuie sa théorie sur un fait d'observation et sur des expériences. Le fait d'observation est celui que je vous ai indiqué plus haut, à savoir : l'odeur chloroformique très spéciale de l'haleine des diabétiques comateux, témoignant de la présence de l'acétone dans le sang. D'autre part en faisan inhaler à des animaux ou en leur injectant sous la peau des quantités considérables de cet agent, Kussmaul aurait déterminé une symptomatologie analogue sinon identique à celle du coma diabétique. Ebstein admet avec Kussmaul que la présence de l'acétone dans le sang de certains glycémiques est susceptible de produire le coma, mais qu'elle ne le détermine pas nécessairement. Cet accident n'apparaîtrait qu'autant qu'existent des lésions rénales, mettant obstacle à l'élimination de l'acétone.

5° Il est enfin une dernière interprétation des complications dyspnéiques et comateuses, proposée par Hilton Fage et Taylor et acceptée en France par M. Bouchard. D'après ces auteurs, les accidents résulteraient de la *déshydratation* des tissus, occasionnée elle-même par la glycémie.

Cette théorie pas plus que les autres ne semble applicable à tous les cas de coma diabétique. Le parti le plus sage, dans l'espèce, est peut-être de faire œuvre d'éclectisme, et de n'exclure systématiquement aucune des doctrines que nous venons de passer en revue et qui ont chacune pour elles quelques faits et quelques arguments. Il en est vraisemblablement du coma diabétique comme des accidents urémiques qui, eux non plus, ne paraissent pas avoir une pathogénie univoque.

PROLIFÉRATION EXTRAORDINAIRE

DE CORPUSCULES CALCAIRES DANS LE TISSU MUSCULAIRE D'UN VIEUX CHEVAL.

Par M. Mégnin.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 7 septembre 1880, M. Bouley, au nom de M. Vittu, médecin-vétérinaire et inspecteur de la salubrité à Lille, communiquait la relation d'un fait de tumeurs musculaires multiples extrêmement abondantes, chacune ayant la forme et le volume d'un grain de seigle, observé chez un vieux cheval présenté à l'abattoir. Il se demandait si ces tumeurs d'une consistance calcaire ne seraient pas le produit d'une calcification qui se serait opérée dans des poches kystiques dues à la présence d'un parasite tel que la trichine.

Cette communication, avec les pièces à l'appui, fut renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Lancereaux, Planchon et Bouley.

Toujours à l'affût des faits nouveaux de parasitisme, cette communication de M. Bouley me frappa, je m'adressai directement à M. Vittu pour avoir des échantillons de ces muscles de cheval farcis de ces kystes parasitaires calcifiés, et je reçus de mon confrère les échantillons que je présente à la Société.

Ces échantillons se sont décolorés depuis quatre ans qu'ils sont dans l'alcool, mais on peut voir le nombre considérable de corpuscules qui existent dans chaque morceau sur la couleur jaunâtre desquels ils tranchent par leur blancheur ; ils sont si abondants dans certains points qu'ils se touchent. Ces corpuscules sont tous allongés dans le sens des fibres et irrégulièrement cylindro-fusiformes, bouclés et arrondis à leurs extrémités ; ils ne ressemblent, comme on voit, que très imparfaitement à des grains de seigle et sont loin d'être de taille uniforme : les plus grands ont de 5 à 6 millimètres de long sur 2 à 3 millimètres de diamètre, et les plus petits sont ponctiformes, n'ayant qu'une fraction de millimètre de dimension ; entre ces deux extrêmes se trouvent toutes les dimensions intermédiaires possibles. J'ai fait des préparations microscopiques de quelques-uns d'entre eux, en les usant jusqu'à pellicule sur une pierre à repasser, et je vous présente ces préparations avec un dessin de l'une d'elles grossi vingt-cinq fois ; comme on voit, il y a des sortes d'îlots grenus irréguliers qui servent de centre à des stratifications concentriques ; chaque grand corpuscule semble être la réunion de plusieurs petits corpuscules

microscopiques voisins et plus ou moins en chapelet et englobés ensuite dans une enveloppe calcaire stratifiée. Est-ce là un exemple d'une dégénérescence spéciale des fibres musculaires autour desquelles se serait fait un dépôt calcaire? Je le pense; dans tous les cas, il n'y a aucune trace de l'existence antérieure d'un parasite, et ces corpuscules ne ressemblent en rien aux kystes calcifiés laissés par les trichines mortes.

J'ai remis quelques-uns de ces corpuscules à notre collègue M. Galippe, qui a eu la bonté de les analyser qualitativement, et il les a trouvés composés de carbonate et phosphates de chaux et de magnésie avec traces de sulfates et de fer.

Cette sorte de lésion n'a pas encore été observée, jusqu'à présent que je sache, chez les animaux. D'après M. le professeur Ch. Robin, à qui j'ai montré les pièces, on aurait rencontré quelquefois, mais bien rarement, des corpuscules semblables dans le tissu musculaire de l'utérus chez de vieilles femmes, mais jamais dans de semblables proportions.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 1er mars 1884. — Présidence de M. Mathias Duval.

COMMUNICATIONS

Embryogénie. — M. **BUDIN**, à l'occasion de la communication faite dans l'une des dernières séances par M. Pozzi sur le mode de formation des organes génitaux, rappelle que l'opinion qu'il a émise a été basée, non pas sur une ou deux dissections, comme semble le croire M. Pozzi, mais bien sur un très grand nombre de dissections. En outre, il ne s'est pas contenté des preuves fournies par le scalpel; il a également emprunté un certain nombre de ses preuves à des examens histologiques faits avec le plus grand soin par M. de Sinéty.

Phénomènes d'arrêt. — M. **BEAUNIS** fait une communication sur les phénomènes d'arrêt. Le résultat des recherches, des expériences et des observations nombreuses faites par M. Beaunis sur ce sujet est que le phénomène d'arrêt est un fait fondamental d'innervation. Deux tendances se trouveraient donc en présence, l'impulsion et l'arrêt. M. Beaunis s'applique à démontrer qu'on trouve des preuves de ce fait non seulement dans la physiologie, mais aussi dans la psychologie et dans la pathologie. Les paralysies et les contractures, par exemple, pouvant être produites par la même cause, s'expliquent ainsi facilement.

M. **FRANCK**, tout en reconnaissant que sous l'influence de l'excitation du pneumogastrique, par exemple, on peut voir l'accélération des pulsations cardiaques succéder à leur ralentissement, n'admet pas que, dans ce cas, le cordon nerveux excité contienne deux nerfs d'action différente. Il croit qu'il faut chercher ailleurs l'explication de ces inversions des réactions nerveuses.

M. **LABORDE** fait observer qu'en effet une excitation de même nature du pneumogastrique peut donner lieu aussi bien à une accélération qu'à un ralentissement des battements du cœur. Cela dépend, entre autres causes, de l'intensité de l'agent excitant, c'est surtout l'étude de l'action des poisons qui permettra d'élucider cette question difficile. On sait dès à présent que toute substance qui agit dans un sens, agit primitivement dans un sens opposé: par exemple, les anesthésiques, avant de procurer le sommeil, donnent de l'excitation. Les travaux de MM. Dastres et Morat ont déjà largement contribué à l'avancement de cette étude.

M. **DASTRES** a acquis, par ses recherches, cette conviction absolue qu'il existe dans le même nerf des nerfs antagonistes, que le même nerf contient des filets à réactions opposées, les uns modérateurs, les autres accélérateurs. Dans les organes différents, il y a des effets différents dont nous n'observons que la somme. Ce dualisme existe incontestablement pour les nerfs périphériques; pourquoi ne pas admettre qu'il en est de même pour les centres.

M. **CHARLES RICHET** rappelle qu'il y a des cas où l'on peut obtenir un relâchement d'un muscle par excitation directe, en dehors de toute action nerveuse.

M. **FRANCK** demande des preuves nouvelles des faits avancés par MM. Dastres et Richet.

Acholie. — M. **ALBERT ROBIN** fait connaître les résultats de l'examen des urines du malade atteint d'acholie dont a parlé M. Hanot dans une précédente séance. On sait que les éléments de la bile sont le pigment et les acides biliaires. Pour qu'il y ait acholie totale absolue, il faut donc qu'on ne retrouve ni pigment ni acides biliaires. Si le pigment seul fait défaut, et c'est le cas du malade de M. Hanot, il s'agit d'une acholie pigmentaire.

La rage. — M. **GIBIER** communique les résultats de nouvelles recherches expérimentales sur la rage. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 227.)

La séance est levée.

Séance du 8 mars 1884. — Présidence de M. Mathias Duval.

PRÉSENTATIONS

M. **LABORDE** présente un poison employé dans l'Inde pour les flèches destinées à la chasse à l'éléphant. Il résulte des expériences qu'il a faites que c'est un poison du cœur.

M. **FRANCK** présente, de la part de M. Kauffmann (du Mans), une note sur la suppression de la sueur au niveau des engelures. Il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. Kauffmann que, dans les engelures, les nerfs sudoraux sont altérés au même titre que les nerfs vaso-moteurs. La sudation est un phénomène indépendant de la circulation.

COMMUNICATIONS

Origine des kystes des mâchoires. — M. **NEPVEU** fait une communication ayant pour but de démontrer l'origine épithéliale de ces kystes.

DISCUSSION

M. **MAGITOT**. Je regrette de n'être point de l'avis de M. Nepveu lorsqu'il cherche à expliquer la production des kystes des mâchoires développés autour des racines des dents par un processus pathologique ayant pour origine un des débris épithéliaux du follicule et non le périoste de la membrane qui revêt la surface de la racine. Je sais aussi que cette théorie est celle qu'a acceptée et défendue M. Verneuil.

En la combattant de nouveau aujourd'hui, j'invoquerai des raisons cliniques et des raisons anatomo-pathologiques.

Comme raisons cliniques, je dirai que ces kystes se produisent constamment au sommet d'une racine de dent toujours frappée d'un état pathologique grave : carie profonde avec ou sans suintement purulent et fétide, périostite des sommets à signes parfaitement définis, destruction de l'organe réduit parfois à l'état de débris. Le sommet radiculaire occupe ainsi invariablement le centre du foyer kystique de telle sorte qu'à l'ouverture de la poche, le doigt rencontre toujours le sommet dénudé et rugueux qui a été le point d'origine du mal. Dans aucun cas on ne rencontre un kyste de cette variété qui n'offre ces conditions caractéristiques. Or en serait-il de même si un kyste se développait aux dépens de débris épithéliaux qui n'ont parfois aucun rapport immédiat avec les dents?

Je sais bien qu'on a invoqué contre cette explication la présence d'une couche épithéliale tapissant la paroi de ces kystes, circonstance que la pathogénie aux dépens du périoste expliquerait difficilement. J'espère cependant tout à l'heure pouvoir donner de ce fait une explication satisfaisante.

En ce qui concerne les raisons anatomo-pathologiques, je rappellerai tout d'abord que, d'après une doctrine que j'ai défendue à plusieurs reprises, la formation du kyste en général, la *maladie kystique*, si l'on veut, exige pour condition préalable de son développement l'existence d'une cavité ou tout au moins d'une paroi

préexistante : tels les kystes des glandes sébacées, salivaires, dont l'orifice excréteur s'oblitère accidentellement; tels les kystes des bourses séreuses, de l'épididyme, etc. Dans tous les cas de kystes bien déterminés, il y a donc préexistence d'une cavité devenant le siège du *mal kystique*.

Or, pour ce qui concerne les kystes des mâchoires, j'ai soutenu d'une façon qui fut trouvée d'abord bien absolue et qui paraît depuis assez généralement acceptée, que ces kystes obéissaient invariablement à l'un des deux processus suivants :

1° Le follicule dentaire devient kystique, c'est-à-dire que sa paroi, distendue par un liquide de formation nouvelle, acquiert parfois un développement considérable et se double dans son mouvement d'extension d'une paroi osseuse empruntée au maxillaire. Ces kystes sont bien connus des chirurgiens. Ils ont été maintes fois décrits : ce sont ceux au fond desquels on retrouve constamment une couronne de dent incluse, *kystes folliculaires*, en un mot.

2° Dans la seconde variété, le périoste qui revêt la racine d'une dent se soulève par l'accumulation d'un produit inflammatoire, résultat d'une *périostite initiale*. Ici se présentent deux courbes pathologiques : si le processus inflammatoire est brusque, aigu, on assiste à l'évolution d'un abcès qui s'ouvre sur la gencive ou sur la peau, dont la paroi est le périoste lui-même et dont le centre, l'*épine* si l'on veut, est le sommet radiculaire parfaitement perceptible à l'exploration directe. Si le processus est lent, le liquide soulevant et distendant le périoste reste séreux ou visqueux, le travail progressif se prolonge pendant des mois ou des années; c'est la formation kystique qui se produit, c'est-à-dire le *kyste périostique*.

En dehors de ces deux mécanismes, nous ne saurions admettre aucune autre pathogénie aux kystes des mâchoires.

J'arrive maintenant à l'objection tirée de la présence d'un épithélium à la face profonde d'un kyste périostique.

La plupart des anatomistes se refusent à accepter la genèse doublée d'un revêtement épithélial en dépit de certains faits bien établis de production d'endothélium dans certaines bourses muqueuses accidentelles ou autour de corps étrangers. Nous n'invoquerons donc pas ce dernier mécanisme. Nous rappellerons seulement que dans l'évolution folliculaire, alors que la couronne entièrement formée commence son éruption, la paroi de follicule d'emblée de son épithélium, vient se fixer au niveau du collet de la dent, s'étale à la surface de la racine et constitue le périoste alvéolaire. Il n'est plus étonnant dès lors que ce périoste, dans la formation d'un kyste dont il devient la paroi, y soit en même temps le siège d'une prolifération épithéliale.

M. MALASSEZ fait observer qu'il y a des kystes dentaires de plusieurs espèces; il y a les abcès, les abcès enkystés et les véritables kystes épithéliaux. Pour ces derniers, MM. Malassez, Verneuil, Nepveu et Reclus soutiennent la même théorie, c'est-à-dire l'origine tout à fait épithéliale de ces kystes. Il n'y a pas de périoste dentaire en tant que membrane; il y a un tissu compact, épais, fibreux, mais il n'y a point de membrane périostique.

M. MAGITOT. M. Malassez se rallie à l'opinion de MM. Verneuil et Nepveu et il s'appuie, pour expliquer la génération d'un kyste dans un groupe d'éléments épithéliaux, d'abord sur la présence de ces éléments dans les kystes et ensuite sur une raison qui serait bien plus grave, sur la non-existence d'un périoste dentaire.

J'ai répondu à la première objection; quant à la seconde, je dirai que, si mince que soit à l'état normal le périoste d'une dent, il est toutefois impossible, suivant nous, d'en nier l'existence. Son étude histologique y a montré la présence de fibres, de tissus conjonctifs, de fibres élastiques, [de vaisseaux, de nerfs et de beaucoup d'autres élements accessoires. Et puis s'il est difficile à percevoir et à disséquer à l'état physiologique, la moindre inflammation, et elles sont fréquentes, l'épaissit, le congestionne et rend la dissection et la séparation très facile. Cet épaississement devient considérable dans les kystes ou les accès sous-périostiques, mais je ne saurais en vérité refuser le nom de périoste à une lame fibreuse que tapisse une couche osseuse, le *cément*, qui participe à tous les phénomènes morbides du périoste ordinaire et qui devient même le siège de néoplasmes dans lesquels se retrouvent les éléments les plus divers, fibreux, fibro-plastiques, myéloplaxes, épithéliums, etc. (1).

Prolifération extraordinaire de corpuscules calcaires dans le tissu musculaire d'un vieux cheval. — (Voir plus haut, page 234.)

Action antiseptique de l'huile. — **M. POUCHET**, le 11 novembre 1883, a saigné des crustacés dans l'huile. Le sang n'a subi aucune altération ; il est resté coagulé et transparent. Une magnifique végétation de myceliums s'est développée aux dépens de ce sang, mais on ne constate aucun prolongement à l'intérieur du sang.

M. CHAMBERLAND demande à quelle température s'est trouvé le vase contenant ce sang.

M. POUCHET répond que c'est à la température plutôt basse du laboratoire du Muséum. Il ajoute que du même sang conservé dans des vases à l'air libre s'est rapidement putréfié.

M. RABUTEAU trouve dans le fait intéressant de M. Pouchet une explication des bons effets qu'on tirait autrefois du cérat et de l'huile dans le pansement des plaies. Le cérat, l'huile, au même titre que les alcools, sont d'excellents antiseptiques.

M. MALASSEZ rappelle que dans certains pays on conserve le vin avec de l'huile.

Transformation de l'amidon en glucose par les tissus vivants. — **M. REGNARD**, après avoir rappelé une communication de M. Charles Richet sur la transformation de l'amidon en sucre par les tissus vivants, signale le fait suivant : Voulant rechercher si les poissons ont de la salive, il avait disposé une expérience dans laquelle des poissons étaient mis en présence de l'amidon. Il ne tarda pas à constater la présence de glucose dans le vase où se trouvaient ces poissons. On pouvait en conclure que les poissons avaient de la salive. Mais avant de conclure aussi vite, M. Regnard se demande si le mucus qui entoure les poissons n'était pas pour quelque chose dans cette transformation de l'amidon en glucose.

C'est en effet ce qui a lieu : c'est ce mucus, et non la salive, qui n'existe pas chez les poissons, qui a cette propriété. Donc un grand nombre de tisssus des animaux possèdent un principe qui a la propriété de transformer l'amidon en sucre.

M. GALIPPE rappelle que Claude Bernard a consacré plusieurs leçons à l'étude de cette propriété des tissus vivants.

Un parasite inconnu en France. — **M. ALBERT ROBIN** rappelle qu'il y a plusieurs mois M. Laboulbène présentait à l'Académie un parasite qui jusqu'ici n'avait pas encore été observé en France. M. Robin complète l'histoire de ce parasite en communiquant l'observation suivante :

Une dame, au Brésil, se promenant à cheval dans une forêt des environs de Rio-de-Janeiro, se sent piquée à la cuisse. Un mois se passe sans rien de particulier ; puis à partir de ce moment cette dame ressent au niveau de la piqûre des douleurs spéciales survenant chaque matin, à l'aurore. Quinze jours après apparaît un petit bouton présentant toutes les apparences d'un furoncle. Un mois se passe encore, puis cette dame s'embarque et vient à Paris, où M. Robin la voit pour la première fois trois mois et demi après la piqûre.

Pendant la traversée qui est de trente jours, cette dame a éprouvé des douleurs atroces revenant périodiquement au lever du jour, douleurs ayant pour point de départ la piqûre, remontant sur tout le côté droit, à la tête; en même temps sa langue devenait aplatie, effilée et la crise se terminait par une sorte de trismus et le renversement du corps en arrière. En voyant le petit bouton, M. Robin crut à un furoncle; mais, en y regardant de

(1) Voir *Mémoire sur les tumeurs du périoste alvéolo-dentaire*. Paris, 1860.

plus près, il vit une toute petite ouverture au sommet; au toucher, on sentait autour plusieurs masses indurées. M. Robin pressa ce furoncle et en vit sortir un bourbillon qui tomba sur le sol. Après avoir pansé la petite plaie, il se disposait à examiner ce bourbillon, quand il le vit remuer; c'était une espèce de larve qui jusqu'ici n'avait jamais été observée en France et qui a été présentée à l'Académie par M. Laboulbène sous le nom de *Dermatobia*. Craignant que les masses indurées qu'on sentait autour du furoncle ne continssent quelques larves semblables, M. Robin pria M. Pozzi de les enlever largement, bien qu'ils fussent dans une région très dangereuse à cause du voisinage des gros vaisseaux. Cette série de masses fibreuses, indurées, composées de tissu graisseux, fut donc enlevée, la plaie cautérisée au chlorure de zinc, et depuis cette dame jouit d'une parfaite santé.

M. MÉGNIN fait observer que depuis ce fait il en a été observé un second, en France, chez un homme qui n'a pas éprouvé les mêmes symptômes que la malade de M. Robin. Il était seulement gêné par la petite tumeur qu'il pressa lui-même, dont il fit sortir cette larve et qui s'est ainsi guéri spontanément.

M. KUNCKEL dit que ce sont là des faits exceptionnels et qu'il s'agit de larves qu'on rencontre habituellement sur certains animaux, tels que le bœuf, le cheval.

M. ALBERT ROBIN rappelle que cette dame était à cheval quand elle a été piquée et que conséquemment le cheval pouvait bien avoir été primitivement atteint.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

V

Le lendemain, nous nous réveillâmes à quatre heures du matin; mais une pluie horrible nous empêcha de partir jusqu'à six heures, nous emportâmes des provisions pour passer la journée dans la forêt qui est à une demi-lieue de distance. Avant d'y arriver, je cueillis sur les murs de Chailly quelques lichens, notamment le *L. griseus* Lamarck, que je trouvais pour la première fois en scutelles sur les murailles, et une *Patellaria*, qui me paraît nouvelle et que je nomme provisoirement *platycarpa* à cause de ses scutelles planes et sans rebords. Bientôt la pluie se déclara sans qu'elle nous empêchât d'herboriser; nous nous enfonçâmes dans la partie de la forêt qui est à gauche de la route; nous ne tardâmes pas à trouver des rochers ou mieux des blocs de grès épars çà et là. Le temps humide était favorable pour récolter des *lichens* et des *mousses :* aussi nous dirigeâmes nos recherches vers ces végétaux. Parmi les lichens je remarquai : 1° le *pustulatus*, excessivement commun, qui est vert lorsqu'il est mouillé, tandis que sa couleur est d'un gris cendré lorsqu'il est sec; 2° le *murinus* Ach., que ses scutelles nous ont bien prouvé ne devoir pas être rangé parmi les *Endocarpon*, comme l'a fait cet auteur; 3° le *deustus* que je crois une espèce entièrement distincte du *saxatilis*, dont quelques auteurs ne font qu'une variété; 4° le *corallinus*, qui est assez fréquent et sur lequel j'ai remarqué des espèces de sachets farineux comme dans les *Variolaria;* ces sachets, le plus souvent blanchâtres, mais ayant quelquefois le disque légèrement rosé, sont tantôt épars et solitaires, tantôt agglomérés; 5° un autre lichen, appartenant comme le précédent au genre *Isidium*, mais qui en est bien distinct, je lui donne provisoirement le nom spécifique de *stalactites* à cause de la disposition et de la forme de ses papilles; 6° le *physodes*, que je n'avais jamais rencontré en scutelles; 7° les variétés innombrables du *pyxidatus* et du *rangiferinus;* 8° sur un seul rocher, beaucoup de *L. sterilis* dont les touffes très garnies avaient les extrémités comme farineuses. Parmi les *mousses* la plus commune est le *Trichostomum canescens;* elle occupe quelquefois des espaces considérables sur les rochers; nous en avons trouvé des touffes qui avaient au moins huit ou dix pieds carrés et que l'on pourrait enlever tout d'une pièce, c'est une sorte de matelas que la nature offre tout fait et sur lequel on serait couché très mollement; ces touffes sont épaisses de six à huit pouces, ce qui dépend de l'âge de la mousse dont les rejets se surmontent annuellement les uns les autres; elles n'ont besoin que de très peu de terre pour végéter; cette mousse forme des tapis blanchâtres lorsque le temps est sec à cause de la soie qui termine les petites feuilles; nous ne pûmes la rencontrer avec des urnes.

A neuf heures, la pluie nous força de nous abriter sous la voûte d'un rocher où nous trouvâmes trois grosses pierres parfaitement disposées pour nous servir de table et de sièges pour déjeuner; nous allégeâmes donc nos bras d'une partie des vivres qui commençaient à nous peser, et, après une demi-heure de halte, nous nous remîmes en marche.

Le temps se mit au beau vers onze heures.

Nous cherchâmes en vain de l'eau pour nous désaltérer; dans tout ce pays, il n'y a pas une seule source, et l'eau de pluie qui se ramasse sur les rochers est de suite gâtée et impotable. Nous apaisâmes un peu notre soif en mangeant de très bonnes mûres sauvages; ce fruit avait un parfum que je ne lui avais jamais trouvé ailleurs, mais il n'était pas aussi abondant que nous l'eussions désiré. Nous trouvâmes dans un lieu en forme de crique l'*Anthericum ramosum* et la *Scilla autumnalis*, l'un et l'autre très communs. Un poteau nous indiqua bientôt que nous étions au *Rocher du cuvier*, lieu que l'on dit être très fertile en plantes et que je désirais beaucoup visiter; ce n'est point un rocher comme l'indique son nom, il y a même très peu de blocs de grès aux environs, c'est une sorte de petit coteau où nous trouvâmes le *Chrysocoma linosyris;* lorsqu'on monte ce coteau, on arrive à une plaine un peu stérile que nous traversâmes et qui nous offrit une *ronce* à feuilles blanches très tomenteuses en dessus et en dessous et qui me paraît différer du *framboisier*, quoique les caractères botaniques semblent s'en rapprocher; nous en cueillîmes plusieurs échantillons. Cette espèce de plateau domine une plaine plus considérable à la gauche de laquelle il y a une forêt de chênes. Vers trois heures, nous fîmes encore une halte, et nous achevâmes nos provisions de bouche. J'allais seul faire un tour dans la forêt de chênes, mais ma course fut infructueuse; je trouvai toutefois une assez grande quantité de mûres avec lesquelles je me désaltérai. Je cherchai des *Vipères* partout, le temps était même très favorable pour les trouver, puisque le soleil était vif; mais nous n'aperçûmes aucun de ces reptiles.

Depuis notre entrée dans la forêt, nous avions suivi une ligne à peu près perpendiculaire à la route de Fontainebleau; nous changeâmes de direction et nous tournâmes à droite afin de gagner la ville; nous quittâmes bientôt les rochers pour entrer dans une forêt composée de vieux hêtres, de chênes et de bouleaux. Sous les écorces des hêtres je trouvai: 1° un beau *Bostrichus* de la grandeur du *capucinus*, d'une tournure vraiment exotique et absolument nouveau: Latreille lui a donné le nom de *B. Dufourii;* 2° plusieurs individus d'une *Eledone* nouvelle appelée *spinosula* par Latreille; cet insecte est appliqué contre le bois sous l'écorce, il est facile à saisir parce qu'il ne bouge pas; 3° la *phalène du hêtre;* 4° une nouvelle espèce de *Dacne* que je nomme *pubescens*. Nous arrivâmes à six heures à Fontainebleau et nous entrâmes dans la première auberge à gauche de la route; on nous fit attendre longtemps un misérable souper que nous dévorâmes; avant de nous coucher, nous mîmes de l'ordre dans notre récolte.

Le 26, à cinq heures du matin, nous endossâmes nos boîtes, nos cartons et nos provisions et nous partîmes par un temps superbe pour visiter l'autre partie de la forêt : nous passâmes par l'endroit appelé la *Pyramide;* ce lieu tire son nom d'une pyramide à quatre faces surmontée d'un aigle et reposant sur les corps de quatre lions; c'est le point de réunion des routes de Montereau, Nemours et Moret. Nous prîmes cette dernière pour visiter une

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 mars 1884.

forêt de pins que je croyais devoir m'offrir quelque chose d'intéressant. Au préalable, pour laisser dissiper la rosée qui était très abondante, nous déjeunâmes avec un cervelas si épicé que nous eûmes rapidement le feu dans la gorge et pas une goutte d'eau pour tempérer cette ardeur ; nous eûmes l'heureuse chance de voir passer une femme qui allait à Fontainebleau avec son âne chargé de fruits ; nous achetâmes de belles cerises et des prunes succulentes dont nous réservâmes une partie pour notre dîner.

En nous dirigeant vers la forêt de pins, nous traversâmes une petite lande qui nous offrit le *lichen icmadophile* que je rencontrais pour la première fois ; les pins qui appartiennent au *Pinus sylvestris*, croissent sur une pente assez rapide au milieu des blocs de grès. Le sol ombragé par leur triste feuillage est frappé d'une stérilité complète ; quelques lichens et des *agarics* peu variés, voilà les seuls végétaux qu'on y rencontre. Lorsqu'on est parvenu à la crête du coteau, on distingue d'une part à ses pieds la route de Moret à Fontainebleau et une plaine immense qui s'étend jusqu'à cette dernière ville, de l'autre, une vaste lande vers laquelle nous trouvâmes quelques lichens sur les rochers et nous observâmes un moment la manœuvre des *formica leo* qui avaient établi leurs nombreux entonnoirs dans le sable au pied des rochers : arrivés à la lande, nous essuyâmes une assez forte averse qui heureusement ne se renouvela pas ; ce lieu stérile ne nous offrit d'autre plante que l'*Anthericum ramosum*. Nous aperçûmes au loin, sur la droite, un monticule vers lequel nous nous dirigeâmes ; à la base de ce monticule, nous trouvâmes une touffe de l'*Epilobium antonianum* et cet endroit nous rappela quelques sites pyrénéens ; du sommet on jouit d'une vue assez étendue ; nous descendîmes par la pente opposée, et, après avoir traversé un terrain sablonneux où je cherchai vainement la *Cicindela sylvatica*, nous arrivâmes sur une espèce de crête élevée, formée d'un sable très blanc ; la chaleur y était assez forte, j'y pris la *Scolia bicincta*, hyménoptère que l'on trouve particulièrement dans les provinces méridionales, et nous cueillîmes le *Cistus apenninus*. De cet endroit, nous aperçûmes dans le lointain un lieu très apparent à cause du sable blanc qui le forme, et nous nous mîmes en marche pour y arriver ; après avoir gravi et descendu plusieurs monticules sans rien trouver que quelques lézards et une petite couleuvre, nous parvînmes au lieu signalé, puis nous entrâmes dans un bois où nous finîmes de manger nos provisions ; chemin faisant, nous rencontrâmes un homme, le seul être humain qui se soit offert à nous dans ces lieux déserts ; il nous dit que nous n'étions pas éloignés de la route pavée qui conduit à Fontainebleau ; après une heure et demie de marche, nous gagnâmes la route de Nemours à Fontainebleau et, avant d'y arriver, nous découvrîmes dans une lande l'*Allium flavum*, la seule plante nouvelle que m'ait procuré ce voyage.

Dans une forêt de vieux chênes dont j'écorçai quelques-uns pour chercher des insectes, je rencontrai l'*Ulciota flavipes* et le *Prionus coriarius*, nous repassâmes encore à la Pyramide et nous arrivâmes à Fontainebleau peu satisfaits de cette course de douze heures dans des sites très divers.

Le 27, nous réglâmes nos comptes avec l'aubergiste passablement original et, à sept heures, nous quittâmes Fontainebleau emportant des provisions pour passer la journée dans la forêt. Après la barrière, nous prîmes à gauche de la route ; je découvris sous l'écorce des hêtres deux beaux individus de mon *Bostrichus*, plusieurs *Eledone spinosula*, un *Colydium filiforme*.

Du reste, notre course fut assez infructueuse ; pour comble de malheur, mon filet se cassa, et à deux heures nous rejoignîmes la grande route qui conduit à Paris : à six heures, nous arrivâmes à Ponthiéry où nous passâmes la nuit.

Le 28, dès cinq heures, nous nous mîmes en route afin d'arriver à Corbeil avant le départ du coche ; nous y arrivâmes vers neuf heures ; après avoir déjeuné, nous allâmes au port attendre la galiote. Corbeil est un village assez mal bâti où l'on fait un grand commerce de farines ; il y a plusieurs moulins établis sur la rivière d'Étampes. La galiote ne se fit pas longtemps attendre, il n'y avait que quatre chevaux pour la tirer en aval de la Seine ; à quatre heures, nous rentrons au port Saint-Bernard. Après avoir dépouillé notre costume bizarre, nous allâmes faire un bon dîner chez *Goison* pour nous dédommager de notre régime frugal pendant ce petit voyage, qui nous avait coûté 38 livres ; il est difficile de voyager plus économiquement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 février 1884, le conseil de la Société de secours aux blessés militaires des armées de terre et de mer est autorisé à accepter le legs gratuit d'une somme de 2,000 francs fait à cette œuvre par M. le professeur Houzé de l'Aulnoit, suivant son testament olographe du 16 octobre 1882.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 février 1884, M. le docteur Couméton est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XIVe arrondissement de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 mars 1884, la chaire de physiologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

— Par décision ministérielle, en date du 6 mars 1884, M. Kiéner, médecin-major de première classe, a été désigné pour l'hospice mixte de Montpellier (médecin-chef des salles militaires). — M. le médecin-major de deuxième classe Yvert est désigné pour l'École d'application de cavalerie, à Saumur. — M. le médecin-major de deuxième classe Mercier est désigné pour le 3e régiment de zouaves.

— Le ministre du commerce vient de nommer une commission chargée d'assurer la participation de la France à l'exposition internationale d'hygiène qui doit s'ouvrir à Londres le 1er mai prochain. Cette commission, qui va se réunir prochainement, est composée de :

MM. Wurtz, professeur à la Faculté de médecine de Paris, président ; le docteur Fauvel, inspecteur général du service sanitaire ; vice-président ; Nicolas, conseiller d'État ; Jacquemart, inspecteur général de l'enseignement technique ; Marié-Davy, président de la Société française d'hygiène ; le docteur Proust, président de l Société de médecine publique ; Faure-Dujarric, architecte ; le docteur Martin, commissaire général de la section française.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Artault, bachelier ès lettres et ès sciences, est chargé des fonctions de préparateur-adjoint des travaux pratiques d'histoire naturelle (zoologie), en remplacement de M. Brumauld de Montgazon, démissionnaire.

Un congé, sans traitement, est accordé, du 1er février au 1er décembre 1884, à M. Lesage, aide au laboratoire des cliniques, à l'Hôtel-Dieu.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Lober est nommé chef du laboratoire des cliniques (emploi nouveau).

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Vesque, docteur ès sciences naturelles, est nommé maître de conférences de botanique.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Dufour, licencié ès sciences physiques et naturelles, est nommé préparateur de géologie, en remplacement de M. Cerquand, démissionnaire.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Études médicales du professeur Lasègue. 2 vol. in-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit, à Louviers (1591). Publié d'après le manuscrit de la Bibliothèque nationale, par A. BENET, précédé d'une introduction par B. DE MORAY. In-8°, papier vélin de 220 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15901.

40

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

99

Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant. E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

40

Goudron-Verne

SOLUBLE

permettant de préparer : 1° une **LIQUEUR** qui *seule* contient *tous les principes* du goudron et qui n'est pas une simple teinture ayant l'odeur et la saveur, mais nullement l'action curative de ce médicament. — 2° Des **Pilules dragéifiées** facilement assimilables et parfaitement tolérées, même par les enfants. Elles remplacent avantageusement le *goudron en capsules* qui ne peut pas être ordonné à tous les malades et jamais à hautes doses comme le *goudron soluble.* — Formules publiées par le *Jal de phie et de Chie*, par le *Répertoire de phie*, par l'*Union pharmaceutique*, par le *Jal de phie* d'Anvers, etc. — Paris, Phie, 25 rue Coquillière. Medaille, exposition universelle d'Amsterdam.

94

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

143

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

9

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

241

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

47

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878.

Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

46

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

122

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

109

LA PLUS PUGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sydney 1879, Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

51

Bas varices Dalpiaz

Paris, 275. r. Saint-Honoré.

Envoi gratuit sur demande du prix courant *médical* et des indications nécessaires.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

106

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. DUVAL, seul élève de son père, le docteur V. DUVAL, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

162

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

103

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Gommes cancéreuses, mal improprement appelé mycosis fongoïde. — HÔPITAL NECKER. I. Ictère spasmodique immédiat. — II. Érysipèle de forme anomale ou eczéma aigu. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie était en très grand nombre hier pour l'élection qui devait donner un successeur à M. Lasègue dans la section de pathologie médicale. On pouvait prévoir que la lutte serait vive entre les deux premiers candidats de la liste, M. Bouchard et M. Siredey. Tous les suffrages se sont portés, en effet, exclusivement sur ces deux noms. M. Siredey, qui, à la précédente élection dans la même section, avait eu 34 voix contre 44 qui donnaient la majorité à M. Ball, a eu cette fois la majorité (48 voix sur 85 votants, contre 37 obtenues par M. Bouchard). Sorti victorieux de la lutte, il a été immédiatement proclamé membre titulaire de l'Académie, sauf l'approbation officielle.

Après l'élection, l'Académie a entendu, entre autres lectures, une partie du rapport sur les épidémies pour l'exercice 1882, par M. Bucquoy qui le terminera dans la prochaine séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Gommes cancéreuses, mal improprement appelé mycosis fongoïde (1).

La nommée G... (Catherine), âgée de quarante-quatre ans, blanchisseuse, est entrée le 17 août 1883, salle Sainte-Rose, lit n° 11.

La malade a eu son grand-parent mort à cent et un ans.

Son père est mort à quatre-vingt-deux ans.

Sa mère vit encore et a quatre-vingt-trois ans.

Une de ses sœurs est morte de la petite vérole à dix-neuf ans.

Une sœur et un frère sont morts à l'âge de deux ans.

Un frère est mort hydropique. Il était buveur.

Il n'y a aucun antécédent positif dans la famille, ni tubercules, ni cancers.

La malade eut toujours dans son enfance une très bonne santé.

Elle s'est mariée à vingt-quatre ans et a eu trois enfants, qui vivent encore et sont très bien portants.

(1) L'histoire de cette malade a été en partie publiée dans une Revue clinique de M. le docteur H. Brochin (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1883.)

Elle n'a jamais eu aucun symptôme de scrofule ou de syphilis.

Elle fut réglée à l'âge de douze ans et bien réglée.

A la fin du mois de mai 1882, à l'époque de ses règles la malade fit une chute. Elle eut une grande frayeur. Ses règles se sont arrêtées.

Le lendemain, il y eut une bosse sanguine sur l'avant-bras droit probablement en un point contusionné pendant la chute.

Six semaines après le coup plusieurs petites tumeurs se manifestent sur le même bras.

Au mois de juillet 1882, à la suite d'une contusion de l'épaule gauche, tout le bras du même côté est pris.

Au mois d'avril 1883, surviennent de nombreuses tumeurs sur la jambe droite, à la suite d'une contusion, d'une pression par un sac ou même d'un léger choc.

Chaque fois que la malade se donnait un coup, il y avait une nouvelle tumeur au point frappé. La malade a toujours été très explicite sur ce point.

En province, à cette époque, la malade prend de l'iodure de potassium et sous l'influence de cette médication les tumeurs, dit-elle, subissent un accroissement très rapide. Ainsi qu'on le voit, les médications altérantes aggravent les cancers.

Une tumeur du bras droit, la plus volumineuse de toutes, s'ulcère.

Au mois de mai, le médecin qui la soignait enlève avec un rasoir une portion d'une tumeur qui siégeait à l'avant-bras gauche. Puis, dans la même séance, il cautérise la plaie avec le fer rouge.

Le lendemain, la plaie est pansée avec de l'eau blanche.

Le surlendemain, toujours avec le rasoir, on enlève un autre morceau de la tumeur.

A chacune de ces opérations, la malade prétend qu'il y a eu des hémorragies abondantes.

Le 17 août, la malade entre à l'hôpital de la Charité. On examine ses urines. Elles sont normales.

La malade a l'aspect de femme solide, sans embonpoint et bien musclée; c'est une forte villageoise.

Il existait au bras droit six grosses tumeurs du volume d'une demi-pomme, d'une noix verte ou d'une prune. La plus grosse occupait la partie supérieure de l'avant-bras, elle était ulcérée sur sa partie saillante; la peau rouge un peu décollée entourait une masse pulpeuse gris noirâtre friable et ne saignant pas facilement; pour nous servir d'un point de comparaison, cette masse pulpeuse ressemblait un peu au fongus bénin du testicule. Les autres tumeurs étaient rosées, molles, ayant la consistance d'un molluscum; enfin, à côté de ces tumeurs, il y avait des petites tumeurs dans l'épaisseur de la peau qui ressemblaient trait pour trait à de l'érythème noueux.

Les tumeurs du bras gauche et celles de la cuisse ressemblaient aux tumeurs non ulcérées du bras droit, et elles étaient au nombre de dix, sans compter les tumeurs de la peau qui ressemblaient à de l'érythème noueux. La tumeur ulcérée du bras gauche qui résultait de l'opération pratiquée en province ressemblait à une gomme scrofuleuse ulcérée qui ne se répare point.

(Un moule du bras de la malade, fait par M. Baretta, existe à l'hôpital Saint-Louis et à l'hôpital de la Charité.)

Un régime tonique est institué (poudre de quinquina et fer réduit). Bains sulfureux.

Le 28 août on ajoute au traitement du sulfate de quinine 0gr,40 par jour.

Les plaies sont pansées avec des cataplasmes et du vin aromatique.

La menstruation se rétablit dès le premier bain sulfureux chez cette femme, qui, depuis trois mois, n'avait pas eu ses règles. Une amélioration rapide fait espérer à la malade une guérison; l'appétit est excellent.

31 août. Quatre tumeurs du bras gauche et trois du bras droit s'affaissent doucement, mais progressivement. Elles pâlissent et se desquament.

La tumeur ulcérée, fongueuse, a diminué de moitié. Elle tombe par gangrène.

Une tumeur du bras droit, près du poignet, commence à s'ulcérer superficiellement par gangrène.

Les autres tumeurs s'affaissent visiblement.

Traitement. — Toujours des bains sulfureux.

Pansement au vin aromatique sur les tumeurs ulcérées.

La disparition des tumeurs suit la marche de leur apparition.

8 septembre. Léger embarras gastrique.

Les règles n'ont apparu qu'une fois depuis la rentrée de la malade.

Les tumeurs qui disparaissent sans s'ulcérer, s'affaissent, pâlissent et se desquament, laissant à leur place une tache brune, pigmentée, caractéristique.

Quand les tumeurs premières sont sur le point de disparaître, d'autres petites tumeurs se développent autour, mais ces dernières ne deviennent point volumineuses.

10 octobre. Depuis quatre jours, il s'est fait une nouvelle poussée de huit à dix tumeurs sur la partie externe et supérieure de la cuisse gauche.

A première vue, on croirait à de l'érythème noueux.

Une poussée analogue mais moins abondante a lieu sur la jambe droite.

15 octobre. La teinture d'iode, employée comme traitement depuis le 28 septembre pour des tumeurs non ulcérées, semble en accélérer la desquamation et la diminution.

Une tumeur ulcérée touchée à la même époque avec la teinture d'iode s'affaisse très rapidement. La douleur est assez violente, mais bien supportée.

21 octobre. Les nouvelles poussées sur les jambes sont formées de tumeur peu volumineuses qui commencent déjà à se desquamer.

25 octobre. M. Després ajoute au traitement de l'eau de Vichy.

28 octobre. Ulcération d'une petite tumeur de la partie interne et postérieure du bras droit.

Il y a eu encore une autre poussée de petites tumeurs à la jambe droite, mais, comme les autres, elles ont une durée très courte.

L'ulcération de la tumeur qui a été incisée en ville n'a aucune tendance à la réparation. Elle irait plutôt en augmentant. On voit les muscles de la région à découvert.

L'appétit est faible.

L'amaigrissement est manifeste.

7 novembre. Trois petites tumeurs ont apparu sur le front. Mais leur évolution a été rapide. La desquamation a été complète en quelques jours.

Le 10 novembre. Nouvelles plaques sur la face, à laquelle elles donnent un aspect repoussant.

A la partie moyenne de la face externe des gencives, tant supérieure qu'inférieure, apparaît une tumeur de 4 centimètres de largeur sur 1 de hauteur et assez épaisse pour projeter en avant les lèvres de la malade.

L'examen du sang est pratiqué par M. Malassez.

De plus, M. Després enlève un morceau d'une tumeur pour en pratiquer l'examen microscopique, qui sera ultérieurement publié.

Examen du sang : Par millimètre cube de sang : globules rouges, 2,580,000; blancs, 3,750; hémoglobine, 7,5.

Rapport des globules blancs aux rouges, 1/688.

Quantité d'hémoglobine par globule, 27.

D'une richesse normale en hémoglobine.

Rapport normal de globules blancs à globules rouges.

Rappelons que, dans des examens antérieurs, M. Desnos avait, par la palpation, délimité une rate à peu près normale.

M. Landouzy, à l'auscultation, a diagnostiqué un rétrécissement aortique (souffle systolique très net, à direction ascendante, au niveau de la base du cœur).

Quoi qu'il en soit, la malade s'affaiblit, ne mange plus et va de plus mal en plus mal. Sa face est bouffie, rouge. Elle a du délire toutes les nuits. Elle meurt le 17 novembre, après deux jours de rêvasseries et sans fièvre. Sa température ne s'éleva pas à plus de 38°,5. La malade s'éteignit sans présenter aucun symptôme particulier.

A l'autopsie, nous ne trouvons aucune lésion organique des viscères. Le cœur gauche était un peu gros, mais les deux poumons exsangues présentaient un emphysème généralisé tel que les poumons étaient absolument blancs. En pressant les organes pour en exprimer l'air, les poumons se réduisaient à une simple membrane. Il y avait à peine de sang dans les vaisseaux pulmonaires. Il n'y avait rien aux orifices du cœur, rien au cerveau. Aucun ganglion lymphatique n'était gros. Voici le poids des organes : foie, 2,100 gr.; rate, 600 gr.; rein, 170-175; cœur, 300 gr.; il n'y avait rien au cerveau et rien dans les os.

En fait de particularité, nous n'avons trouvé qu'un petit point noirâtre gros comme une lentille à la surface du foie et qui paraissait un infarctus, le jéjunum renfermait un paquet d'ascarides, enfin la langue, les cordes vocales supérieures présentaient des épaississements qui paraissaient être des plaques de tissus morbides analogues aux tumeurs de la peau que nous avons comparées à l'érythème noueux.

Les observations de mycosis fongoïde publiées sont loin de se ressembler toutes. La thèse de M. Demange (1), l'article du *Dictionnaire encyclopédique* dû à Bazin, le montre bien. La désignation commune que l'on a appliquée à ces faits prouve que le terme mycosis fongoïde est impropre. Le mot cancer de la peau serait peut-être meilleur, — il est clair que le mal vient de plus loin que le tégument, — mais je préfère une autre expression qui pourtant s'en rapproche. Ma malade présentait des tumeurs qui avaient une grande analogie avec les gommes et je crois que nous pouvons appeler ces tumeurs des gommes cancéreuses de la peau.

Les gommes devraient, comme les abcès, être étudiées en tant que lésions symptomatiques, d'une manière spéciale sans en faire toutefois une entité morbide. On décrirait alors les gommes simples d'origine traumatique, les gommes diathésiques, de la scrofule, de la syphilis, des maladies graves antérieures, et enfin les gommes cancéreuses.

Le type le plus simple des gommes cancéreuses serait la mélanose généralisée avec tumeurs dont il y a de nombreux exemples chez les chevaux blancs en particulier, et qu'on a observée un certain nombre de fois sur l'homme. Le type plus grave serait ces tumeurs improprement appelées mycosis fongoïde qui tuent les malades en dix-huit mois, comme on peut le voir par notre observation et par plusieurs de celles qui ont été déjà publiées.

Pourquoi cette pathogénie des gommes cancéreuses serait-elle rejetée, quand on voit, chez les syphilitiques qui n'ont présenté aucun accident depuis dix ans, survenir

(1) Étude sur la lymphadénie, Th. Paris, 1874.

Son œuvre a pour base un nombre considérable d'observations personnelles recueillies, pour la plupart, à l'hôpital, soit dans les salles, soit à la consultation.

En quatorze ans, M. Mauriac a donné, dans son service, des soins à plus de 18,000 malades; plus de 115,000 ont bénéficié du traitement externe. On ne saurait trouver ailleurs un semblable champ d'investigations et l'on comprend sans peine quelle vaste expérience et quel profit un esprit observateur a pu tirer d'une mine aussi riche. Dans une série de vingt leçons exposées avec autant de clarté et d'élégance que de science pratique, l'auteur s'est efforcé, presque à chaque page, de mettre le malade en scène, à l'aide de faits qu'il intercale dans le texte ou qu'il présente sous forme de notes ou d'appendices, et l'on doit reconnaître qu'il a toujours eu pour but principal de placer au premier plan le côté clinique des questions, dont il s'est successivement occupé.

La première leçon est consacrée à des considérations générales sur les affections vénériennes, la blennorragie, le chancre simple et la syphilis. On y trouvera aussi un résumé de l'histoire de cette dernière maladie. M. Mauriac fait allusion à des expériences d'inoculation et de réinoculation auxquelles il s'est livré; il traite de l'évolution des phénomènes qui appartiennent à ces diverses espèces morbides. Il commence, à la fin de cette leçon, l'étude de leur processus et de leurs affinités pathologiques; puis il poursuit, dans la leçon suivante, ces considérations qui constituent un chapitre fort substantiel de pathologie générale.

Dans les trois leçons suivantes, les maladies vénériennes sont étudiées au point de vue démographique. Pour élucider cette importante question d'hygiène publique, l'auteur a utilisé des statistiques qui lui ont permis de faire facilement comprendre au lecteur les fluctuations numériques constatées à Paris, pendant treize années consécutives, pour la blennorragie, le chancre simple ou la syphilis. Ces tableaux de statistique sont accompagnés de réflexions sur les causes probables de ces fluctuations et de détails fort curieux sur les contingents fournis par les différents quartiers de la capitale.

Dans la sixième leçon, M. Mauriac s'occupe spécialement de la syphilis; il donne de grands développements à l'étiologie de la question, sans négliger son côté expérimental. Il fait remarquer que le rôle des microbes dans la genèse de la maladie est encore hypothétique, mais qu'il est rationnel d'admettre ce rôle.

Dans les septième, huitième, neuvième et dixième leçons, l'auteur décrit le chancre infectant, ses variétés, son mode d'évolution. A l'aide de quatre-vingt douze observations authentiques, il cherche à établir, sur des données précises, les lois de l'incubation. On a dit en Allemagne, dans ces dernières années, que, par la destruction de l'accident primitif très peu de temps après son début, on empêche l'infection.

En raison des faits qui lui sont personnels, M. Mauriac croit pouvoir affirmer que l'excision n'a aucune action préservatrice. Il regarde le chancre infectant tout à la fois comme effet et comme cause de l'intoxication; il le considère non seulement comme la première manifestation de la pénétration du virus dans l'économie, mais comme un foyer morbide local, dans lequel s'engendrent de nouvelles particules virulentes qui vont augmenter l'activité de celles qui existent déjà, et produisent de nouveaux foyers par l'intermédiaire des lymphatiques dans lesquels ils pénètrent. Cette portion de l'ouvrage est particulièrement intéressante et instructive.

On pourra lire dans la onzième leçon la description des troubles constitutionnels qui précèdent ou accompagnent les premiers accidents généraux de la syphilis et, dans les six leçons suivantes, celle des syphilides dont les caractères sont tracés avec beaucoup de soin et groupés selon quatre types différents : l'érythémateux, le papuleux, le pustulo-ulcéreux et l'ulcéro-gommeux. Les lésions du tissu cellulaire sous-cutané forment le sujet de la dix-huitième leçon; dans la dix-neuvième, M. Mauriac fait l'histoire du phagédénisme; il décrit son processus, ses complications. Enfin, dans la vingtième et dernière leçon, il parle surtout de thérapeutique; cette savante étude est suivie d'un appendice sur l'action curative de l'érysipèle par rapport aux manifestations syphilitiques; il faut mentionner aussi une note très curieuse sur les origines de la syphilis. Cette note n'est elle-même que le résumé d'un travail publié dans les *Annales de dermatologie et de syphiliographie*, par le professeur Rollet (de Lyon).

On rencontre à chaque pas, dans ce nouveau livre de M. Mauriac, les hautes qualités de style, le talent d'exposition que sa dissertation inaugurale sur les maladies du cœur, sa traduction du traité de West sur la pathologie interne, ses nombreuses et importantes monographies sur les affections spécifiques, nous ont appris depuis longtemps à connaître et à apprécier. La lecture de cet ouvrage est attrayante; elle sera profitable à tous les praticiens. Ils trouveront dans cette œuvre magistrale un immense savoir et le développement d'idées originales, mises en relief avec autant de vigueur que de netteté. Nous espérons que, fidèle à son programme, notre distingué et laborieux confrère ne s'arrêtera pas en chemin, et fera paraître successivement les autres séries de leçons qu'il nous promet dès aujourd'hui sur les syphilis tertiaire et héréditaire, le chancre simple et la blennorragie.

Traité théorique et pratique du massage (1), par le docteur Gustav Norström (de Stockholm).

Le massage connu dans l'antiquité, appliqué dans les bains grecs, estimé chez les Romains qui l'employaient dans un but d'hygiène et de thérapeutique, le massage fut oublié ou à peu près au moyen âge. A partir du XVIIe siècle seulement on y revient; les premiers travaux sur le sujet, naïfs et peu scientifiques, sont suivis de monographies plus sérieuses telles que celles de Meibom et de Tissot.

Au XIXe siècle, la méthode prend un nouvel essor. Des médecins français la décrivent, montrent tout le parti qu'on peut en tirer dans la plupart des affections articulaires. Malheureusement, à côté de ces praticiens éclairés, un grand nombre d'empiriques massèrent à tort et à travers. Des accidents graves ou incurables furent produits. Aussi les chirurgiens les plus instruits n'acceptèrent le massage que sous bénéfice d'inventaire. Bonnet s'en défia. Malgaigne ne l'admit que dans des rares conditions. Les médecins n'osèrent bientôt plus s'occuper ouvertement d'un procédé utile, mais dont le nom seul faisait songer à un rebouteur.

Le livre de M. Norström semble destiné à marquer le début d'une nouvelle phase dans l'histoire du massage.

L'auteur connaît son sujet; il expose une série de travaux à peu près inconnus en France: ceux de ses compatriotes.

Un médecin d'Amsterdam, M. Mezger, a, paraît-il, fait école.

Au lieu de se borner à pratiquer le massage empiriquement sans essayer de se rendre compte de son action sur les tissus et sur les organes, il s'est efforcé d'étayer sa pratique sur des théories rationnelles; de tirer parti des données fournies par l'anatomie pathologique et la physiologie. Absorbé par les exigences d'une clientèle très étendue, le médecin hollandais n'a point propagé ses idées par la plume; il s'est borné à les émettre verbalement. Ses premiers élèves, des Suédois pour la plupart, en sont les vulgarisateurs et les défenseurs.

Le travail de M. Norström a en vue surtout la pratique, mais il ne perd jamais de vue le côté scientifique du sujet: il y a dans son livre des discussions approfondies sur la thérapeutique des affections des jointures, sur les inflammations parenchymateuses des muscles et leurs conséquences; sur l'intervention manuelle dans certaines affections du système nerveux qu'on traite depuis quelques années par le massage en Angleterre et en Amérique. L'auteur publie une quantité considérable de documents, observations isolées, discussions à la Société de chirurgie de Paris, aux réunions annuelles des médecins allemands, aux Sociétés des médecins de Stockholm et de Helsingfors. On peut ne pas partager son avis, d'autant mieux qu'il a sur certains points des idées d'une hardiesse extrême, on est toujours obligé de compter avec ses arguments. Sa dialectique est serrée, c'est celle d'une personne persuadée elle-même et qui veut persuader les autres.

(1) In-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Trélat a été désigné par le ministre, conformément à la proposition de l'Académie de médecine, pour la représenter au Congrès de Copenhague.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A partir du 15 mars 1884 et pour toute la durée du semestre d'été, les leçons de M. le professeur Pajot à la clinique d'accouchements se feront au lit des malades tous les jeudis à huit heures et demie du matin. Les mardis et les samedis et à l'amphithéâtre : manœuvres opératoires et interrogatoires sur la thérapeutique obstétricale pour les élèves inscrits. Les autres jours, étude de la grossesse, toucher.

MM. les élèves qui auraient des réclamations à faire sont priés de s'adresser à M. le professeur Pajot tous les jeudis après la visite.

— MM. les étudiants ayant plus de dix inscriptions qui désireraient remplir les fonctions d'externes dans les hôpitaux de Paris sont priés de se faire inscrire immédiatement au secrétariat de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, nº 3.

— *Muséum.* — L'exposition des collections sous-marines du « Travailleur » et du « Talisman » qui a lieu en ce moment au Muséum sera fermée le 16 mars 1884 au soir; mais elle sera ouverte de nouveau du 7 au 20 avril 1884, à l'occasion de la réunion des délégués des Sociétés savantes à la Sorbonne.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Rémy, agrégé, suppléant de M. le professeur Béclard, commencera le cours de physiologie, le lundi 17 mars 1884, à cinq heures de l'après-midi, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure dans le grand amphithéâtre. Il traitera des muscles, du système nerveux et des organes des sens.

— M. le professeur Hayem reprendra ses leçons de thérapeutique et matière médicale, le jeudi 20 mars 1884, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre. — Il traitera des médications.

— M. le docteur Reclus, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, le vendredi 21 mars 1884, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies générales et des maladies des tissus.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du second semestre de la Faculté s'ouvriront le lundi 17 mars 1884 à la Sorbonne ; ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. le professeur Jamin ouvrira le cours de physique le mardi 18 mars, et le continuera les mardis et samedis suivants, à deux heures. Il fera la seconde partie du cours de physique et traitera de l'acoustique et de l'optique.

M. le professeur Milne-Edwards ouvrira le cours de zoologie, d'anatomie et de physiologie comparée le mardi 18 mars, et le continuera les mardis et samedis suivants à trois heures et demie. Il traitera des fonctions de nutrition et de génération dans l'ensemble du règne animal. Les travaux pratiques et conférences qui, depuis le mois de novembre, ont lieu dans le laboratoire des Hautes-Études dirigé par ce professeur, seront continués pendant la première partie du second semestre.

M. le professeur Duchartre ouvrira le cours de botanique le mercredi 19 mars, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à midi un quart. Il traitera des classifications, plus particulièrement de la méthode naturelle, et il étudiera les principales familles de plantes.

M. le professeur Wurtz ouvrira le cours de chimie organique le mercredi 19 mars, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à une heure trois quarts. Après avoir exposé quelques notions générales sur les fonctions en chimie, il traitera des carbures d'hydrogène, des alcools, des aldéhydes, des acides de la série grasse. Il terminera par l'histoire abrégée des composés aromatiques en insistant particulièrement sur les bases appartenant à cette série.

M. le professeur Hébert ouvrira le cours de géologie le mercredi 19 mars et le continuera les mercredis et vendredis suivants à trois heures. Il exposera successivement les caractères de chacune des périodes géologiques.

Les conférences auront également lieu ainsi qu'il suit, mais les étudiants ne sont admis à les suivre qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée :

M. J. Chatin, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à dix heures, dans le nouvel amphithéâtre, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux, indiquées par M. le professeur Milne-Edwards.

M. Joyeux-Laffuie, suppléant M. Joliet, maître de conférences, fera, au laboratoire de zoologie expérimentale, les mercredis à cinq heures et les samedis à sept heures et demie du soir, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur Lacaze-Duthiers.

M. Velain, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à neuf heures, dans le nouvel amphithéâtre, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés au laboratoire de géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

M. Vesque, maître de conférences, fera, les lundis et jeudis, à midi, des conférences, ou surveillera des exercices pratiques, sous la direction de M. le professeur Duchartre. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

M. Mouton, maître de conférences, dirigera les travaux les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Boutz, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours ou indiquées par M. le professeur Jamin. Ces conférences auront lieu les mardis et samedis, à quatre heures et demie, dans le nouvel amphithéâtre.

M. Jeannetaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis à huit heures et demie, dans le laboratoire de minéralogie.

M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique, les mardis et samedis, à dix heures et demie, au nouveau laboratoire, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray.

M. Salet, maître de conférences, fera, les mercredis, à trois heures et demie, des leçons de spectroscopie et photochimie, et les vendredis, à la même heure, des conférences de chimie organique.

M. Riban, maître de conférences, directeur adjoint du laboratoire de chimie, dirigera les travaux tous les jours, de neuf heures à midi et de une heure à cinq heures. Les manipulations pour la licence auront lieu les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures.

— *Muséum.* — M. Dehérain, professeur de physiologie végétale, commencera ce cours le mardi 18 mars 1884, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le professeur traitera du développement des végétaux, de la germination, de l'assimilation du carbone, de l'azote, des matières minérales, de la formation des principes immédiats de la transpiration, de la respiration et de la maturation. Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques dans le laboratoire, rue de Buffon, 63 ; elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15906.

N° 32. — SAMEDI 15 MARS 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 15 MARS 1884. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Hémi-contracture primitive de la face d'origine centrale. — Maladie kystique des mamelles. — Opération d'urétrotomie interne. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémi-contracture primitive de la face d'origine centrale.

M. Potain nous a exposé, dans une de ses dernières leçons cliniques, un cas rare et d'une détermination diagnostique extrêmement difficile, surtout au point de vue causal. Bien que le diagnostic formulé par M. Potain soit simplement probable et qu'il n'ait pour lui ni la sanction thérapeutique, ni la sanction anatomique, nous avons pensé que la savante analyse à l'aide de laquelle il est arrivé à motiver ses présomptions, ainsi que le fait en lui-même, ne seraient point sans intérêt pour nos lecteurs.

Voici d'abord le fait ;

Un homme âgé de soixante-quatre ans, marchand ambulant, assez fortement constitué, entré à l'hôpital Necker le 28 février, pour des douleurs qu'il dit éprouver dans les genoux, de la faiblesse dans les membres inférieurs et un peu de difficulté à marcher. Cet homme raconte qu'il y a trente ans il a été pris d'une bronchite avec hémoptysies abondantes et répétées qui ont persisté pendant dix ans. En 1879, il a commencé à éprouver, pour la première fois, des maux de tête, dont il rapportait plus particulièrement le siège à la région pariétale gauche, avec des étourdissements, des vertiges, surtout pendant la nuit; lorsqu'il était couché, il lui semblait voir se mouvoir et tourner autour de lui le plafond de sa chambre; dans la journée, les vertiges étaient beaucoup moins forts et ne l'empêchaient pas d'aller et venir et de se livrer à ses affaires. Une fois, cependant, tout en se sentant d'ailleurs assez fort, il fut jeté tout à coup violemment à terre, sans perte de connaissance; la chute avait été tellement brusque qu'il lui a été impossible de se rendre compte comment et dans quel sens il était tombé. Ces chutes se sont reproduites plusieurs fois depuis, et deux fois il a pu remarquer qu'il était tombé en arrière. Enfin, en 1880, il s'aperçut un jour, en se levant, qu'il avait la face déviée à gauche. Cette déviation a toujours persisté depuis. Voici l'état actuel du malade. Nous aurons à examiner chez lui, avec la déviation de la face, les troubles de la motilité et de la sensibilité.

Déviation de la face. — Cette déviation n'est pas le fait de la paralysie du côté opposé, donnant lieu à une rétraction par défaut d'antagonisme; elle est l'effet direct de la contracture des muscles animés par les branches du nerf facial: elle occupe en effet toute la circonscription des régions innervées par ce nerf. Il en résulte, indépendamment du retrait de la commissure labiale, un sentiment de malaise dans tout le côté gauche de la face, une difficulté, une gêne des mouvements de mastication, la diminution de l'ouverture palpébrale et l'impossibilité de clore complètement la paupière, l'état lisse de la peau du front de ce côté, tandis que le côté droit est ridé. La contracture ayant envahi jusqu'au nerf hypoglosse, il y a une déviation de la langue. Tous les muscles contracturés restent soumis à l'action de la volonté, mais ils ne lui obéissent que dans une limite très restreinte.

La sensibilité cutanée est altérée non seulement sur la face, mais aussi sur le tronc et sur les membres; elle est généralement diminuée dans tout le côté gauche. Il faut exercer une pression beaucoup plus forte sur tous les points de ce côté, pour produire une impression qu'on obtient à droite avec une pression beaucoup moindre. Tandis que le côté droit perçoit très bien des différences de température d'un degré, il faut au moins un écart de 3 à 4 pour que la différence soit perçue à gauche.

Enfin les mouvements, sauf ceux du côté gauche de la face qui sont limités, comme nous venons de le dire, par la contracture, mais non paralysés, sont normaux dans tout le reste du corps; ils sont seulement un peu affaiblis. Ainsi la pression des mains ne donne au dynamomètre que 16 du côté gauche et 24 du côté droit, la force des muscles des membres inférieurs est suffisante pour la marche. Cependant il y a une certaine irrégularité dans les mouvements, non pas semblables, mais analogues seulement, bien que cette analogie elle-même soit un peu éloignée, à celle de l'ataxie locomotrice. Il y a une certaine difficulté d'équilibre dans la station debout, le malade chancelle, hésite, titube un peu quand il s'agit de se remettre en mouvement, mais sans cette projection de jambes à droite et à gauche comme dans l'ataxie. Cette hésitation est un peu augmentée, mais faiblement par l'occlusion des yeux. Il n'y a point de tremblement.

Enfin le malade accuse des douleurs de tête et quelques douleurs dans les membres, surtout dans les genoux.

On se trouve, comme on le voit, en présence d'un cas complexe. C'est évidemment dans le système nerveux qu'il faut chercher la lésion, cause des phénomènes morbides

constatés. Mais quel est le siège de cette lésion? quelle en est la nature?

On vient de voir que les principaux phénomènes se résument dans la contracture des muscles de la face et dans quelques troubles de la sensibilité et de la motilité générales.

La contracture des muscles de la face n'est pas un fait rare, en tant que contracture secondaire, consécutive à une paralysie ou qu'elle soit provoquée par l'électrisation, comme Duchenne (de Boulogne) en a rapporté des exemples. Mais ce qui est beaucoup plus rare, c'est la contracture primitive idiopathique, et surtout la contracture primitive tonique. Or c'est le cas auquel on a affaire ici.

On connaît les faits de contracture primitive clonique, tics non douloureux de la face. Les docteurs François (de Louvain), Debrou (d'Orléans), dans un très intéressant mémoire inséré dans les *Archives de médecine*, en 1864, en ont rapporté de curieux exemples. On connaît aussi les contractures symptomatiques ou par action réflexe, consécutives à des plaies de la face, dont M. Duplay a cité quelques cas dans son *Traité de pathologie chirurgicale*. Mais il y a peu d'exemples connus de contracture tonique idiopathique, semblable au cas présent.

Dans ce cas-ci, en effet, la contracture n'est pas l'effet d'un réflexe. On ne trouve nulle part dans l'économie une lésion quelconque qui ait pu en être le point de départ, aucun signe d'une affection diathésique ou autre préexistante. Elle ne peut donc être que le résultat d'une lésion portant sur l'un des points de l'appareil nerveux qui préside aux mouvements de la face, appareil que cette lésion n'a pas détruit, auquel cas il y aurait paralysie au lieu de contracture, mais qu'elle irrite à un certain degré d'une manière permanente.

Cet appareil nerveux ne peut être que le nerf facial lui-même dans l'un des points de son trajet ou les centres nerveux, soit dans les points de l'encéphale que ce nerf traverse, soit dans ceux où il prend son origine, ou enfin la surface corticale du cerveau.

M. Potain a passé successivement en revue tous les points du parcours si long, si varié, si accidenté du nerf facial, pour y chercher le siège possible ou présumable de la lésion, d'après la répartition et les caractères des symptômes, et il ne l'a trouvé ni dans les diverses branches externes ou périphériques de ce nerf, ni dans son tronc et dans son passage à travers le canal de Fallope, ni dans sa portion intra-crânienne. Toutes ces localisations ont été successivement éliminées; celle des branches terminales parce qu'il était évident que la lésion remontait plus haut, d'après les symptômes constatés.

Une lésion corticale, à la rigueur, eût été possible; elle a été constatée dans l'une des observations rapportées par M. Debrou dans le mémoire précité, mais elle ne rendrait pas compte du vertige, des chaleurs subites, des troubles de la sensibilité qui ont été constatés chez ce malade.

Tout porte M. Potain à penser que la lésion a son siège dans le cervelet, dans la portion du cervelet, du moins, qui constitue la paroi supérieure du quatrième ventricule, une lésion dans cette région pouvant produire par voisinage l'irritation permanente du noyau d'origine du nerf facial. La céphalalgie de siège variable, l'asthénie, faiblesse générale, la déséquilibration des mouvements, la difficulté et l'hésitation de la démarche, les troubles de la vue, par défaut d'accommodation ou par lésions rétiniennes, la chute subite, les impulsions involontaires, sans vestiges ni perte de connaissance, les anesthésies, l'hémiplégie faciale, enfin la contracture de la face, tels sont les signes qui ont été assignés aux tumeurs cérébelleuses. Or la plupart de ces lignes se retrouvent ici.

Quant à la nature de la tumeur, est-ce un syphilome, une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse, un lipome, un gliôme, un myxome, un anévrysme d'une artère cérébelleuse, une production vivante, un cysticerque ou une tumeur à échinocoques? On comprend toutes les difficultés qu'il y a à se prononcer. On peut déjà, par exclusion, éliminer l'idée d'une tumeur syphilitique; cet homme assure n'avoir jamais eu la syphilis et, de fait, il n'en présente pas sur son corps la moindre trace. On lui a déjà d'ailleurs, en manière de pierre de touche, fait subir un traitement mercuriel qui n'a amené absolument aucune modification dans son état. Il n'y a aucune probabilité pour une production cancéreuse ou tuberculeuse, le malade ne présentant aucun signe diathésique de cette nature. La seule hypothèse qui puisse présenter en sa faveur quelque probabilité serait, suivant Potain, celle d'une tumeur vivante, d'une tumeur hydatique, par exemple, si l'on rapproche surtout de l'état présent l'un des antécédents mentionnés plus haut, les hémoptysies auxquelles cet homme dit avoir été fréquemment sujet pendant une période d'une dizaine d'années. Ces hémoptysies, que l'on ne peut pas attribuer à une tuberculisation qui ne s'est nullement manifestée ni à cette époque, ni depuis, ne pourraient-elles pas avoir eu pour origine des cysticerques du poumon?

Quoi qu'il en soit, le pronostic de cette affection est grave; il est possible, sans doute, qu'elle ait encore une longue durée, comme il est possible aussi que cet homme soit sous l'imminence d'accidents promptement mortels. Le traitement, dans l'ignorance où l'on est de la cause, et, cette cause fût-elle connue, dans l'impossibilité où l'on serait de l'atteindre directement, ne peut être que principalement hygiénique. On devra s'attacher surtout à prévenir toute secousse, toute irritation. A l'ensemble des moyens hygiéniques on joindra l'usage de l'iodure de potassium. Et si malgré ces précautions les symptômes paraissaient avoir de la tendance à s'accroître, on recourrait à de légères émissions sanguines, à l'application d'un cautère ou d'un séton à la nuque, et à des dérivatifs sur les intestins pour prévenir ou combattre toute tendance aux congestions vers l'encéphale.

Maladie kystique des mamelles.

Dans la série des leçons par lesquelles il vient de terminer son semestre d'hiver, M. le professeur Verneuil a passé en revue les tumeurs du sein et leur traitement chirurgical. Il serait beaucoup trop long de reproduire ici, même en résumé, la substance de ces leçons. Nous aurons certainement l'occasion d'en reprendre plusieurs points en sous-œuvre, soit au point de vue du diagnostic, soit au point de vue du traitement et particulièrement des procédés opératoires et du pansement. Nous ne voulons ici pour le moment qu'en retenir un point seulement, qui nous a paru particulièrement intéressant, en raison même de ce qu'il est peut-être moins connu que les autres et qu'il mérite par conséquent davantage d'être signalé; nous voulons parler de cette variété de néoplasie de la mamelle que M. Reclus a décrite récemment et à laquelle il a proposé de donner le nom de

maladie kystique des mamelles, nom que M. Verneuil a adopté pour son compte.

M. Reclus assigne à la maladie kystique des mamelles deux caractères bien nets : d'abord les kystes, en nombre souvent considérable, occupent la glande tout entière. Tandis que l'on voit ordinairement les cavités se développer au milieu d'une tumeur (sarcome, épithéliome, carcinome) qui n'atteint guère, quel que soit son volume, qu'une partie de la mamelle, restée saine en d'autres points, ici la glande est partout envahie.

Le deuxième caractère consiste en ce que dans cette affection particulière les kystes sont bilatéraux ; les deux mamelles en sont atteintes, tandis que c'est tout à fait exceptionnellement que ses néoplasies siègent à la fois dans les deux glandes.

Voici les caractères cliniques que M. Reclus assigne à ces tumeurs : Un premier point remarquable est l'absence de tumeur au sens propre du mot, l'existence d'un kyste volumineux avait fait penser à d'habiles cliniciens qu'un néoplasme s'était développé dans la mamelle. Mais la dissection a prouvé à M. Reclus qu'il s'agit de cavités éparses dans le parenchyme et entourées de tissus d'une résistance, d'une coloration et d'une structure normales. On a donc affaire, non à une tumeur limitée, mais à une glande saine en apparence et dont les acini et les conduits sont dilatés par une formation kystique plus ou moins confluente.

Ces kystes sont plus abondants qu'on ne le soupçonnerait au premier abord. On en distingue quinze, vingt, trente, au centre ou à la périphérie de la glande; mais la coupe en révèle un plus grand nombre que la palpation ne permettai pas de reconnaître.

Ces kystes renferment un liquide mucoïde variable de couleur et de consistance, bien que de même composition au fond ; substance mucoïde plus ou moins fluide et tenant en suspension des matières colorantes du sang, des globules déformés, des cellules, de la graisse et quelques cristaux.

Les kystes sont épars dans un parenchyme glandulaire normal. Ces glandules kystiques présentent en des régions différentes les trois aspects distincts relatifs aux trois conditions ou manières d'être normales du sein, suivant qu'il ne sécrète pas encore, qu'il sécrète ou ne sécrète plus, savoir : la substance dure, fibreuse et nacrée du sein vierge, la substance grenue, grisâtre et lobulée du sein en lactation, enfin la substance fibro-graisseuse du sein flétri.

Voici le premier fait observé par M. Reclus :

Une femme de trente-cinq ans se présente avec une tumeur au sein gauche du volume d'un œuf de pigeon, arrondie, très dure et difficilement isolable du tissu glandulaire environnant. Au pourtour, petites nodosités rappelant les lobules mammaires injectées de matières solides. Pression sans douleur ; pas d'écoulement par le mamelon. Peau normale et souple. Ganglions voisins sains.

Un chirurgien éminent des hôpitaux avait diagnostiqué une tumeur maligne.

L'opération fut pratiquée, le kyste enlevé, mais une récidive ne tarda pas à se manifester ; c'est-à-dire développement de kystes voisins laissés dans la tumeur. Nouvelle opération fut pratiquée, mais ce fut cette fois l'ablation totale du sein. La dissection montra des kystes en tout semblables aux premiers; la mamelle en était remplie et ressemblait à une grappe de raisin. La guérison fut cette fois définitive.

M. Reclus a relevé une deuxième observation semblable sur une femme de quarante-cinq ans ; M. Verneuil en a vu plusieurs depuis.

La maladie kystique est-elle bénigne ? Jusqu'ici le pronostic a paru à M. Reclus assez rassurant. Sa première malade, opérée depuis six ans de la mamelle droite et depuis trois ans de la mamelle gauche, n'a pas présenté trace de récidive; chez la deuxième malade, l'un des deux seins est extirpé depuis quinze mois et l'autre depuis dix mois, et la guérison, jusqu'à présent, semble devoir être durable.

Mais l'anatomie pathologique n'est pas aussi rassurante (1) : aussi le pronostic doit-il être réservé.

Tant que les végétations épithéliales n'ont aucune tendance à l'envahissement rapide, tant qu'elles sont contenues par la membrane d'enveloppe des cavités glandulaires, cette membrane forme une barrière qui sépare les acini des lacunes et des capillaires lymphatiques. Mais dès que cet obstacle est forcé, rien ne s'oppose à la marche progressive de la tumeur qui peut prendre alors les allures d'un véritable cancer.

Le traitement semble nettement indiqué : l'intervention dn chirurgien est de rigueur. L'extirpation doit être totale et la dissection doit être des plus attentives, pour ne pas laisser à la périphérie quelques lobules égarés dont la prolifération épithéliale amènerait l'apparition d'une tumeur nouvelle.

Nous avons vu M. Verneuil pratiquer l'ablation totale de la mamelle pour un cas de ce genre. Le résultat a été heureux. Mais il ne s'est pas écoulé encore un laps de temps suffisant pour que nous puissions en connaître le résultat définitif, au point de vue de la récidive.

OPÉRATION D'URÉTROTOMIE INTERNE.

Par M. le docteur A. Fort.

L'opération de l'urétrotomie est devenue une opération si vulgaire que nos journaux médicaux n'en contiennent plus aucune observation. Ce silence est fâcheux et cause des malheurs dont ne se doutent pas les habiles praticiens qui opèrent dans les grands centres.

Je pratique la chirurgie dans un pays où les rétrécissements de l'urètre sont excessivement fréquents. Aujourd'hui j'ai une pratique assez considérable, puisque j'ai fait plus de trois cents opérations de rétrécissements de l'urètre soit par l'électrolyse, soit par l'urétrotomie interne. J'ai vu les cas les plus variés et j'ai constaté les accidents les plus graves.

J'ai vu, entre autres, un malade opéré par un chirurgien qui a poussé la lame de l'urétrotome de Maisonneuve d'une manière si malheureuse qu'elle est sortie par l'anus.

Plusieurs malades à ma connaissance sont morts d'hémorragie. Il est inutile de parler de cas plus lamentables, ceux-là suffisent pour montrer qu'il est bon de rappeler de temps en temps quelles règles doivent présider à l'exécution de cette question.

M. Q..., quarante-trois ans, me consulte à Bahia, le 14 septembre 1883, pour un rétrécissement datant de seize ans. Cet homme est désespéré, car, depuis trois mois, il n'urine que goutte à

---

(1) Il peut arriver, dit M. Reclus, que les cavités soient distendues par des masses épithéliales dont la végétation menace d'infiltrer le tissu péri-acineux et les lacunes lymphatiques, auquel cas la tumeur deviendrait des plus malignes.

goutte. Les médecins qu'il a vus ne peuvent faire pénétrer aucune sonde dans sa vessie.

J'explore le canal de l'urètre avec la plus petite des *bougies à boule exploratrice* et je constate la présence de *quatre* rétrécissement échelonnés le long de la portion spongieuse du canal. Mais la bougie est arrêtée au niveau de la région bulbeuse par un *cinquième* rétrécissement qu'elle ne peut franchir.

Je prends une bougie filiforme n° 3. Elle arrive au cinquième rétrécissement où elle pénètre partiellement. Elle y est tellement serrée qu'elle ne progresse plus. Après plusieurs tentatives et avec une extrême patience, je finis par franchir la totalité du canal avec une bougie filiforme n° 2. Je renvoie le malade chez lui en lui prescrivant de conserver la bougie pendant vingt-quatre heures, lui assurant que l'urine s'écoulera entre la bougie et les parois du canal. Je lui recommande aussi de prendre un bain de siège tiède le soir et un autre le lendemain matin.

Le malade présente en outre dans la région périnéale, à 3 centimètres en avant de l'anus, une tumeur inflammatoire molle prête à s'ouvrir et due, sans aucun doute, à une *infiltration de l'urine* en arrière du cinquième rétrécissement.

Vingt-quatre heures après, je me rends chez le malade. Il est tellement pusillanime, il a une telle peur de l'opération qu'il exige d'être *chloroformé*. Je cède à son désir, mais à regret, n'aimant pas à chloroformiser les malades pour cette opération si courte et, en somme, peu douloureuse.

J'administre le chloroforme avec le plus grand soin, après avoir ôté la bougie et fait uriner le malade. J'introduis la bougie conductrice, puis le cathéter cannelé qui pénètre sans le moindre obstacle. Je passe ensuite la lame tranchante et j'incise les rétrécissements le long de la paroi supérieure du canal. Le cinquième, qui était plus long et plus dur, oppose un certain degré de résistance. Je l'incise cependant en poussant la lame de l'urétrotome par petits coups successifs. Immédiatement, il s'écoule un peu de sang et d'urine retenue en arrière du point rétréci. Je retire la lame et, maintenant la verge dans la même position, je fais franchir une seconde fois à l'instrument la même voie. Je retire de nouveau et je passe une sonde n° 19, ouverte aux deux extrémités, en me servant d'un cathéter sans anneau et de la bougie conductrice comme conducteur.

J'ai laissé la sonde ouverte et j'en ai placé l'extrémité libre dans une bouteille entre les cuisses du malade.

Pendant le premier jour, bouillon et thé. Le deuxième jour un peu de poulet en plus.

Il n'y a aucun accident; la sonde est retirée trente-six heures après l'opération.

Le malade a gardé le lit pendant deux jours et la chambre pendant six. Il a fait usage d'une pommade résolutive pour la petite tumeur périnéale.

Du 23 au 29, je lui ai passé les six premiers numéros des bougies métalliques de Béniquié. Le 29, la tumeur avait presque entièrement disparu et j'ai fait mes adieux au malade en lui recommandant de laisser une sonde à demeure toutes les semaines pendant une heure.

Je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer l'*urétrotomie externe* et je me convaincs chaque jour qu'avec beaucoup de patience dans le cathétérisme on doit triompher de tous les rétrécissements. Sir Henry Thompson ne dit-il pas : *Par où passe l'urine, une bougie filiforme passera.* C'est mon avis.

Il y a six mois environ, j'ai eu à traiter un malade de Santa-Victoria, une des dernières villes du sud du Brésil, malade dont l'urètre était visité quotidiennement par des sondes qui ne pénétraient pas dans la vessie. Pendant quinze jours, matin et soir, l'urètre de M. Lima résistait à mes sondes les plus fines et à ma patience. Le malade souffrait horriblement et n'urinait que goutte à goutte. Je me disposais à lui pratiquer l'*opération de la boutonnière*. Avant d'opérer, je lus encore une fois les rétrécissements de l'urètre dans Thompson, et, plus encore frappé par ces mots du savant spécialiste : *Il n'y a pas de rétrécissement infranchissable*, je retournai le lendemain matin chez mon malade et je m'assis près de son lit, résolu à passer ma journée auprès de lui, si c'était nécessaire, pour pénétrer dans sa vessie. La séance dura une heure, la bougie filiforme n° 1 passa enfin. Je la laissai en place pendant vingt-quatre heures. Le lendemain, je plaçai le n° 2, le surlendemain le n° 3 et j'augmentai chaque jour d'un numéro jusqu'à ce que je pusse passer l'instrument *électrolyseur de Jardin*. Le malade fut parfaitement guéri. Il était resté pendant huit jours et huit nuits avec une bougie dans l'urètre.

J'ai un grand nombre de cas de rétrécissements de l'urètre opérés par l'électrolyseur de Jardin. Je les publierai bientôt pour montrer la parfaite innocuité du procédé. Il faut, pour pratiquer l'électrolyse, acquérir une certaine dextérité, sans laquelle on attribue à la méthode des insuccès qui sont dus à l'inhabileté de l'opérateur. Mais il ne faut pas croire qu'on puisse guérir tous les rétrécissements par l'électrolyse; il est des cas justiciables de l'électrolyse, il en est d'autres qui le sont de l'urétrotomie interne et de la dilatation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 mars 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Des arrêts de développement. — **M. LARGÉ** cite, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Lannelongue, un cas observé par M. Legouest, dans lequel il s'agissait d'une imperforation congénitale de l'anus. Cette imperforation fut incisée près de l'anus. L'enfant étant mort, on trouva, à l'autopsie, un second septum au-dessus du premier. Il s'agissait donc là d'un fait analogue à celui de M. Lannelongue.

M. POZZI, à l'occasion du second enfant présenté par M. Lannelongue et qui offrait, à la naissance, un spina bifida en même temps que des ulcérations anales, n'admet pas que ces ulcérations soient une preuve de l'origine ulcérative du spina bifida. Il y a là, de la part de M. Lannelongue, une interprétation outrée des faits La présence d'un tissu d'apparence cicatricielle n'implique pas une origine pathologique et M. Pozzi croit simplement à un arrêt de développement.

M. LANNELONGUE répond qu'il admet plusieurs catégories de faits et, entre autres, une catégorie très nette dans laquelle l'origine pathologique des lésions observées à la naissance ne lui semble pas douteuse.

Ovariotomie. — Hystérie. — **M. TERRIER** complète l'observation dont il a parlé dans la dernière séance, à l'occasion de la communication de M. Pozzi.

Il s'agit d'une jeune femme, fille et sœur d'hystériques, très nerveuse elle-même, qui, une première fois, a eu des accidents hystériques liés à des troubles utérins. Puis elle eut deux grossesses, l'une à vingt-cinq, l'autre à vingt-huit ans, sans accidents hystériformes. Ceux-ci reparurent, en même temps que de nouveaux troubles utérins; puis survient un kyste ovarique dont la marche et le développement n'entraînèrent jamais la moindre attaque d'hystérie. M. Terrier enleva l'ovaire; elle fut aussitôt reprise d'accidents hystériques très intenses. Ce matin même, ayant reconnu chez elle la présence d'une fissure à l'anus, M. Terrier la soumit au chloroforme pour l'opérer; au début même de l'anesthésie, elle eut une violente attaque.

M. MARJOLIN dit qu'il sera intéressant de suivre cette malade pour savoir quelle pouvait être l'influence de la fissure anale sur

les accidents nerveux. Il rappelle, à cette occasion, une observation recueillie par son père; il s'agissait d'une dame qui éprouvait des douleurs excessives quand elle allait à la garde-robe et qui était tombée dans des accès de véritable mélancolie. M. Marjolin père, ayant reconnu l'existence d'une fissure à l'anus, l'opéra par la méthode de Boyer. Aussitôt tous les accidents nerveux disparurent.

Polype naso-pharyngien. — **M. VERNEUIL** présente un jeune homme de dix-neuf ans qui est atteint d'une forme exceptionnelle de polype naso-pharyngien. En 1876, ce jeune homme, alors un enfant, se plaignit d'une tumeur dans la narine gauche. Un médecin chercha à extirper cette tumeur par la narine et ne put y parvenir. Bientôt apparurent successivement tous les signes d'un polype naso-pharyngien. Le 5 décembre 1878, le docteur Sarazin (de Bourges) pratiqua une opération radicale; il fit la résection du maxillaire supérieur et extirpa une tumeur fibreuse très dure, non sans avoir à combattre une grave hémorragie. Moins d'un an après, il y avait une récidive; l'œil et la joue étaient déjà soulevés; il y avait de fréquentes et d'abondantes épistaxis. Depuis cette époque, le mal a toujours été en croissant; aujourd'hui la tumeur a acquis des proportions énormes et ce jeune homme est à chaque instant menacé de mourir d'hémorragie. Il n'y a pas de douleurs, il y a une parfaite intégrité des sens. La respiration par les fosses nasales est supprimée. La tumeur est réductible; elle est le siège d'une expansion visible à l'œil, de battements isochrones au pouls artériel; l'auscultation y révèle un bruit de souffle doux correspondant à la pulsation artérielle. Il n'y a pas de douleurs ni d'engorgement ganglionnaire. La compression de la carotide du même côté n'arrête ni le souffle ni les battements. Cette tumeur est donc probablement nourrie par du sang provenant des deux artères vertébrales. L'état général de ce jeune homme ne laisse rien à désirer. Toutes les fonctions s'accomplissent régulièrement.

Jusqu'ici, M. Verneuil n'a fait que des injections interstitielles d'un liquide hémostatique. Il se demande ce qu'il reste à faire et consulte ses collègues. Il lui paraît impossible de songer à une extirpation extemporanée. Faut-il faire des ligatures préalables, puis chercher à détruire la tumeur par des cautérisations ignées ou par des flèches?

M. DESPRÉS émet des doutes sur les antécédents de ce malade et se demande s'il s'agissait bien primitivement d'un polype naso-pharyngien et si la tumeur actuelle mérite cette appellation. Il s'agit bien plutôt, selon lui, d'une tumeur à myéloplaxes ou sarcome vasculaire du maxillaire supérieur. En effet, l'autre narine n'est pas envahie; le voile du palais n'est pas abaissé, ce qui ne manquerait pas d'exister s'il s'agissait d'un polype naso-pharyngien. En outre, M. Després croit, dans ce cas, l'opération radicale praticable, soit avec le thermo-cautère, soit même avec le bistouri ou, si l'on veut, avec les flèches de chlorure de zinc. Mais ce dernier moyen est très douloureux et il y a des hémorragies à la chute des escarres. Quoi qu'il en soit, il lui paraît possible et indiqué d'opérer cette tumeur; mais il ne croit pas à une guérison définitive, car il s'agit là d'une variété grave de cancer et la récidive ne se fera pas longtemps attendre.

M. TRÉLAT ne croit pas que cette tumeur à expansion, à battements et à souffle, tumeur conséquemment très vasculaire, soit un myéloplaxome. Il serait plutôt disposé, autant qu'un examen superficiel peut permettre de se prononcer, à accepter le diagnostic d'un ancien polype naso-pharyngien. Il lui a semblé que la compression de la carotide diminuait le bruit de souffle et les battements de la tumeur. Si cette diminution était avérée, il en résulterait l'indication de pratiquer la ligature de la carotide, ligature à deux fins, soit qu'elle puisse devenir un traitement définitif, soit qu'elle soit pratiquée comme opération préalable destinée à supprimer ou tout au moins à diminuer l'hémorragie pendant l'opération radicale par le bistouri ou les méthodes parcimonieuses telles que les cautérisations.

M. TILLAUX partage l'opinion de M. Trélat sur l'indication de la ligature de la carotide. Il est certain que, dans ce cas, il faut agir; or M. Tillaux n'oserait pas agir directement sur la tumeur sans ligature préalable. Il ne lui paraît pas démontré que le sang qui alimente cette tumeur provienne des artères vertébrales et il n'hésiterait pas, quant à lui, à pratiquer la ligature de la carotide externe.

M. DESPRÉS insiste sur ce fait que le pharynx est libre, qu'il croit possible une intervention directe et radicale, surtout à l'aide des flèches caustiques.

M. TRÉLAT rappelle l'observation d'un malade qui avait une récidive de polype naso-pharyngien avec des hémorragies formidables se produisant sous l'influence du moindre attouchement. Ce malade a été radicalement guéri, en deux ans, par des séances de cautérisations au galvano-cautère.

M. VERNEUIL cite également un cas de récidive extraordinairement vasculaire de polype naso-pharyngien qu'il a opéré à l'aide de la forcipressure. Il fait observer à MM. Trélat et Tillaux que si cette tumeur a pour point de départ la base du crâne, la carotide externe ne l'alimente pas.

PRÉSENTATION D'APPAREIL

M. BARÈRE présente un appareil destiné à la contention des hernies inguinales et crurales.

ÉLECTION

M. BOUILLY est élu membre titulaire.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Sursis à accorder aux officiers de santé, aux pharmaciens de deuxième classe, etc., convoqués pour une période d'instruction.

CIRCULAIRE.

LE MINISTRE DE LA GUERRE

A MM. les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon,
les généraux commandant les corps d'armée,
le général commandant la division d'occupation de Tunisie.

Paris, le 4 mars 1884.

Mon cher Général,

L'exécution du décret du 5 juin 1883 n'étant point encore terminée, je proroge d'une année l'application des dispositions qui ont fait l'objet de la lettre collective n° 52 du 27 juillet 1883.

Des sursis d'un an ou renouvellements de sursis d'un an seront donc accordés aux officiers de santé, aux pharmaciens de deuxième classe et aux étudiants en médecine possesseurs de douze inscriptions valables pour le doctorat qui, se trouvant convoqués pour une période d'instruction dans la réserve ou dans l'armée territoriale, se seraient mis en instance pour obtenir le grade de médecin ou celui de pharmacien auxiliaire.

Le Ministre de la guerre,
E. CAMPENON.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La commission de la Chambre des députés, chargée d'examiner la proposition de M. Chevandier sur les conditions d'exercice de la médecine, a pris hier d'importantes décisions. Elle a d'abord adopté l'article 1er de la proposition *qui supprime définitivement le titre et la profession d'officier de santé*, de manière à ne laisser subsister que les docteurs en médecine.

Toutefois, la loi ne devant pas avoir d'effet rétroactif, les officiers de santé actuellement en exercice pourront continuer à exercer la médecine. L'article 1er leur fait même une condition plus favorable. En effet, ils pourront exercer désormais dans toute la France au lieu d'être limités, comme actuellement, à la circonscription pour laquelle ils ont été nommés. Cependant certaines opérations continueront à leur être interdites.

Ensuite la commission a décidé que tout officier de santé pourrait, après six années d'exercice de sa profession, *acquérir le diplôme de docteur* en passant deux examens et une thèse.

— Par décret, en date du 12 mars 1884, M. le docteur Regnard, professeur de physiologie générale à l'Institut national agronomique, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté préfectoral, en date du 29 février 1884, ont été nommés médecins-inspecteurs des établissements scolaires publics de la ville de Paris, pour une durée de trois années, à partir du 16 mars 1884 :

Ier arrondissement. — MM. Le Noir, Richard et Carpentier-Méricourt.

IIe arrondissement. — MM. Lobligeois, Dreyfous et Radou.

IIIe arrondissement. — MM. Rochette, Socquet, Magnant, Roussel et Pellier.

IVe arrondissement. — MM. Vigouroux, Rech, Garnier et Demont-Porcelet.

Ve arrondissement. — MM. Gervais, Boyé, Barrault, Blondeau, Deffaux, Delisle et Parizot.

VIe arrondissement. — MM. Boucheron et Piéchaud.

VIIe arrondissement. — MM. Delaunay, Audigé et Toledano.

VIIIe arrondissement. — MM. Canuet, Thorens et de Lapersonne.

IXe arrondissement. — MM. Laburthe, Variot et Hirtz.

Xe arrondissement. — MM. Chenet, Goguel, Beclère, Schweich, Lefebvre, Bloch et Mâreau.

XIe arrondissement. — MM. Cornilleau, Landois, Miquel, Malterre, Pasteau, Laurent, Trapenard, Tourangin des Brissards, Verneau, Calmeau, Signez, Chevallereau et Guillot.

XIIe arrondissement. — MM. Jourjon, Bonnefoy, Yvon, Gibert, Morisson, Binet, Mallet et Bloch (E.-A.).

XIIIe arrondissement. — MM. Châtelain, Rochette, Paulier, Joseph, Mangenot, Franco, Rives et Bureaux.

XIVe arrondissement. — MM. Dupré, Floquet, Fièvre, Lévy dit Franckel, Chevassu, Macqret et Bénard.

XVe arrondissement. — MM. Simon, Tapie, Laisné, Queyssac, Mignot-Danton, Leboucq et Bra.

XVIe arrondissement. — MM. Rafinesque, Laurand et Ory.

XVIIe arrondissement. — MM. Eloy, Ramonat, Blayrac, Ruaux, Rodet, Rubé, Riché et Van Gelder.

XVIIIe arrondissement. — MM. Mook, Savoye, Gachet, Levi dit Franchel, Deschamps, Gaspais, Thil, Pélaprat, Doncet, de Launay et Willette.

XIXe arrondissement. — MM. Barbarin, Moser, Gillet, Baucher, Delhomme, Goix, Gager et Tarrins.

XXe arrondissement. — MM. Eymery, Outin, Braunberger, Pilon, Perrin, Chenet, Mignet fils (Frédéric), Mignet père (Émile), Laloy et Balland.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1883-1884 sera ouvert le mercredi 2 avril. Il sera clos le samedi 26 avril à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures:

1° Les inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 2, jeudi 3, vendredi 4, samedi 5, mercredi 9, jeudi 10 avril.

2° Les inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, de deuxième, troisième et de quatrième années d'officiat, les mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25, samedi 26 avril.

MM. les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique devront présenter leur carte d'admission à ces travaux, en prenant leur inscription trimestrielle.

MM. les étudiants sont tenus de déposer un jour à l'avance leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 21 avril.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux de Paris, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre de 1883-1884. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Les élèves autorisés à subir les examens de fin d'année (ancien régime), au mois d'avril, devront consigner le lundi 31 mars et mardi 1er avril. Les consignations ne seront reçues que sur la production de la décision ministérielle qui accorde l'autorisation de subir ces examens. Les bulletins de versement pour les consignations continueront à être délivrés les lundis et mardis, de midi à trois heures.

Les étudiants inscrits pour subir leurs examens sont placés d'après l'ordre de leur inscription à la Faculté. Ceux d'entre eux qui, pour des motifs légitimes, désireraient que le jour de leur examen fût avancé ou reculé, devront en adresser par écrit la demande à M. le doyen (Décisions de la commission scolaire en date du 27 juin 1882 et du 24 décembre 1883).

La mise en série des candidats aux examens a lieu quinze jours au moins ou trois semaines au plus après le jour de leur inscription à la Faculté, à moins que le nombre des candidats ne soit trop considérable. Ce laps de temps est indispensable pour rédiger la feuille des actes, soumettre cette feuille à la commission scolaire, la faire tirer et distribuer, et enfin pour expédier les convocations.

Seront annulés les bulletins de versement, dont le montant n'aura pas été versé deux jours après la date qu'ils portent. Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit. Les bulletins annulés ne seront renouvelés que sur la demande écrite, et après autorisation du doyen (décision de la commission scolaire en date du 4 février 1884). Le doyen invite MM. les étudiants à ne demander de bulletins de versement que lorsqu'ils seront munis des fonds nécessaires.

— Le premier congrès otologique international a eu lieu à New-York en 1876, le deuxième a tenu ses séances à Milan du 6 au 9 septembre 1880. Pendant cette dernière réunion, il a été décidé à l'unanimité, sur la proposition de M. le professeur Politzer, que le troisième congrès aurait lieu à Bâle au commencement du mois de septembre 1884. En même temps, on procéda à la nomination d'un comité organisateur dont on nomma membres MM. Burckhardt-Mérian (président), Hartmann, Löwenberg, Ménière, Politzer et Sapolini. Ce comité fut autorisé à s'adjoindre d'autres savants.

La première réunion du comité organisateur a eu lieu à Paris le 18 mars 1883. La date du congrès a été fixée du 1er au 4 septembre 1884. Cette époque a paru la plus favorable parce que le congrès international des sciences médicales tiendra ses assises à Copenhague, du 10 au 16 août 1884, et qu'une partie des confrères spéciaux venus d'Amérique et d'autres contrées éloignées pour se rendre à Bâle voudront, auparavant, assister à la réunion de Copenhague, ce qui leur sera possible par suite de la fixation du congrès otologique à l'époque sus-indiquée.

On est prié de faire connaître jusqu'au 15 mai 1884 les sujets sur lesquels on désire faire des communications. En dehors de celle-ci et des discussions, il est très désirable qu'il soit fait des démonstrations d'instruments et de préparations macroscopiques et microscopiques. Les confrères, désireux d'assister au congrès sans avoir l'intention d'annoncer des communications, sont priés

de faire savoir leur intention à cet égard, afin de permettre au comité de connaître à temps le nombre probable de visiteurs.

Au commencement de juin 1884, le programme détaillé du congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les confrères qui auront manifesté l'intention de prendre part au congrès.

Toutes les communications concernant le congrès doivent être adressées à M. le docteur Burckhardt-Mérian, à Bâle.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera son cours d'ophtalmologie (médecine opératoire oculaire; exercices pratiques pour les élèves inscrits); le lundi 17 mars, à huit heures du soir, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Se faire inscrire de une heure à trois, rue de l'Ancienne-Comédie, 21 et 23.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15911.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire. — HÔPITAL DE LA CLINIQUE. Complications observées dans plusieurs cas de rétrécissement du bassin. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MINISTÈRE DU COMMERCE. Exposition internationale d'hygiène de Londres. — Nouvelles.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Programme d'un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Par application d'une décision ministérielle, en date du 11 mars 1884, un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 11 août 1884, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu : à Paris, le 5 septembre; à Nancy, le 11 septembre ; à Lyon, le 15 septembre ; à Bordeaux, le 19 septembre.

Les candidats admis seront répartis, d'après leur choix, entre les villes ci-dessous indiquées, qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil, et une Faculté de médecine et une école supérieure de pharmacie, ou une Faculté mixte, ou une école de plein exercice et de pharmacie, savoir : Paris, Lille, Nancy, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Rennes et Alger.

TITRE Ier.

CONDITIONS D'ADMISSION.

Sont admis à concourir :

Pour les emplois d'élèves en médecine, les étudiants ayant 4, 8, 12 et 16 inscriptions pour le doctorat, et ayant satisfait aux examens correspondant à la période de leur scolarité.

Pour les emplois d'élèves en pharmacie : les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès lettres ou de celui de bachelier ès sciences complet, ayant accompli, au 1er novembre prochain, un stage officinal de deux années; ceux ayant 4, 8 et 12 inscriptions valables pour le titre de pharmacien de première classe et ayant subi, avec succès, les examens de fin d'année ou les examens semestriels.

Suivant un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, les étudiants en pharmacie, sans inscriptions, sont dispensés de l'examen de validation du stage officinal, le fait même de leur nomination à l'emploi d'élève du service de santé militaire devant leur en tenir lieu.

Les candidats en médecine et en pharmacie devront concourir avec le nombre d'inscriptions qu'ils possèdent réellement et ne pourront, pour quelque motif que ce soit, se faire inscrire dans la catégorie des étudiants de la période de scolarité inférieure à la leur.

Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est Français ou naturalisé ;

2° Qu'il a eu, au 1er janvier de l'année du concours :

Moins de vingt-deux ans (élèves en médecine à 4 inscriptions et élèves en pharmacie sans inscriptions) ;

Moins de vingt-trois ans (élèves en médecine à 8, et élèves en pharmacie à 4 inscriptions) ;

Moins de vingt-quatre ans (élèves en médecine à 12, et élèves en pharmacie à 8 inscriptions) ;

Moins de vingt-cinq ans (élèves en médecine à 16, et élèves en pharmacie à 12 inscriptions) ;

3° Qu'il est apte à servir activement dans l'armée.

Cette aptitude sera constatée par un certificat délivré par un médecin militaire du grade de major de deuxième classe au moins. Elle pourra être vérifiée, au besoin, par le médecin-professeur examinateur.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur et aucune dérogation ne pourra être autorisée, pour quelque motif que ce soit.

TITRE II.

FORMALITÉS PRÉLIMINAIRES.

Les candidats à l'emploi d'élève du service de santé militaire auront à requérir leur inscription sur une liste qui sera ouverte à cet effet, à dater du 1er juillet prochain, dans les bureaux de MM. les directeurs du service de santé des corps d'armée où sont situées les villes dans lesquelles se fera la composition écrite. La liste sera close le 31 juillet.

Les pièces à produire pour l'inscription sont :

1° L'acte de naissance revêtu des formalités prescrites par la loi ;

2° Le certificat d'aptitude au service militaire ;

3° Un certificat délivré par le commandant du bureau du recrutement, indiquant la situation du candidat au point de vue du service militaire ;

4° Une déclaration écrite, indiquant les centres de composition et d'examen choisis par le candidat, parmi les villes désignées ci-dessus, et dans lesquelles il devra se rendre aux dates fixées, sans attendre aucun avertissement particulier ;

5° Les certificats des examens réglementaires correspondant à la période de scolarité, où il sera fait mention de la note obtenue à chacun de ces examens et, s'il est candidat en pharmacie sans inscriptions, le diplôme de bachelier avec les certificats de stage dûment légalisés. (Ces pièces pourront n'être produites que le jour de l'ouverture des épreuves.)

Les candidats militaires, présents sous les drapeaux, doivent ajouter aux pièces indiquées ci-dessus : 1° un état signalétique et

des services; — 2° un certificat de bonne conduite; — 3° un relevé des punitions.

Les candidats non militaires ont la faculté de choisir les villes dans lesquelles ils veulent subir leurs examens, ainsi qu'il est dit plus haut; mais, une fois le choix fait, aucun candidat ne sera autorisé à changer de centre d'examen que pour des motifs graves et par décision du ministre.

Les candidats militaires ne peuvent choisir, comme centres de composition et d'examen oral, que les villes les plus rapprochées du lieu où ils sont en garnison; ils auront droit à des permissions, dont la durée ne pourra excéder le temps nécessaire au voyage et à l'examen.

Les candidats en activité de service, s'ils sont compris dans la liste d'admission, seront placés en position de congé pouvant être renouvelé aussi longtemps qu'ils conserveront la qualité d'élève du service de santé militaire. La même mesure sera appliquée à ceux des élèves que la loi appellerait à l'activité, pendant le cours de leurs études.

Chaque candidat indiquera exactement son domicile, où lui sera adressée, en cas d'admission, sa commission d'élève du service de santé militaire, ainsi que la ville où il désirerait continuer ses études.

Les pièces fournies par les candidats qui ne seraient point admis leur seront ultérieurement restituées par le directeur du service de santé dans les bureaux duquel l'inscription aura été effectuée.

TITRE III.

FORME ET NATURE DES ÉPREUVES.

1° *Concours en médecine.*

Candidats à 4 inscriptions ayant satisfait au premier examen de doctorat :

1° Composition sur un sujet d'histoire naturelle médicale; — 2° interrogations sur la physique et la chimie.

Candidats à 8 inscriptions :

1° Composition sur une question de physiologie; — 2° interrogations sur l'anatomie et l'histologie.

Candidats à 12 inscriptions et ayant satisfait à la première partie du deuxième examen de doctorat :

1° Composition sur une question de physiologie générale; — 2° Interrogations sur l'anatomie et la physiologie; — 3° Interrogations sur la pathologie interne et sur la pathologie externe :

Candidats à 16 inscriptions :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie et de thérapeutique médicale; — 2° interrogations sur la pathologie externe et la médecine opératoire; — 3° interrogations sur la pathologie interne, l'hygiène et la thérapeutique.

2° *Concours en pharmacie.*

Candidats sans inscriptions :

1° Réponse écrite à une question sur une opération pharmaceutique; — 2° Préparation d'un ou de plusieurs médicaments inscrits au codex et interrogations sur ces préparations; — 3° détermination de quinze drogues simples appartenant à la matière médicale et de cinq médicaments composés.

Candidats à 4 inscriptions ayant satisfait à l'examen de la première année :

1° Composition sur une question de physique ou de chimie minérale; — 2° interrogations sur la physique, la minéralogie, la chimie minérale et les éléments de chimie organique; — 3° interrogations sur les éléments d'histoire naturelle : géologie, zoologie et botanique (classification sans familles).

Candidats à 8 inscriptions, ayant satisfait aux examens de deuxième année :

1° Composition sur une question de chimie (minérale ou organique); — 2° interrogations sur la physique, la chimie organique et la toxicologie minérale; — 3° interrogations sur la pharmacie galénique, la botanique (familles naturelles phanérogames) et l'histoire naturelle des médicaments.

Candidats à 12 inscriptions :

1° Composition sur une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale; — 2° interrogations sur la physique médicale, la chimie, l'analyse chimique et la toxicologie; — 3° interrogations sur la pharmacie chimique et galénique et sur l'histoire naturelle.

TITRE IV.

COMPOSITION.

La composition se fera, le 11 août 1884, à huit heures du matin, dans une salle de l'hôpital militaire ou dans le local désigné par M. le général commandant le corps d'armée, sur la proposition de M. le directeur du service de santé.

Le sujet est le même pour chaque catégorie de candidats; il est choisi par le jury institué par le titre VII, qui se réunit, à cet effet, en commission spéciale, au ministère de la guerre, du 1er au 5 août. Chaque sujet est mis par cette commission dans une enveloppe cachetée à la cire et dont la suscription indique seulement la nature de la catégorie. Ces enveloppes sont réunies dans une seconde enveloppe, qui est adressée au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hôpital civil des localités désignées ci-dessus.

Les enveloppes sont décachetées par le médecin-chef, en présence des candidats; le procès-verbal de la séance devra constater que le cachet était intact.

Il est accordé trois heures pour cette épreuve; les candidats ne peuvent se servir ni de livres, ni de notes.

Les compositions sont faites sur des feuilles à en-têtes imprimés, distinctes par catégorie, envoyées par le ministre de la guerre au médecin-chef, qui les remet aux candidats, au commencement de la séance, après les avoir revêtues de sa signature et de son cachet.

Chaque candidat inscrit son nom et ses prénoms et appose sa signature à l'endroit indiqué, avant de remettre la composition au médecin-chef. Ce dernier détache les en-têtes imprimés et les réunit dans une enveloppe distincte par catégorie, qui est jointe à l'enveloppe dans laquelle les compositions sont également réunies par catégories; le nom est remplacé par un numéro d'ordre, qui est reproduit sur la feuille de composition et sur l'en-tête.

Le tout est adressé, le jour même, au ministre (7e direction), qui transmet les compositions aux examinateurs, pour les corriger.

Les compositions sont cotées, par les examinateurs, d'un numéro de mérite, compris entre 0 et 20; la cote est multipliée par le coefficient, affecté à la composition, et le résultat indique le nombre de points obtenus dans cette épreuve.

Les examinateurs établissent la liste dans chaque catégorie, par ordre de mérite, d'après le nombre de points obtenus, et le président du jury l'adresse au ministre, qui détermine le nombre des candidats admissibles aux épreuves orales.

Immédiatement après la décision du ministre, les noms des candidats admissibles sont inscrits sur la liste générale, à l'aide du numéro d'ordre porté sur l'en-tête imprimé qui avait été séparé; ces noms sont publiés par le *Journal officiel.*

Les candidats, admissibles aux examens oraux, devront être rendus la veille du jour fixé pour ces examens dans la ville qu'ils auront choisie comme centre.

TITRE V

EXAMENS ORAUX.

Les examens oraux sont subis devant deux examinateurs : un médecin-professeur et un médecin-professeur agrégé de l'École d'application du service de santé, pour les médecins.

Pour les candidats médecins, ayant 4 inscriptions, et pour les candidats pharmaciens, le médecin-professeur est remplacé par le pharmacien examinateur.

Le tour d'examen des candidats est déterminé dans chaque catégorie par l'ordre alphabétique de leurs noms.

La durée de chaque épreuve d'interrogation est fixée à vingt minutes; l'appréciation est exprimée, pour chaque épreuve, par un chiffre compris de 0/0 à 20.

Le médecin-professeur dirige les opérations des examinateurs et adresse au ministre, après la clôture des examens dans une localité, les résultats de ces examens.

TITRE VI.

COEFFICIENTS.

Les coefficients sont fixés ainsi qu'il suit :

Compositions.

Rédaction	8
Orthographe	8

Examens oraux.

Candidats médecins :

Physique	5
Chimie	10
Anatomie	15
Histologie	5
Physiologie	10
Médecine opératoire	15
Pathologie interne	10
Pathologie externe	10
Hygiène	8
Thérapeutique	5

Candidats pharmaciens :

Physique	15
Chimie	15
Minéralogie	5
Histoire naturelle	10
Pharmacie galénique	15
Préparation des médicaments	8
Détermination de substances	5

TITRE VII.

CLASSEMENT DES CANDIDATS.

Le classement définitif des candidats est fait, à Paris, par le jury d'admission composé ainsi qu'il suit :

Président : le médecin inspecteur, directeur de l'École d'application du service de santé ; — Membres : le médecin-professeur, examinateur ; le médecin-professeur agrégé, examinateur ; le pharmacien-professeur ou professeur agrégé, examinateur.

Le président adresse au ministre (7e direction) la liste des candidats, par ordre de mérite, ainsi que le procès-verbal des opérations du jury, en ce qui concerne la formation de cette liste.

TITRE VIII.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Les élèves du service de santé militaire sont dirigés chacun sur celle des villes ci-dessus mentionnées, qu'il aura choisie pour y faire ses études.

A leur arrivée, ils se présentent au médecin-chef de l'hôpital militaire ou des salles militaires de l'hospice civil, sous les ordres duquel ils sont placés, et souscrivent l'engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire, pendant dix ans au moins, à dater de leur nomination au grade d'aide-major de deuxième classe.

Ces élèves ne portent pas d'uniforme, ils sont soumis à certaines règles disciplinaires, déterminées par le règlement ministériel du 14 juin 1880, et concourent, autant que le comportent les cours et les travaux pratiques de la Faculté ou de l'école qu'ils sont tenus de suivre, à l'exécution du service médical et pharmaceutique de l'hôpital auquel ils sont affectés.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, les frais universitaires, réglés conformément aux tarifs en vigueur, sont versés par l'administration de la guerre à la caisse du Trésor public. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen sont à la charge de l'élève. Un second échec au même examen entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles. L'autorisation de doubler une année ne pourra être accordée que si l'élève justifie, régulièrement, d'avoir été empêché par la maladie de suivre les cours pendant une période de deux mois au moins de ladite année.

Il est accordé aux élèves-médecins, à partir de la treizième inscription, et aux élèves pharmaciens, à partir de la neuvième inscription, pendant deux ans au maximum, une indemnité de 1,200 francs par an, pour subvenir à leurs frais d'entretien, d'achats de livres et d'instruments.

Toutefois, ceux d'entre eux qui auraient été boursiers au prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande et dès leur admission à l'emploi d'élève du service de santé militaire, une subvention mensuelle fixée à 1,200 francs par an, à Paris, à 1,000 francs à Lyon et à Marseille, et à 800 francs dans toutes les autres villes que celles ci-dessus désignées. Cette dernière faveur ne pourra être étendue à aucun autre élève, pour quelque motif que ce soit. Ladite subvention pourra être cumulée avec celle dont il est parlé ci-dessus.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu à rembourser le montant des frais de scolarité et d'indemnité et à remplir, comme soldat, les obligations militaires qui pourraient être encore les siennes, sans jamais pouvoir prétendre à aucun grade soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Les élèves du service de santé militaire entrent, avec le titre de médecin ou de pharmacien stagiaire, à l'École d'application du service de santé militaire, lorsqu'ils ont été reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe. Ils devront satisfaire aux épreuves d'un examen qui déterminera leur classement d'admission à cette école.

Ils y reçoivent un enseignement essentiellement pratique, qui a pour but de leur donner l'instruction complémentaire en rapport avec les fonctions qu'ils auront à exercer dans l'armée, et de leur faire connaître les lois, décrets et règlements constitutifs de l'armée et du service de santé.

Les stagiaires sont rétribués, à l'École, sur le pied de 2,800 francs par an, à titre de subvention ; ils portent l'uniforme, et il leur est accordé une indemnité de première mise d'équipement. Les stagiaires sortent de l'école avec le grade d'aide-major de deuxième classe, après avoir satisfait aux examens de sortie.

Les stagiaires qui n'auront pas satisfait à l'épreuve de sortie seront licenciés et tenus au remboursement du montant des frais de scolarité, d'indemnité et de subvention qui leur auront été alloués.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient plus tard, volontairement, le service de santé militaire, avant d'avoir accompli leur engagement d'honneur. Ils resteront, eux aussi, soumis comme soldats aux obligations militaires qui pourraient être encore les leurs, sans pouvoir non plus prétendre jamais à un grade de leur spécialité, soit dans la réserve, soit dans l'armée territoriale.

Paris, le 11 mars 1884.

Pour le ministre de la guerre :

Le sous-secrétaire d'État,

CASIMIR PÉRIER.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. PAJOT.

Complications observées dans plusieurs cas de rétrécissement moyen du bassin.

Depuis deux mois, nous avons eu l'occasion d'observer une série de faits très intéressants, c'est-à-dire à peu près toutes les complications qui peuvent survenir dans le cas de rétrécissement *moyen* du bassin. Je n'entends pas parler ici, bien entendu, de ces rétrécissements extrêmes qui sont rares et se terminent par l'opération césarienne, mais bien de ces bassins dont le diamètre varie entre 7, 8 et 9 centimètres environ et où l'accouchement peut encore finir par des moyens assez simples. Je dis donc que nous avons vu à peu près toutes les complications possibles, sauf la naissance de fœtus monstrueux, — ce qui est un fait curieux dans un aussi court espace de temps, — nous avons vu aussi toutes les solutions que ces accouchements peuvent comporter, sauf, heureusement, la mort.

Voici les faits principaux :

1° Au lit n° 25 s'est trouvée une femme dont le rétrécissement du bassin était caractérisé par un diamètre de 7 3/4 à 8 centimètres. Elle est accouchée seule, spontanément, d'un enfant vivant. Elle avait eu déjà antérieurement quatre enfants, dont deux ou trois étaient venus morts. Elle avait été aussi plusieurs fois accouchée avec le forceps. Enfin, le crâne de l'enfant provenant de son avant-dernière grossesse porte les marques de l'instrument. Si cette fois nous avons pu éviter son emploi, c'est grâce à ce que nous sommes intervenus plus tôt par l'accouchement provoqué prématurément. Cette femme va très bien aujourd'hui; elle sortira d'ici dans quelques jours.

2° La malade du n° 30 est à peu près dans les mêmes conditions que la précédente, comme rétrécissement du bassin. L'accouchement a été aussi provoqué avant terme par les moyens ordinaires; mais, première différence, le travail n'a pas marché convenablement; la dilatation étant à peu près complète, les contractions se sont arrêtées. Alors, le fœtus étant encore vivant, je décidai l'emploi du forceps. L'application n'en fut pas ordinaire, en raison de ce que l'orifice n'était dilaté que d'un seul côté, le côté gauche seulement, de telle sorte que la tête de l'enfant se trouvait comme bridée par une portion du col utérin. Par suite, il devenait difficile de placer la seconde branche de l'instrument pour ne pas donner lieu à des désordres considérables. C'est en pareils cas qu'il faut agir avec les plus grandes précautions; il faut alors commencer par introduire deux doigts dans l'orifice et au moyen d'un petit artifice on soulève un peu la branche gauche du forceps en ayant soin d'appuyer son extrémité sur la tête fœtale.

La seconde difficulté que nous avons eu à éprouver a consisté dans les tractions continues. Aussi était-il à craindre que l'enfant ne vînt mort. Cependant il n'en a rien été, et l'enfant n'a pas même été bien longtemps avant de respirer.

3° Dans le troisième cas de rétrécissement du bassin, nous avons eu un autre genre de complications, c'est-à-dire une présentation du tronc ainsi qu'un placenta situé sur le segment inférieur, enfin une hémorragie énorme et la déchirure, la rupture, — en ville, — du cul-de-sac extérieur et de la paroi extérieure de l'utérus. C'est la première fois de ma vie, la première fois dans une carrière déjà longue cependant, que j'ai vu pareille chose, et je ne la reverrai probablement jamais. Néanmoins, cette femme paraît maintenant devoir se rétablir. Ce n'est pas sa guérison qui est un fait exceptionnel, mais bien la complexité des complications que je viens de vous énumérer. Eh bien, mon chef de clinique n'en avait jamais désespéré : il avait la foi et je ne l'avais pas, et la foi l'a sauvée. Et aujourd'hui, je le répète, je crois bien qu'elle va guérir. Elle commence à reprendre un peu de coloration; je sais bien que le pouls oscille toujours entre 90 et 92.

Quand elle est accouchée, cette femme a eu un jet de sang énorme, tel que, s'il eût duré seulement 5 ou 6 secondes, elle eût succombé aussitôt.

Maintenant elle a 37°,2 ; elle dort bien, la peau se colore, la diarrhée a cessé, les selles sont d'une par jour et convenablement moulées, la miction se fait bien, et l'excoriation qu'elle avait au sacrum est guérie.

C'est, je le répète encore, le fait le plus inouï comme multiplicité des complications que j'aie jamais rencontré.

4° Samedi soir, on nous a apporté une petite femme, — celle du n° 36, — que l'on n'avait pu accoucher en ville. La tête se présentait bien, mais le reste ne pouvait pas sortir. C'est là encore un fait que l'on observe ici une fois peut-être tous les six ou sept ans.

Le lendemain je vois une femme grêle, de mauvaise apparence; je lui demande à quel âge elle avait marché pour la première fois : elle me répond à vingt-deux mois. Donc il y a quelque chose. Voici, du reste, l'état dans lequel je la trouvai : une tête fœtale entre les cuisses, suivie d'un cou long de 8 centimètres; plus de colonne vertébrale, elle est remplacée par de la peau; deux bras au dehors, pâles, livides; la tête bleuâtre, noirâtre, congestionnée, et, ce qu'il y a de pis, une déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale. Le ventre de la femme était encore assez volumineux, et si tendu de tous côtés, que le diagnostic devenait difficile.

Procédant par hypothèse, s'agissait-il de deux fœtus, le second gênant le passage du premier : je pratique quelques tractions, rien ne vient; j'ai recours au céphalotribe, même insuccès.

Une seconde hypothèse qui ne me souriait guère était celle d'une tumeur dans la région sacrée, assez volumineuse pour gêner l'extraction du fœtus. Enfin je pense à une ascite de l'enfant; mais comme douze heures auparavant le cas s'était déjà présenté, je ne pouvais guère admettre que je le rencontrerais deux fois en si peu d'intervalle. Ceci me fit commettre une faute, car il faut toujours songer en première ligne aux faits les moins rares, c'est-à-dire ici à une ascite du fœtus. Donc nous aurions dû, tout d'abord, classer nos hypothèses dans l'ordre suivant : 1° l'ascite; 2° une tumeur; 3° une grossesse gémellaire. En raisonnant ainsi, nous aurions commencé par le commencement, c'est-à-dire par une ponction du ventre de l'enfant, ce qui avait d'autant moins d'inconvénient qu'il était déjà mort.

Enfin, cette ponction ayant été pratiquée en dernier lieu avec un trocart fabriqué de telle sorte qu'il ne puisse blesser les parties maternelles, il a suffi de quelques tractions pour dégager le fœtus et l'extraire. Nous avons constaté alors que la colonne vertébrale avait été arrachée lors des premières tractions faites en ville.

En résumé, les quatre cas que je viens de passer en revue devant vous, tous d'un rétrécissement moyen du bassin, se sont terminés : le premier par l'accouchement spontané, le second par le forceps, le troisième par la version, le quatrième par la ponction. Tous quatre ont présenté les com-

plications les plus diverses et tous quatre se sont terminés ou semblent devoir se terminer par la guérison.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 15 mars 1884. — Présidence de M. Mathias Duval.

COMMUNICATIONS

Origine des kystes dentaires. — M. MALASSEZ présente quelques objections à l'argumentation de M. Magitot dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, n° du 11 mars 1884). M. Magitot considère ces petits kystes périostiques développés à l'extrémité des dents comme l'origine des kystes plus gros et appelant l'intervention chirurgicale. Dès 1874 et 1876, M. Malassez montrait qu'il y a des types différents parmi ces kystes : les uns sont très nettement tapissés d'une couche d'épithéliums pavimenteux et ont une paroi fibreuse; dans d'autres, on trouve des végétations à l'intérieur et ils ont une paroi plus ou moins enflammée; chez ces derniers, on trouve encore un revêtement épithélial. Dans d'autres, celui-ci est très difficile à voir et l'on croit alors à un simple abcès enkysté. On a soutenu qu'il s'agissait, dans ces cas, d'abcès transformés en kystes, tandis que c'est le processus inverse, c'est-à-dire la transformation de kystes en abcès, qu'il faut admettre. Enfin il est une quatrième variété dans laquelle, au lieu d'épithélium pavimenteux, on trouve des masses caséeuses, de véritables boyaux épithéliaux dans l'épaisseur des parois.

M. Malassez démontre le mode de formation de ces kystes; comment un kyste primitif engendre des kystes secondaires, comment un kyste uniloculaire devient multiloculaire. C'est le même processus que pour les kystes de l'ovaire.

La multiplicité des débris épithéliaux du fœtus dans la mâchoire explique la fréquence des épithéliomas dans cette région.

En résumé, répondant à M. Magitot, M. Malassez soutient que l'origine périostique des kystes dentaires n'est pas un fait constant puisque, dans certains cas, il n'y a pas eu de périostite, que d'ailleurs l'origine inflammatoire n'est pas en opposition avec la théorie qu'il soutient, que l'existence d'une paroi préalable, vraie pour certains kystes, ne l'est pas pour d'autres néo-formés.

Larve d'œstride d'Amérique observée en France. — M. MÉGNIN fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Les suggestions à l'état de veille. — M. BOTTEY fait une communication sur les suggestions que l'on peut provoquer à l'état de veille chez des sujets soit hystériques, soit sains : il faut toutefois que ces derniers soit hypnotisables pour que les suggestions puissent être données. A l'appui de cette communication, M. Bottey présente une hystérique appartenant au service de M. Luys (Salpêtrière), ainsi que deux infirmières, absolument saines, n'ayant jamais eu aucune affection nerveuse, ni personnellement, ni dans leurs antécédents de famille.

Par la simple suggestion de l'expérimentateur (dont la personnalité n'a du reste rien à faire ici), on provoque des hallucinations, des paralysies sensorielles (amaurose, surdité, etc.), des paralysies motrices, telles que mutité (paralysie des muscles de la langue), des contractures et des paralysies flasques des membres. Dans ces derniers cas, on note constamment une exagération des réflexes tendineux, une anesthésie concomitante et une abolition du sens musculaire.

Du traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par la méthode de l'électrolyse. — M. GELLÉ ne devait point exposer aussitôt les résultats de sa pratique au sujet de cette nouvelle méthode de traitement; mais, dit-il, M. le docteur Mercié vient de lire à l'Académie un travail sur le traitement des rétrécissements tubaires par l'électrolyse, et malgré ce que l'on voit écrit sur les placards, datés du 28 février courant, des épreuves de mon traité sous presse actuellement, que je mets sous les yeux de la Société, je passerais pour plagiaire si je ne me hâtais de produire mes idées publiquement. J'étudie depuis quelque temps déjà l'action de l'électrolyse sur les rétrécissements de la trompe; et je dois dire que les résultats, en somme, ont été satisfaisants en tant qu'action topique exercée sur la stricture, car l'amélioration de l'ouïe consécutive est subordonnée à d'autres conditions anatomo-pathologiques, telles que l'état des fenêtres, du tympan et de la chaîne conductrice.

Dans quatre cas, où je pus suivre et étudier l'effet de la méthode de l'électrolyse appliquée à la cure des rétrécissements tubaires, la stricture parut céder et la circulation de l'air devient possible avec la douche de Politzer, mais non pas par la déglutition.

Dans tous ces cas, l'état de la caisse tympanique parut influencer beaucoup plus les résultats obtenus au point de vue de l'audition que ne l'avait fait le rétablissement de la circulation d'air intra-tympanique. J'avais, il est vrai, à dessein, choisi d'anciens rétrécissements avec sclérose, liés à d'anciennes otites chroniques pour faire ces essais de traitement. Dans des conditions moins mauvaises, les traitements par la dilatation ou par les topiques modificateurs n'ayant donné aucun résultat, l'action de l'électrolyse devra être essayée, surtout si le tympan a conservé un reste de sensibilité et d'élasticité.

Expériences sur le ralentissement des mouvements du cœur chez l'homme, provoqué par une excitation périphérique douloureuse. — M. A.-M. BLOCH a réalisé sur l'homme l'expérience si souvent faite sur les animaux et qui consiste à ralentir le rythme cardiaque par des excitations douloureuses variées : inhalation de vapeurs irritantes, excitation des nerfs sensitifs, percussion de l'abdomen, etc.

Il a utilisé dans ce but les cautérisations que l'on pratique chez les phtisiques à l'aide du thermo-cautère de Paquelin, et il montre à la Société des graphiques où sont inscrits à la fois les mouvements du cœur et les moments exacts des cautérisations ignées.

Le ralentissement est constant, plus ou moins marqué, selon l'impressionnabilité du sujet, variant entre 1/3 et 1/20 de seconde. Toujours il précède la première atteinte du cautère. L'anxiété suffit à le produire, lorsque le patient voit arriver l'instrument sur sa poitrine. Ce ralentissement se manifeste à toutes les phases respiratoires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mars 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Empyème pulsatile. — M. FÉRÉOL communique l'observation du malade qu'il a présenté à l'Académie (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 125 et 149) et qui a été guéri d'un empyème pulsatile par l'opération d'Estlander. Cette opération a été pratiquée par M. Berger, qui en a fait l'objet d'une communication à la Société de chirurgie (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 13). A l'occasion de cette observation de pleurésie pulsatile, M. Féréol signale et discute la thèse inaugurale de M. Comby dans laquelle s'en trouvent réunies vingt-sept observations. M. Comby, en parlant du pronostic, dit que cette affection ne guérit jamais. Peut-être, ajoute-t-il, la résection des côtes serait-elle de quelque utilité, mais cela est peu probable. M. Féréol combat cette opinion et s'appuie sur l'observation qu'il vient de présenter pour prouver que le pronostic n'est pas toujours fatal, comme le dit M. Comby, et que l'opération d'Estlander peut, dans ces cas, donner de très beaux résultats. En effet, le malade dont il s'agit est complètement guéri et le poumon gauche a repris chez lui l'intégrité de ses fonctions.

Tuberculose. — M. DEBOVE présente le recueil de ses leçons sur la tuberculose parasitaire. Il a répété les expériences de Ville-

min et de Koch; il déclare qu'il est forcé de reconnaître l'exactitude des résultats de ces expériences et d'en admettre toutes les conséquences. L'existence du bacille dans les crachats est un signe pathognomonique de la phtisie. La valeur diagnostique de l'examen des crachats tuberculeux n'est plus discutable aujourd'hui. Elle impose une prophylaxie trop négligée jusqu'à ce jour. La recherche du bacille est facile et peut être faite aisément par tout médecin. M. Debove en indique la technique avec détails.

M. VILLEMIN insiste sur l'importance de la question soulevée par M. Debove, savoir la prophylaxie de la tuberculose. Nous sommes en retard sur ce point, ajoute M. Villemin, et les Allemands sont beaucoup plus avancés que nous. Depuis la connaissance du parasiticisme de la tuberculose, ils ont recours à des mesures prophylactiques qui sont les suivantes : examen minutieux de tous les hommes dans l'armée; renvoi dans leurs familles au moindre soupçon de tuberculose, ce qui offre un double avantage, celui d'allonger les jours de l'homme atteint et celui d'éviter la transmission dans les casernes; isolement des tuberculeux; séparation d'avec les tuberculeux de tous les hommes atteints de bronchite ou d'autres affections pulmonaires, etc.

Peut-être, ajoute M. Villemin, est-ce le moment de réveiller les idées que j'ai émises en 1869, à savoir qu'il y a une prophylaxie de la tuberculose comme il y a une prophylaxie de la variole.

M. LE PRÉSIDENT, vu l'importance de la question, propose de la mettre à l'ordre du jour d'une des prochaines séances et de nommer une commission ainsi composée : MM. Villemin, Millard, Grancher, Debove et Constantin Paul.

Cette proposition est adoptée.

Rôle de la sclérose dans la phtisie. — M. DU CASTEL commence la lecture d'un travail sur ce sujet.

Thermométrie. — M. CONSTANTIN PAUL présente les thermomètres qu'il a fait construire et qu'il a déjà présentés à l'Académie (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 149.)

La séance est levée.

MINISTÈRE DU COMMERCE

Exposition internationale d'hygiène de Londres.

Cette exposition, à laquelle doivent coopérer les diverses nations étrangères, comprend les divisions suivantes :

I. *Hygiène.* — 1° Alimentation : substances animales et végétales préparées ou non préparées, boissons, nouvelles espèces d'aliments, la cuisine, chimie et physiologie des aliments et boissons, recherche des falsifications, maladies causées par celles-ci, parasites pathogènes d'origine animale et végétale que l'on trouve dans les aliments malsains, diététique, pratique, rations alimentaires dans l'armée, la marine, les prisons, les hospices, etc.; conservation des aliments. — 2° Vêtement : imperméable, caoutchouc, gutta-percha, fourrures, histoire de l'habillement, spécimen de costumes nationaux, costumes de sauvages, de plongeurs scaphandres, incombustibles, etc. — 3° Habitation : modèles de maisons à ménage suivant les prescriptions de l'hygiène, services d'eau, filtres, bains, égouts de maisons, éviers, élimination et destruction des ordures ménagères, water-closets et earth-closets, urinoirs, désinfection des vidanges, appareils de chauffage, de ventilation, d'éclairage, de sauvetage contre l'incendie : matériaux pour la construction des maisons salubres. — 4° Écoles : construction, installation, mobilier, hygiène spéciale, appareils de gymnastique, exercices militaires; — 5° hygiène des ateliers et établissements industriels, hygiène des métiers insalubres, construction sanitaire et inspection des ateliers, usines et mines. — 6° Météorologie.

II. *Éducation.* — Travaux et matériel relatif à l'enseignement : crèches, jardins d'enfants, écoles primaires, écoles d'enseignement secondaire, enseignement de la cuisine et des soins du ménage dans les écoles d'économie domestique, écoles industrielles, enseignement de l'art, des sciences et des métiers, écoles techniques et d'apprentissage, écoles d'aveugles et de sourds-muets.

L'exposition ouvrira le 1er mai; exceptionnellement, les demandes d'admission seront reçues jusqu'au 15 avril.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le commissaire général de la section française de l'Exposition internationale d'hygiène de Londres, au ministère du commerce, boulevard Saint-Germain, 244.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 mars 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve, au titre du 1er corps d'armée :

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Cordonnier, Fontaine, Villette, Croïn, Deseille, Decouvelaëre, Raynal et Benoît.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : M. Abadie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Marchant fera sa première démonstration (exercices opératoires) le mardi 18 mars 1884, à une heure précise de l'après-midi, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique, avec le concours de six aides d'anatomie et sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques.

— Les cours de médecine légale pratique commenceront *à la Morgue*, le mercredi 19 mars 1884, à deux heures de l'après-midi, et se continueront les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Ils auront lieu dans l'ordre suivant et seront faits par :

M. le professeur Brouardel, les mercredis.

M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale, les vendredis.

M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, les lundis.

Des conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie, appliquées à la toxicologie, seront faites au *laboratoire de toxicologie*, situé dans la *caserne de la Cité*, 2, quai du Marché-Neuf. Elles auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du mercredi 19 mars 1884, à deux heures de l'après-midi, et seront faites par :

M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale, les mercredis.

M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, les vendredis.

M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie, les lundis.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spécialc qui leur sera délivrée après s'être fait incrire au secrétariat de la Faculté : 1° pour le cours : MM. les docteurs en médecine et les ayant subi le troisième examen de doctorat; 2° pour les conférences : MM. les docteurs en médecine et les étudiants ayant subi le quatrième examen de dotorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— La Société protectrice de l'enfance donnnera un grand bal d'enfants parés et costumés, jeudi 20 mars, à une heure de l'après-midi, à l'Hôtel Continental, pour secourir les mères-nourrices pauvres. — Le prix du billet est de 3 francs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15926.

116

Dragées Sainte-Lucie
ou PILULES DRAGÉIFIÉES
TONI-PURGATIVES.

Préparées par E. HUYON, pharmacien à Solesmes (Nord), à la podophylline, extrait de quinquina et thridace, souveraines contre *les maladies de foie et les troubles digestifs* accompagnés d'embarras gastriques et intestinaux, *constipation, manque d'appétit, migraines, biles, glaires, lumbagos*, etc.

UNE ET DEUX PAR JOUR.

Nous ne saurions trop attirer l'attention de MM. les Médecins sur cette heureuse association de la Thridace soigneusement préparée et de l'Extrait de Quinquina à la Podophylline.

Des échantillons leur seront adressés sur demande. — Prix : 1 fr. 50.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

113

Le phosphate monocalcique
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharm^ies.

125

Vins d'Ossian Henry,
membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique. — Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences*, etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

88

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions difficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS
Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.
SUCRE D'ORGE DE VICHY
Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des
GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

47

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud
à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878.

Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

90

Dragées Meynet
D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

82

Globules du docteur de Korab
A L'HÉLÉNINE DE KORAB

11

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig
Bouillon de viande de bœuf concentré
GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

109

LA PLUS PUGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sydney 1879, Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

106

Institut orthopédique

28, rue Lauriston. Traitement des difformités de la taille, gibbosités, pieds-bots, fausses ankyloses du genou, torticolis, coxalgies. — Médecin en chef : E. DUVAL, seul élève de son père, le docteur V. DUVAL, directeur pendant plus de quarante ans des traitements orthopédiques dans les hôpitaux de Paris. — Jardin, gymnase.

122

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
(*Rapport favoarble de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

70

Granules ferro-sulfureux
J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

241

Vin de Baudon **antimonio-phosphaté.**
TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

17

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson
BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

36

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci-coutre, en rouge.

Rigollot

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

31

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina
et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, r. *Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade
à l'albuminate de fer.
Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

58

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales ph^ies.

N° 34. — JEUDI 20 MARS 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 20 MARS 1884. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. Cancer du rectum, rectotomie ou colotomie lombaire. — Considérations générales sur l'état sanitaire de la garnison de Bône de 1832 à 1881. — Cas d'aménorrhée chez une femme de trente-cinq ans; traitement par l'albuminate de fer; grossesse. — THÉRAPEUTIQUE. Le goudron opobalsamique en dermatologie. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le régime des aliénés est terminée. M. Blanche, le rapporteur de la commission, a été appelé à présenter le résumé de la discussion et à donner lecture des conclusions définitives. Dans ce résumé, très net, très précis, M. Blanche s'est très habilement défendu des quelques critiques, on pourrait dire de la seule critique à peu près, qui ait été adressée au fond de son rapport; il a montré qu'il était de l'essence même des choses que la situation du médecin vis-à-vis des aliénés ne soit pas de tous points la même que celle du médecin vis-à-vis des autres malades et que la question était, non pas de soustraire entièrement le rôle du médecin à toute ingérence de la justice et de l'administration dont la nécessité s'impose par la force même de la situation, mais de régler cette ingérence et ces rapports de manière que la part du médecin restât ce qu'elle doit être, entière en matière de traitement, et que sa dignité n'eût rien à en souffrir en aucun cas. La manière dont ces rapports ont été réglés dans le travail de la commission paraît devoir donner à cet égard entière satisfaction, même aux plus méticuleuses exigences.

Quant aux diverses autres observations et aux vœux divers qui se sont produits dans la discussion, le rapporteur s'est empressé, lorsqu'il ne l'avait pas déjà fait par avance, d'y donner satisfaction; si bien que l'accord paraît exister actuellement parmi les membres de l'Académie sur tous les points et que les conclusions avec les modifications qui y ont été introduites ont été votées une à une sans discussion.

HOTEL-DIEU. — M. HUMBERT.

Cancer du rectum, rectotomie ou colotomie lombaire.

Je vais opérer un de nos malades de la salle Saint-Jean, dont je vous ai déjà, à maintes reprises, entretenu depuis un mois.

Il est atteint d'un cancer du rectum, il est entré dans le service au commencement du mois dernier et son rectum se trouve dans l'état suivant :

Si l'on introduit le doigt dans l'intestin, on sent un peu au-dessus de la marge de l'anus, une tumeur irrégulière, dure, bosselée, occupant presque toute sa circonférence, si ce n'est la partie latéro-antérieure droite qui est encore intacte. De plus, le doigt atteint difficilement le bord supérieur de cette tumeur. Néanmoins l'état général est bon et l'on ne constate la présence d'aucun ganglion dans le voisinage ni d'engorgement ganglionnaire dans la région inguinale. Et pourtant je vous disais, dès le mois dernier, que ce malade n'était pas opérable; cependant aujourd'hui je vais intervenir par une opération chirurgicale. Pourquoi cette contradiction, en apparence bizarre, dans mes paroles d'il y a un mois et dans celles d'aujourd'hui? Ceci demande quelques mots d'explication.

Quand, après un examen minutieux de ce malade, je me suis prononcé pour une non-intervention, je le faisais en toute connaissance de cause, me basant sur ce que la tumeur me paraissait s'élever trop haut dans le rectum pour être susceptible d'une opération radicale, c'est-à-dire comprenant tout le néoplasme jusqu'aux parties saines. Or, si depuis ce jour-là le mal n'a fait que très peu de progrès, cependant il est survenu un autre phénomène qui a dû appeler vivement notre attention, je veux parler des douleurs très vives qui se manifestent depuis quelque temps chaque fois que le malade va à la selle. Ce n'est pas que celles-ci ne soient plus libres ni régulières chaque jour, mais bien parce qu'elles donnent lieu à des douleurs d'une telle acuité, je le répète, que la santé commence à en être sérieusement altérée. Elles sont aussi d'une telle durée, se prolongeant pendant plusieurs heures après les garde-robes, que nous avons dû en arriver, aussitôt après chaque évacuation des matières fécales, à faire des piqûres de morphine afin de calmer l'état d'agitation dans lequel elles jettent notre malade.

Tels sont les motifs pour lesquels, modifiant notre première décision, nous sommes aujourd'hui décidés à intervenir.

Au point de vue du traitement, on peut diviser le cancer du rectum en deux grandes classes :

1° Les cas où la tumeur est susceptible d'être enlevée, c'est-à-dire les cancers extirpables;

2° Les cas où elle ne peut pas être extirpée.

L'extirpation est une bonne opération quand elle peut être complète, quand elle permet d'enlever la tumeur dans sa totalité. Elle est, au contraire, une opération détestable, quand elle est incomplète involontairement, par exemple,

c'est-à-dire quand elle ne peut pas comprendre tout le néoplasme, ou bien quand on la fait de parti pris, volontairement, afin de procurer un peu de soulagement au malade. Lorsqu'elle est complète, elle est encore grave en elle-même, mais elle offre pour le malade des chances de survie assez prolongée, si prolongée même quelquefois, qu'elle équivaut, pour ainsi dire, à une guérison, pendant plusieurs années tout au moins.

Pour tenter avec succès l'opération, il faut deux choses : 1° que la tumeur n'ait contracté aucune adhérence profonde avec les organes du voisinage; 2° qu'elle soit bas placée dans le rectum pour être assez facilement dépassable avec le doigt et ne pas exposer le chirurgien à ouvrir le cul-de-sac du péritoine.

Notre malade était-il, il y a un mois, dans des conditions favorables pour être opéré? Non; parce que sa tumeur adhère en avant à un des lobes latéraux de la prostate, parce qu'en haut elle se prolonge sur le bas-fond de la vessie, enfin parce qu'il était difficile d'atteindre ses limites supérieures.

Quant à une opération de voisinage, telle que la création d'un anus artificiel, elle n'était nullement nécessaire alors, d'abord parce que le malade n'éprouvait encore aucune douleur, ensuite parce que le cours des matières était encore libre. Mais aujourd'hui des phénomènes nouveaux ont apparu qui exigent une opération palliative, je veux parler non pas de l'obstruction intestinale qui n'existe pas encore en réalité, mais bien du phénomène douleur. L'obstruction a pour conséquences la déchirure, l'éraillure des tissus par les matières franchissant difficilement le rétrécissement du rectum : éraillure ou déchirure qui déterminent des douleurs plus ou moins vives. Ici le rétrécissement est encore peu considérable, bien que la douleur soit des plus intenses.

C'est donc dans l'un ou l'autre cas que l'on est forcé d'intervenir palliativement pour faire cesser ces accidents et faciliter le cours des matières. Pour y parvenir nous avons deux moyens à notre disposition : 1° agrandir le trajet naturel suivi par les fèces, c'est-à-dire pratiquer la rectotomie; 2° dériver le cours des matières par une autre voie anomale, en créant un anus artificiel soit dans la fosse iliaque, soit mieux dans la région lombaire et l'opération porte le nom de colotomie lombaire.

Ces deux opérations sont bonnes toutes deux en soi, parce qu'elles suppriment la cause de l'épuisement souvent considérable du malade et permettent à celui-ci de revenir à la vie, au moins pour un certain temps. Mais laquelle des deux choisirons-nous? La rectotomie, et voici pour quels motifs.

En France, les deux opérations sont également pratiquées; en Angleterre, on a presque exclusivement adopté de préférence la colotomie lombaire; on la fait même comme opération préventive, dans certains cas, contre des accidents susceptibles de survenir ultérieurement. Mais la colotomie ne donne pas une issue plus facile aux matières fécales; elle ne soulage pas mieux les malades; elle ne donne pas des chances de survie plus grande, car la survie sans douleur dépend non pas du contact des matières avec la tumeur, mais bien du développement plus ou moins rapide de celle-ci. En somme, elle ne fait pas vivre le malade plus longtemps ni dans de meilleures conditions, elle est peut-être plus difficile comme opération; elle a, du reste, ses indications particulières.

En résumé, après avoir convenablement exploré le rectum du malade atteint du cancer, si la tumeur est située très bas, si elle est bien limitée, et si elle n'a contracté aucune adhérence profonde, faites-en l'extirpation. Si le cancer, comme chez notre malade, est adhérent en avant, s'il remonte trop haut, l'opération n'est plus que palliative et si l'on peut encore atteindre ses limites, on fait la rectotomie. Enfin, si le cancer est situé à l'extrémité supérieure du rectum jusque dans le voisinage de l'S iliaque, c'est-à-dire dans un point réellement inaccessible, alors ayez recours à la colotomie lombaire. En réalité, la rectotomie est intermédiaire à l'extirpation et à la colotomie.

Ici donc je vais pratiquer la rectotomie. Plusieurs procédés ont été proposés : M. Verneuil se sert d'un trocart courbe dont il dirige la pointe en arrière de l'anus et au-devant du coccyx, de telle sorte qu'elle pénètre de dehors en dedans dans le rectum au-dessus de la tumeur, après quoi il lui fait décrire un demi-cercle pour la faire sortir au dehors. Puis, au moyen de la chaîne-écraseur introduite dans la canule du trocart, il sectionne les tissus et fait ainsi une vaste fente.

M. Trélat se sert aussi d'un trocart courbe, monté comme une aiguille de Deschamps; il l'entre directement dans le rectum en procédant à l'inverse de M. Verneuil, c'est-à-dire des parties profondes vers les parties superficielles; puis, par un mouvement de rotation, les pointes sont au-devant du coccyx. Ce mode opératoire est plus commode, il a de plus l'avantage de préserver le chirurgien de toute blessure par la pointe de l'instrument.

C'est ce procédé auquel je vais avoir recours en y joignant l'emploi du thermo-cautère. Ce dernier me servira à inciser la peau et les parties molles jusqu'au moment où l'emploi du trocart et de l'écraseur deviendra nécessaire.

Quant au bistouri, les tumeurs cancéreuses du rectum sont de celles dans lesquelles cet instrument ne doit jamais être employé à cause des hémorragies graves auxquelles il donnerait fatalement lieu.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR L'ÉTAT SANITAIRE DE LA GARNISON DE BÔNE DE 1832 A 1881.

Par M. le docteur F.-C. MAILLOT,

Ancien président du Conseil de santé des armées.

I

La ville de Bône a été occupée par l'armée française au mois de mars 1832. L'effectif de sa garnison a été, pendant plusieurs années, de 3,000 à 5,000 hommes; il s'est ensuite abaissé dans des proportions variables, à mesure que s'opérait et s'étendait la pacification du pays : c'est ainsi que, de 1872 à 1880, il ne s'est élevé qu'une fois à 2,250; que son minimum a été de 1,337 en 1873, et, en 1874, de 1,240; le reste du temps, il s'est maintenu un peu au-dessous de 2,000. Il m'a paru utile d'exposer ces chiffres, parce que leur connaissance permettra d'apprécier d'un coup d'œil les proportions entre les valides, les malades et les morts.

Cela posé, j'interroge les mouvements hospitaliers de cette longue période, et voici ce qu'ils répondent :

En 1832, on a eu 4,033 entrants; 449 morts; 1 mort sur 9.

En 1833, on a eu 6,704 — 1526 — 1 — sur 4.

En 1834 et jusqu'au 16 mars 1835, on a eu 11,593 entrants; 538 morts; 1 mort sur 21.

Cette période de quatorze mois et demi qui, avec 856 ma-

lades en plus que pendant les deux années précédentes réunies, compte 1,437 morts en moins, correspond au temps où j'ai rempli les fonctions de médecin en chef de l'hôpital de Bône et où j'ai fondé la thérapeutique qu'on peut appeler algérienne, thérapeutique qui a fini, après bien des traverses, par s'imposer à tous, et dont une expérience demi-séculaire a confirmé les principes et les résultats, comme va nous le démontrer la *Statistique médicale de l'armée* prescrite par la loi du 22 janvier 1851, mais dont, malheureusement pour mes recherches, le premier fascicule n'a paru qu'en 1865.

Il est sans doute très regrettable que, dans ce long temps de 1835 à 1865, il n'ait été publié aucun document soit médical, soit administratif, qui nous permettrait de baser sur des chiffres notre assertion que, durant cet intervalle, on n'a vu qu'une seule fois, en 1852 et 1853, l'épidémie estivale prendre un grand développement, et que la mortalité proportionnelle non seulement est restée presque toujours dans les mêmes limites qu'en 1834, mais encore qu'elle a fini par devenir beaucoup moindre. On ne peut, du reste, mettre en doute cette progression quand on voit les résultats énoncés en 1865 par le premier fascicule de la *Statistique médicale de l'armée,* qui désormais va régler tout mathématiquement et nous conduire au grand jour, sans hésitation, sans le moindre faux-fuyant, jusqu'en 1880, où a paru son dernier numéro.

J'ai relevé dans ce grand et important ouvrage les chiffres qui concernent l'hôpital de Bône et je les ai dressés dans le tableau ci-dessous :

MOUVEMENT DE L'HÔPITAL MILITAIRE DE BÔNE DU 1er JANVIER 1865 AU 31 DÉCEMBRE 1880.

ANNÉES.	ENTRANTS.	MORTS.	PROPORTIONS DES MORTS AUX ENTRÉES.
1865	1,595	25	1 mort sur 62.
1866	1,248	21	1 — 59.
1867	1,212	23	1 — 52.
1868	1,970	68	1 — 28.
1869 (1)	1,436	31	1 — 46.
1872	1,956	48	1 — 40.
1873	1,184	28	1 — 42.
1874	1,078	22	1 — 49.
1875	1,340	36	1 — 37.
1876	1,614	26	1 — 62.
1877	1,367	24	1 — 56.
1878	1,100	67	1 — 16.
1879	1,014	25	1 — 40.
1880	951	17	1 — 55.

Ces chiffres ont une éloquence saisissante; ils démontrent que Bône, après avoir été un séjour des plus pernicieux, est devenue une des localités de l'Algérie où l'on meurt le moins : on ne peut les suspecter d'erreurs, car ils sont fournis par un document officiel, rédigé sous la haute surveillance du conseil de santé des armées et publié par le ministre de la guerre, conformément à une loi spéciale. Quand on a assisté aux désastres qui ont tant assombri nos jeunes années en Afrique, on est heureux d'avoir assez vécu pour voir couronnés par de semblables succès les efforts des pionniers de la première heure.

Mais continuons notre étude et voyons si elle ne nous révèlera pas des faits non moins curieux pour la science; j'en découvre immédiatement, c'est la faible mortalité que donnent aujourd'hui à Bône les fièvres intermittentes et rémittentes, ces affections autrefois si meurtrières. Je dis si meurtrières et j'ajoute à un point dont on ne s'est jamais douté en France : en voici un exemple qui avait fini par prendre dans mon esprit un caractère de légende ; dans le doute, je priai mon excellent ami l'inspecteur Hutin, à qui nous devons une très remarquable histoire de l'épidémie de 1833, de m'en rappeler les détails ; il me répondit de Saint-Germain ceci, le 10 mars 1884 : « Comme il était un peu tourmenté par les Arabes, on renforça ce poste (le blockhaus de la Fontaine, à moins de deux kilomètres de la ville) ; on y mit 27 hommes. Sur ce nombre 24 ou 25 sont morts après deux ou trois jours de maladie ; le médecin était des morts... » On trouverait difficilement un témoignage plus frappant de la gravité du mal et de l'insuffisance de la médication qu'on nous avait enseignée dans les écoles universitaires tout aussi bien qu'au Val-de-Grâce, si souvent incriminé, et qui ne le méritait pas plus que les autres centres d'instruction où nous n'avions pour classiques en la matière que la *Nosographie* de Pinel et le *Traité* d'Alibert.

J'appuie mes assertions sur le tableau suivant qui indique le nombre des fièvres intermittentes et rémittentes qui, pendant onze ans, viennent d'être traitées à l'hôpital de Bône et celui des décès qu'elles ont fournis :

ANNÉES.	NOMBRE DES FIÈVRES.	DÉCÈS.	ANNÉES.	NOMBRE DE FIÈVRES.	DÉCÈS.
1865	958	5	1876	891	10
1866	652	6	1877	605	2
1867	480	1	1878	520	12
1868	1,011	15	1879	412	5
1869 (1)	867	8	1880	247	2
1875	661	10			

Je crois que les praticiens prendront un grand intérêt aux faits que j'expose et que ces faits n'auront pas moins de prix aux yeux des statisticiens et des économistes ; car ils sont d'un bien grand poids dans les questions que l'on agite depuis cinquante ans et qui semblent n'avoir pas encore été définitivement résolues pour tout le monde, savoir si les Européens ont la puissance de s'acclimater en Algérie et d'y perpétuer leur race. Pour moi, je n'en fais pas le moindre doute. La ville de Bône nous en fournit une preuve irréfutable. Elle était en ruines lorsque nous y sommes entrés ; elle avait à peine 5,000 habitants, Maures et Arabes, pauvres, chétifs, déguenillés : aujourd'hui c'est une cité florissante, riche, coquette, siège d'un grand commerce, comptant une population de plus de 28,000 âmes, ayant ouvert de larges rues et élevé des maisons splendides sur ce terrain empoisonné, dont le voisinage avait, à deux reprises, si grandement compromis les brillantes destinées qui l'attendaient. Comme dans presque toute l'Algérie, les fièvres y sont encore fréquentes, mais on les dompte facilement : en les arrêtant immédiatement, on prévient les accidents consécutifs et la cachexie palustre y est devenue rare ; les malades recouvrent leurs forces en quelques jours et reprennent vite, les soldats leur service, les colons leurs travaux. C'est là ce qui a permis, d'une part, de diminuer l'effectif de la garnison ; d'autre part, de mettre en culture des plaines immenses et de planter ces vignobles qui vont cons-

(1) Par suite de la guerre, la statistique n'à pas été établie.

(1) Par suite de la guerre, point de statistique en 1870 et en 1871 ; les fascicules de 1872, 1873 et 1874 ne donnent que le chiffre brut des malades sans indiquer le genre des maladies.

tituer une grande richesse pour l'Algérie et fournir à la métropole les ressources que lui a enlevées le phylloxera.

Je sais très bien, et je m'en suis déjà expliqué ailleurs, que, dans cette diminution du nombre des fièvres, dans leur atténuation, dans l'abaissemement si considérable de la mortalité, tout l'honneur ne revient pas à la médecine ; je ne méconnais pas l'influence des autres facteurs, tels qu'une meilleure installation, une alimentation plus riche, plus substantielle, plus variée, le dessèchement d'un assez grand nombre de localités marécageuses et rendues ainsi à l'agriculture. Mais s'il est difficile de faire exactement la part qui revient à la première et celle qui est due à ces dernières conditions, il n'y a pas moins ce fait qui appartient uniquement à la thérapeutique, l'arrêt subit de la mortalité en 1834 ; l'influence persistante de son action ; la diminution immédiate des décès dans les diverses stations aussitôt qu'elle était adoptée ; le retour non moins prompt des revers aussitôt qu'on s'en écartait, comme il est arrivé souvent ; par exemple, quand des médecins, venant de France, étaient, sans préparation, sans aucun avertissement, chargés de diriger des services de fiévreux.

CAS D'AMÉNORRHÉE

CHEZ UNE FEMME DE TRENTE-CINQ ANS. — TRAITEMENT PAR L'ALBUMINATE DE FER. — GROSSESSE.

Par M. le docteur Louis Jugand.

Bien que le fait de l'aménorrhée complète ne soit pas un cas isolé dans la science, l'observation suivante nous a paru assez intéressante pour mériter d'être publiée dans toute sa simplicité :

Mme L..., originaire de Strasbourg, habite depuis plusieurs années Paris, où elle dirige un atelier de couture. Cette dame, de taille moyenne, est d'apparence très délicate ; son teint, décoloré, mat, subictérique, accuse fortement la chloro-anémie. Cette personne jouit cependant, dit-elle, d'une santé généralement bonne. Sans être exagéré, son appétit est toujours égal ; les antécédents de famille sont excellents. A l'âge de dix-sept ans, quelques gouttes de sang se sont montrées à l'entrée de la vulve et, depuis, elle n'a jamais été réglée. Mariée à vingt-deux ans, elle éprouve, chaque mois, les malaises de la congestion utérine : douleurs des reins et de l'abdomen au niveau des ovaires, pesanteur dans le ventre, état fébrile, etc.

Mme L... a le plus grand désir de devenir mère, aussi a-t-elle bien souvent consulté ; tous les emménagogues connus ont été essayés, depuis l'armoise jusqu'au safran, l'apiol, la rue, le seigle ergoté, etc.

Le traitement local par les bains de siège, les douches froides, les injections, les sachets médicamenteux n'a pas mieux réussi.

Pendant deux années consécutives, la malade a pris, d'elle-même, du fer sous forme pilulaire insoluble, ce qui a amené des troubles assez sérieux.

C'est dans ces conditions que Mme L... vint nous consulter, le 27 septembre de l'année dernière. L'examen du col ne nous présente rien d'anomal et le toucher n'éveille aucune douleur. L'hystéromètre pénètre assez facilement et fournit la course ordinaire chez la femme qui n'a pas eu d'enfant. Nous conseillons d'abord de suspendre tout traitement pendant un mois, recommandant seulement l'hygiène et une nourriture choisie mais modérée, à laquelle nous joignons la peptone phosphatée afin de permettre aux organes digestifs fatigués le temps de se remettre.

Un peu de diarrhée étant survenue, nous faisons prendre le citrate de magnésie à doses fractionnées pour modifier la muqueuse intestinale ; mais, comme le flux diarrhéique qui dure depuis quelque temps ne tend pas à diminuer, nous ajoutons à ce traitement l'*eau albumineuse* comme tisane, et concurremment le sirop de *citrate de fer* pour combattre la chloro-anémie.

A notre grande satisfaction, la diarrhée disparaît, le citrate de fer est bien supporté, et après six semaines, la malade voit apparaître quelques gouttes de sang à la vulve.

Frappé de cette coïncidence, nous soumettons aussitôt Mme L... à la liqueur d' « albuminate de fer » associé à l'écorce d'oranges amères dont M. Laprade est le préparateur.

Pendant les quatre mois suivants, les règles apparaissent normalement, sans malaises ; elles ont manqué le cinquième mois. Mme L... est aujourd'hui sur le point d'accoucher.

THÉRAPEUTIQUE

Le goudron opobalsamique en dermatologie.

Par le docteur Delmis.

Il y a, depuis longtemps déjà, deux écoles à doctrines parfaitement distinctes relativement aux maladies de la peau. Les uns, suivant la tradition de Bateman, de Villars, d'Alibert ou de Bazin, voient dans toute dermatose la manifestation symptomatique d'un état général. Il y a des scrofulides, des herpétides, etc. Les autres, au contraire, s'en tiennent à la lésion locale. La thérapeutique se ressent de ces divergences. Quand on rapporte tout à l'état général, c'est de lui qu'on s'occupe en première ligne : il faut modifier la constitution, régulariser les échanges organiques et les manifestations secondaires disparaîtront sans qu'on s'en occupe. C'est tout au plus si l'on prescrit de temps en temps un topique d'attente, destiné à calmer un phénomène impatientant et pénible comme le prurit ou la cessation de chaleur.

Les partisans de l'opinion contraire procèdent d'une façon toute opposée : pour eux, le traitement interne est inutile ou superflu. Leur thérapeutique est avant tout locale et topique. Il faut avouer que les recherches faites dans ce sens ont donné des résultats vraiment sérieux, que la plupart des méthodes modernes et des liniments ont été trouvés par les dermatologistes qui traitaient la peau pour elle-même, ne se préoccupant qu'en second lieu de l'organisme. Il serait fâcheux pourtant qu'on poussât ces doctrines à l'extrême, que l'examen de la lésion locale fît oublier l'état général du sujet, qu'on ne vît que la maladie sans se préoccuper du malade. On ne saurait nier que la question de terrain c'est pour le succès d'un traitement un facteur dont on doit tenir compte, qu'une dermatose de même forme n'aura pas la même marche chez un individu robuste, bien portant et chez un diabétique, un scrofuleux ou un individu affaibli par une cause accidentelle. Le mieux, en pareil cas, c'est d'établir un traitement mixte, de choisir un spécifique que l'on puisse administrer *intus* et *extra*. Le goudron, par exemple, réunit parfaitement ces conditions : son action modificatrice est connue : il y a des préparations nombreuses qui permettent de le donner à l'intérieur sans que le malade éprouve ni satiété ni répugnance. De plus, il exerce sur certaines affections de la peau une influence rapide et tout à fait favorable. Dans l'eczéma humide, par exemple, on a employé souvent, jusqu'à ce jour, une préparation appréciée des médecins : la pommade opobalsamique Chesnel. Son action est tellement rapide et tellement énergique qu'il est impossible de ne pas lui reconnaître une certaine spécificité. Si la pommade agit un peu plus lentement que d'habitude ; si, après la guérison d'une plaque d'eczéma sec et surtout humide, on en voit reparaître une autre dans une autre région, il n'est pas douteux que l'affection ait une base organique et qu'il faille administrer, en même temps que la pommade, le sirop opobalsamique Chesnel. Avec une alternance bien établie, les résultats favorables ne se font presque jamais attendre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 mars 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

M. le Ministre du commerce transmet de la part de M. le Préfet de la Haute-Marne un ouvrage manuscrit de M. le docteur Renard, médecin-inspecteur des eaux thermales de Bourbonne. (Commission des eaux minérales.)

M. le docteur Hanot se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. le docteur Sandras adresse une note relative à un appareil à la fois inhalateur et insufflateur de son invention.

L'ordre du jour appelle la fin de la discussion sur le régime des aliénés. La parole est à M. Blanche, rapporteur, pour résumer la discussion et lire les nouvelles conclusions.

RÉSUMÉ DE LA DISCUSSION SUR LE RÉGIME DES ALIÉNÉS ET CONCLUSIONS.

M. BLANCHE résume la discussion à peu près en ces termes : Il n'a trouvé qu'une seule critique s'adressant au fond même du rapport. On lui a reproché de n'y avoir pas témoigné de l'état d'esprit qui aurait dû seul inspirer le rapport fait par un médecin sur une question intéressant des malades et d'avoir complaisamment sacrifié à des considérations d'un autre ordre, en un mot, d'avoir subordonné le médecin à l'autorité de la justice et de l'administration et d'avoir ainsi consenti à un amoindrissement des droits qu'il tient de son diplôme, lorsqu'il s'agit d'aliénés, alors que ces droits sont entiers lorsqu'il s'agit de malades ordinaires.

Mais, si les malades atteints d'aliénation mentale ne différaient pas par un côté essentiel des autres malades, dit M. le rapporteur, d'où venait donc la nécessité de faire une loi à leur usage particulier ; si le médecin seul suffit pour ces derniers, il ne peut, tout en restant le maître unique du traitement, rester le juge unique des mesures qu'entraîne ce traitement au point de vue de la liberté individuelle des aliénés et de la question de leurs biens. Il est donc impossible que dans les mesures relatives aux aliénés la justice n'intervienne pas.

M. le rapporteur ne saurait penser qu'accepter cette nécessité du concours de la justice est porter atteinte à la dignité du médecin.

Restait donc à établir que dans cette union de la médecine et de la justice, c'était le médecin qui devait conserver le principal rôle. C'est la pensée qui a dominé dans le rapport.

M. le rapporteur reconnaît toutefois que son opinion n'est pas reproduite avec assez de fermeté dans les conclusions ; aussi les a-t-il modifiées dans ce sens.

D'autres critiques ont été formulées contre certaines dispositions du projet de loi, critiques qui se trouvent également dans le rapport, notamment en ce qui concerne les difficultés qu'offrirait souvent l'obligation des deux signatures dans les certificats.

M. le rapporteur renouvelle à ce sujet une déclaration déjà faite et il déclare qu'il la reproduira plus expressément dans les conclusions.

On a exprimé le regret que le Parlement, la magistrature et l'administration réunis aient eu des représentants plus nombreux que la médecine. Si on examine chacune des catégories dans lesquelles les choix ont été faits, on constate que l'élément médical était représenté par un plus grand nombre de voix que chacun des autres éléments ; et en définitive ce sont les médecins qui y ont un rôle prépondérant.

Enfin on a émis le vœu très légitime que l'enseignement de l'aliénation mentale eût dans les Facultés l'importance qui lui est due. Ce vœu très légitime a été reproduit dans les conclusions, ainsi que celui qui est relatif à l'application du concours au renouvellement du personnel médical des asiles.

Depuis la lecture du rapport l'Académie a reçu trois documents qui méritent d'être mentionnés. L'un est de M. le docteur Maheut, de Caen, qui voudrait que la protection, dont les aliénés sortant guéris de l'asile ont encore besoin, pût leur être continuée soit par l'administration elle-même, soit par une institution charitable.

M. le rapporteur, s'associant à cette pensée généreuse, l'a introduite dans les conclusions sous forme de vœu.

Le deuxième est de M. le docteur Mignot (de Chantelle), qui proteste contre l'article du projet de loi, en vertu duquel toute maison où sera traité un aliéné sera assimilée à un asile sous le rapport de la surveillance.

M. le rapporteur croit pouvoir rassurer M. Mignot en lui rappelant que le projet ne parle pas des aliénés traités dans les familles.

La troisième communication est de M. le docteur Bédoin, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes. Elle est relative à un cas d'aliéné se livrant dans ses accès à des tentatives de meurtres, d'homicides, d'incendies, qui, placé dans un asile où il n'a été retenu que peu de temps, à peine rendu à la liberté s'est livré de nouveau aux mêmes actes dangereux. Le document de M. Bédoin est un témoignage de plus à l'appui de la huitième conclusion.

Voici les nouvelles conclusions que la commission soumet à l'Académie :

1° La loi du 30 juin 1838, inspirée par les sentiments les plus élevés d'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés ; elle a assuré la protection de leurs personnes, de leurs biens en même temps qu'elle leur a procuré les soins médicaux dont ils étaient presque complètement privés jusque-là. Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet, mais on doit reconnaître que depuis l'époque où elle a été promulguée, grâce aux progrès de la science, certains besoins se sont produits, se sont développés, auxquels elle ne donne pas complètement satisfaction.

2° Parmi les dispositions du projet de loi destinées à remplir ces nouvelles obligations, les unes constituent des améliorations positives à l'état de choses actuel ; d'autres peuvent être critiquées ; certaines enfin nous paraissent devoir être, dans la pratique, d'une application très difficile et quelquefois même impossible. Nous devons, en outre, faire remarquer que plusieurs d'entre elles auront pour effet d'augmenter les dépenses de l'État et des départements ;

3° Le principe fondamental du nouveau projet de loi est l'intervention de la justice dans toutes les mesures concernant les aliénés. Ce principe est juste. La folie entraîne presque toujours, pour celui qui en est atteint, la privation plus ou moins complète de la liberté en même temps que l'impossibilité de gérer ses affaires et de veiller à ses intérêts. Or, d'après les règles générales de notre droit, c'est à l'autorité judiciaire seule qu'il appartient de suspendre ou de supprimer la liberté individuelle. C'est elle qui, seule aussi, a qualité pour protéger les incapables. Il y a sans doute un double motif pour que toutes les mesures relatives aux aliénés soient prises par la justice ou soumises à son contrôle. C'est toutefois au médecin qu'il appartient d'indiquer et de prescrire les mesures, et lui seul doit en conserver l'initiative.

En effet, les aliénés étant des malades, le médecin seul est compétent pour apprécier la nature du mal ainsi que les mesures de traitement et de protection qui sont nécessaires ;

4° C'est par application du même principe de l'intervention de la justice que le projet de loi assimile à un asile, sous le rapport de la surveillance, toute maison dans laquelle un aliéné sera traité, même seul, à moins que ce ne soit sous la surveillance immédiate de son tuteur ou d'un proche parent habitant dans la même maison. Cette prescription légale, toute nouvelle en France, quoiqu'elle existe dans d'autres pays, est de nature à prévenir des abus déplorables que l'on ne peut révoquer en doute et auxquels nous espérons qu'elle mettra fin ;

5° Une autre innovation consiste dans l'obligation de présenter à l'avenir, pour l'admission d'un aliéné dans l'asile, deux certificats distincts, ou un certificat signé de deux médecins, et la loi prescrit que ces certificats soient très détaillés et fournissent tous

les renseignements de nature à prouver la nécessité de l'internement.

Sans doute cette prescription de la double signature semblerait devoir ajouter une garantie de plus au respect de la liberté individuelle, mais sans y voir une atteinte portée à la dignité du médecin, ni un amoindrissement de sa légitime autorité, nous déclarons qu'elle se heurtera le plus souvent à de grandes difficultés dans la pratique et que, si elle n'est pas tempérée par les restrictions que nous avons indiquées, elle pourra même offrir de graves dangers;

6° En vertu d'une disposition nouvelle, tout placement d'un aliéné dans un asile, que ce placement soit volontaire ou d'office, ne sera d'abord que provisoire et ne deviendra définitif qu'après la sanction de la justice. C'est là un corollaire de la pensée principale qui a présidé à la préparation du projet de loi, et nous avons montré combien il serait à souhaiter que le magistrat, lors de sa visite, fut investi du droit de déclarer immédiatement le placement définitif, droit dont il userait dans le plus grand nombre des cas et nous pensons, en outre, qu'il serait indispensable que le médecin de l'asile eût toute autorité pour placer pendant la période provisoire le malade dans les conditions qu'il jugerait les plus favorables à sa sécurité et à son traitement.

7° Quant aux placements d'office et aux placements d'urgence, nous nous félicitons, pour la sécurité publique, que le projet de loi les rende plus prompts et plus faciles, et nous voudrions, en outre, que l'autorité publique eût désormais le droit de prendre des mesures préventives en profitant de tous ces moyens d'information lorsqu'un aliéné lui est signalé comme dangereux.

8° Pour ce qui concerne les condamnés, devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine, les aliénés dits criminels ou ceux considérés comme exceptionnellement dangereux, nous sommes absolument partisans de la création d'un ou de plusieurs asiles d'État et nous ne pouvons qu'approuver toutes les garanties d'examen ou de contrôle que l'on exigera dorénavant pour la mise en liberté de ces aliénés, mise en liberté que la justice pourra seule ordonner.

9° Nous donnons aussi notre approbation à de nouvelles mesures proposées soit pour permettre aux interdits de présenter directement à la justice leur requête à fin de mise en liberté, soit pour garantir, d'une façon plus efficace, la gestion des biens et des intérêts des aliénés.

10° Enfin nous demandons que toutes les affaires concernant le service des aliénés soient centralisées au ministère de l'intérieur et qu'il y soit créé, soit une direction, soit une division, assistée d'un conseil supérieur dont nous avons indiqué la composition et les attributions et démontré la grande utilité.

Nous ne doutons pas que ce conseil, dans l'ordre de ses travaux, ne mette au premier rang la question du concours, et ne s'empresse de proposer qu'il soit institué, pour la nomination du personnel médical des asiles d'aliénés, ainsi que cela existe aujourd'hui, à Paris, pour les médecins des quartiers d'hospice affectés aux aliénés et administrés par l'assistance publique. Cette institution du concours serait d'ailleurs parfaitement légitime et réalisable, maintenant que les Facultés de médecine sont pourvues d'un enseignement officiel de l'aliénation mentale et que, de plus, des cours particuliers fonctionnent régulièrement au grand profit des élèves, nous émettons aussi le vœu que le conseil supérieur avise un moyen d'assurer dans toute la France aux aliénés sortant guéris des asiles la protection qui leur est si indispensable quand ils rentrent dans les conditions de la vie ordinaire, alors qu'ils sont accueillis tout au moins avec méfiance et le plus souvent repoussés comme des êtres incapables ou dangereux.

Ces conclusions, successivement mises aux voix, sont adoptées.
L'ensemble des conclusions est mis aux voix et adopté.

M. BERGERON donne lecture du rapport sur les mémoires envoyés pour le concours du prix Capuron.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les médecins du VIIe arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 2 avril 1884, il sera procédé dans une des salles de la mairie, à l'élection de deux médecins attachés au service du traitement à domicile. Le scrutin, ouvert à midi, sera fermé à quatre heures.

— Par décret, en date du 16 mars 1884, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal : 2° tour (choix), M. Beaumanoir, médecin de première classe.

— Par décision ministérielle, en date des 29 février et 15 mars 1884, ont été désignés pour les établissements thermaux, en 1884, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent, savoir :

Bourbonne-les-Bains.—M. le médecin principal de deuxième classe Pernod; — MM. les médecins-majors de deuxième classe Dubois, Chevassu et Bonnaix; — MM. le médecin aide-major de première classe Altemaire; — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Germain et Bonjean; — M. le pharmacien-major de deuxième classe Fromond.

Bourbon-l'Archambault. — M. le médecin-major de première classe Richon; — M. le médecin aide-major de première classe Augiéras.

Vichy. — M. le médecin principal de première classe Delcominète; — M. le médecin principal de deuxième classe Perrin; — MM. les médecins-majors de première classe Guimberteau, Pineau, Rouflay et Crussard; — M. le médecin aide-major de première classe Morer; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Tayac; — M. le pharmacien-major de première classe Zeller; — M. le pharmacien-major de deuxième classe Baillon.

Baréges. — M. le médecin principal de deuxième classe Madamet; — M. le médecin-major de première classe Bertelé; — M. le médecin-major de deuxième classe Barthé; — MM. les médecins aides-majors de première classe Lucas et Guégan; — M. le médecin aide-major de deuxième classe Clary; — M. le pharmacien-major de deuxième classe Trapet.

— M. le docteur Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, commencera, le dimanche 23 mars 1884, au grand amphithéâtre de la Salpêtrière, à neuf heures et demie du matin, un cours public sur les maladies mentales avec applications à la médecine légale et à la pratique professionnelle, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Dans la première leçon, M. Legrand du Saulle étudiera l'influence des évènements politiques sur les caractères du délire et il exposera les anomalies physiques et intellectuelles que l'on observe fréquemment chez les enfants conçus pendant le siège de Paris.

— *Faculté de médecine de Paris.* — L'ouverture du cours de M. le professeur Hayem, primitivement fixée au jeudi 20 mars 1884, à cinq heures du soir, est reportée au mardi 25 du même mois et à la même heure. Ces leçons continueront les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Guyon commencera le cours de pathologie chirurgicale le vendredi 21 mars 1884, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera des maladies chirurgicales du rectum et des organes génitaux chez la femme.

— M. le docteur Troisier, agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne le vendredi 21 mars 1884, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera, pendant le semestre d'été, des maladies de l'appareil digestif et des organes génito-urinaires.

— M. le docteur Ribemont-Dessaignes, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchements, le vendredi 21 mars 1884, à trois

heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — Il traitera de la dystocie maternelle et fœtale.

— M. le docteur Hallopeau, agrégé, suppléant M. le professeur Vulpian, commencera le cours de pathologie expérimentale et comparée, le samedi 22 mars 1884, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera de l'étude expérimentale des causes morbifiques et des processus morbides.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15933.

N° 35. — SAMEDI 22 MARS 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 22 MARS 1884. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Le morphinisme chronique et l'amorphinisme. — Ectopie rénale; symptômes d'étranglement rénal; cessation prompte des accidents. — Considérations générales sur l'état sanitaire de la garnison de Bône de 1832 à 1881. — Société de Chirurgie. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le morphinisme chronique et l'amorphinisme.

Nous avons déjà plusieurs fois appelé l'attention des lecteurs de cette revue sur les dangers graves inhérents à l'usage exagéré des injections morphinées, dangers qu'il faut avoir incessamment présents à l'esprit, alors même et surtout lorsque les effets sédatifs si prompts et parfois si merveilleux de cette méthode nous entraînent presque irrésistiblement à y avoir recours. La morphinomanie et le morphinisme chronique qui ne sont que trop souvent, dans leur enchaînement nécessaire, la triste conséquence de l'abus où l'on peut être entraîné malgré soi, sont bien de nature cependant à faire réfléchir mûrement avant de s'engager dans l'usage continu d'une médication aussi périlleuse. Aussi aimons-nous à nous tenir au courant des études, pleines d'intérêt d'ailleurs en elles-mêmes, qui se continuent sur ce sujet. Voici une thèse de M. le docteur Daniel Jouet, intitulée : *Étude sur le morphinisme chronique*, qui a été faite en grande partie avec des observations et des notes recueillies dans le service et dans les leçons de M. le professeur Charcot à la Salpêtrière, et qui renferme sur ce sujet, avec des faits déjà connus, quelques particularités nouvelles qu'il nous a paru utile de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Nous procéderons à l'examen de cette thèse par quelques brèves propositions qui peuvent en être considérées comme le résumé.

N'est pas morphinique qui veut; ce qui veut dire : qu'il y a des individus réfractaires à l'action de la morphine, soit qu'ils éprouvent à chaque piqûre des accidents tellement pénibles, état nauséeux, vomissements, palpitations, vertiges, et un tel malaise général qu'ils ne peuvent se résigner à se soumettre à de nouvelles épreuves; soit que, persistant quand même, à ces accidents des premières injections allant toujours en croissant, s'ajoutent bientôt des phénomènes gastro-intestinaux de plus en plus graves, l'amaigrissement et enfin l'épuisement. Il en est d'autres qu'une seule piqûre foudroie, soit à cause du mauvais état des reins qui n'éliminent plus le poison, soit par le fait d'un état athéromateux artériel ou même cardiaque; soit enfin par le fait d'une de ces idiosyncrasies inexplicables.

Pourquoi et comment on devient morphinique? Nos lecteurs le savent déjà : nous ne reviendrons pas sur ce qui a été déjà dit ici à cet égard; arrêtons-nous seulement sur la symptomatologie. Voici un premier signe important qui marque le début du morphinisme : si chez un malade qui a recours depuis quelque temps aux injections morphinées, on vient à les supprimer, à les éloigner ou à en diminuer la quantité, ce malade s'en plaint, en souffre, il éprouve un malaise pénible, de l'oppression, de la chaleur, des vomissements et même de la syncope et il réclame avec insistance son injection, il est déjà atteint du morphinisme. Ce morphinisme, qui devient une manière d'être nouvelle, une seconde nature, une diathèse en un mot, peut être constaté de quelques semaines à deux mois à dater du début de l'usage des injections morphinées.

Les phénomènes caractéristiques du mal confirmé se rattachent à deux grandes catégories : les uns appartenant à la sphère cérébro-spinale et touchant à la vie de relation, déchéance intellectuelle et morale, apathie, insouciance, mélancolie, humeur farouche et sauvage, perte de la mémoire, hallucinations; les autres tenant à la sphère du grand sympathique et touchant à la vie de végétation. Enfin il en est qui rentrent plutôt dans la sphère des phénomènes médullaires, hyperesthésie générale, hyperexcitabilité énorme des réflexes. Mais le plus marqué et l'un des plus caractéristiques de la véritable intoxication, c'est le tremblement des mains et quelquefois de la langue.

Le tremblement des mains des morphiniques semble être le résultat d'un mouvement de torsion du bras sur lui-même. Au point de vue du rythme, ce qui frappe, c'est l'égalité parfaite des intervalles qui séparent chaque oscillation. Les vibrations se font par poussées de cinq ou six oscillations, présentant une période d'augment, une période de maintien du summum de l'amplitude de l'oscillation, une période de décroissance.

Parmi les troubles nombreux qui relèvent du morphinisme, troubles des sens, de la vue, du goût, de l'ouïe, troubles digestifs, nous devons signaler particulièrement les phénomènes qui se passent du côté de la peau et des sécrétions, exanthèmes, furoncles, urticaire, zona, abcès, enfin une éruption particulière qui a pour siège d'élection le bras. La face antérieure du bras et d'une partie de l'avant-bras est d'un rouge violacé, le tissu de la peau est dur, sclérosé et sur ce fond uniforme s'élèvent une foule de pustules, pré-

sentant à leur centre une petite élevure jaunâtre qui contient un liquide purulent.

La sécrétion sudorale est très souvent exagérée.

L'amorphinisme est un des phénomènes les plus curieux de l'intoxication morphinique chronique. Nous avons indiqué plus haut, comme le premier signe du morphinisme constitué, cette circonstance de l'état de souffrance tout particulier où se trouve le malade lorsqu'on vient à cesser les injections. C'est une nouvelle phase de l'intoxication et qui suit de très près la première, puisqu'elle en est en quelque sorte le premier indice. « C'est le malade, dit M. Jouet, qui s'aperçoit et fait remarquer que sa piqûre lui fait défaut, c'est le malade qui donne le premier signal du morphinisme, c'est-à-dire de l'intoxication, c'est aussi le malade qui décrit le premier symptôme de l'amorphinisme, c'est-à-dire de la suppression du poison. » Le premier phénomène de l'amorphinisme consiste donc dans cette sorte de morphiomanie somatique qui fait que l'organisme déjà imprégné s'aperçoit et se révolte d'un retard ou d'une suspension dans l'administration habituelle du poison.

Le morphinique sent venir l'heure à laquelle il doit se morphiniser de nouveau ; et si, cette heure venue, l'injection n'est pas faite, il éprouve d'abord des sensations pénibles mal définies, de l'angoisse, quelquefois des palpitations, des bouffées de chaleur, puis des vertiges, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, du ténesme rectal, de violentes douleurs derrière la tête, etc. Enfin, si la morphinisation, au lieu d'être momentanément suspendue ou seulement retardée, est brusquement et complètement supprimée, les accidents sont beaucoup plus graves encore ; ils consistent en agitation vive, insomnie, hallucinations, sueurs profuses, petitesse du pouls, exagération énorme de l'excitabilité des réflexes, frayeurs, hésitation de la parole, névralgies, quelquefois délire furieux, enfin accès de collapsus suivis de coma mortel.

On comprend, d'après ces faits, que le pronostic du morphinisme soit des plus graves. Il y a cependant quelques distinctions encore à établir à cet égard, qui peuvent le modifier. « De même, fait remarquer M. Jouet, qu'il est des sujets qui supportent plus ou moins facilement l'alcool et deviennent plus ou moins facilement alcooliques, de même chaque individu n'est pas également apte à devenir morphinique. »

On a déjà fait la remarque, par exemple, que les aliénés, en général, ont une tolérance beaucoup plus grande que la plupart des personnes saines d'esprit pour la morphine, et qu'ils deviennent, par conséquent, beaucoup plus difficilement morphiniques. Cette observation a surtout été faite par M. Aug. Voisin. On peut dire toutefois, d'une manière générale, avec notre confrère, que le morphinique, surtout le morphinique morphiomane, est en puissance d'un état pathologique des plus dangereux, non seulement parce qu'il a à redouter les accidents du morphinisme confirmé, mais encore parce que d'un moment à l'autre, pour une cause quelconque, il peut se trouver dépourvu de tout moyen de continuer ses injections morphinées et qu'il peut se trouver alors en proie aux terribles phénomènes de la démorphinisation brusque.

Mais c'est surtout au point de vue du traitement que les observations faites sur l'amorphinisme ont une importance considérable. Le praticien ne devra, en effet, jamais perdre de vue les dangers de la suppression brusque et complète de l'usage de la morphine. C'est là un point de thérapeutique extrêmement délicat. Quelle devra donc être sa conduite ? C'est ce que nous examinerons dans une prochaine revue.

Ectopie rénale ; symptômes d'étranglement rénal ; cessation prompte des accidents.

Au n° 8 de la salle Laënnec est une femme âgée de trente-trois ans, entrée à l'hôpital le 2 mars dernier pour un accident pathologique qui n'est pas rare, mais qui a présenté une si remarquable netteté, que M. Jaccoud n'a pas voulu laisser échapper l'occasion de le signaler aux assistants et aux auditeurs de sa clinique. Voici l'histoire de cette malade. Elle est entrée avec de la fièvre, 39°, des vomissements, des douleurs vives dans le ventre et absence d'évacuations alvines depuis deux jours. La douleur, quoique très vive, n'était pas générale ; elle siégeait plus particulièrement dans une moitié du ventre (la moitié droite). A la vue seule, et avant de palper, on était frappé par l'aspect d'une tuméfaction dans ce côté du ventre, au niveau du côlon ascendant, tuméfaction tellement superficielle sous la paroi abdominale, qu'on n'avait pas besoin de la toucher pour en apprécier le volume et l'étendue. Cependant, en y portant la main, on en appréciait plus nettement la forme et on acquérait de suite, par l'extrême vivacité de la douleur que provoquait une pression, même légère, la certitude que c'était bien cette tuméfaction qui était le siège des douleurs que ressentait depuis quelques jours la malade. En promenant la main autour d'elle en différents sens, on la déplaçait aisément ; elle était donc mobile et ne paraissait unie par aucune adhérence ni à la paroi abdominale, ni aux parties voisines, ni au plan profond. On constatait en même temps qu'elle était solide et qu'elle constituait une masse ayant une face large qui se présentait la première sous la main, un bord convexe dirigé en dehors et un bord légèrement concave ou échancré vers son milieu, dirigé en dedans.

A cette seule description, on comprendra aisément qu'il s'agissait d'un rein et qu'on avait affaire à un rein mobile, déplacé, une ectopie rénale, mais à une ectopie se présentant dans des conditions particulières et exceptionnelles. Ce n'est pas ainsi, en effet, que se passent habituellement les choses. Dans le plus grand nombre des cas connus, presque tous ceux du moins qu'on trouve dans les auteurs, le rein ectopié se trouve placé en arrière du côlon. Ici il est placé en avant du côlon. C'est là ce qui constitue la rareté du fait, ce qui en fait une exception. M. Jaccoud ne se rappelle avoir vu que deux cas semblables. C'est aussi ce qui en a rendu le diagnostic si facile, le rein se montrant presque à l'œil et sous la main, tandis que dans les cas les plus ordinaires sa situation plus profonde, derrière le côlon, en rend le diagnostic beaucoup plus difficile ; la matité de la région où l'on en soupçonne l'existence est beaucoup moins nette et moins complète ; la dépression de la fosse lombaire au point correspondant au siège habituel du rein, qui est dans tous les cas un signe de son déplacement, est, dans ce cas-ci, à son maximum.

Le diagnostic chez cette malade ne prête ni à aucune hésitation, ni à aucune discussion possible.

Il eût été intéressant de savoir à quelle époque remontait ce déplacement. Il a été presque impossible d'acquérir ce renseignement. La malade prétend ne s'en être aperçue que quelques jours avant son entrée à l'hôpital : elle en a été avertie par la douleur qu'elle a éprouvée en portant la main sur son ventre.

Il se présentait ici plusieurs questions à étudier : d'abord celle qui s'applique à la généralité des faits de ce genre, savoir le mode de formation de ces ectopies ; en second lieu, la cause des accidents d'une violence exceptionnelle que présentait cette malade.

Comment peut-on concevoir ces ectopies du rein, qui sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement ? Quelles sont les dispositions anatomiques qui facilitent les déplacements de cet organe? M. Jaccoud a rappelé, à cette occasion, parmi les conditions anatomiques connues de l'ectopie rénale, l'absence ou le peu de développement du tissu graisseux autour du rein, le relâchement des parois abdominales à la suite de grossesses répétées, des anomalies vasculaires, les vaisseaux du rein constituant un moyen d'attache pour cet organe, enfin des efforts, la compression par le corset, le saut d'un lieu élevé, et parmi les causes pathologiques, les affections utérines ou utéro-ovariennes, les altérations du rein lui-même, l'hydronéphrose par exemple.

On sait que, dans la grande majorité des cas, l'ectopie du rein a lieu à droite (les 4/5 des cas environ). On en a assez vainement cherché les raisons ; on a invoqué la longueur plus grande de l'artère rénale droite. Il y a peut-être lieu d'en tenir compte ; mais c'est assurément une raison très insuffisante. Nous croyons superflu de nous arrêter en ce moment aux autres.

La symptomatologie est souvent nulle. On a signalé cependant deux symptômes, mais qui ont été observés assez rarement : l'œdème des membres inférieurs par la compression de la veine cave ; la gêne du cours des matières dans les voies digestives, les troubles fonctionnels dyspeptiques qui s'ensuivent, jusqu'à la dilatation consécutive de l'estomac. Rappelons ici un autre phénomène que nous avons signalé jadis pour l'avoir observé nous-mêmes : une péritonite circonscrite et une hépatite de la base, avec ictère consécutif (voir *Gazette des hôpitaux*, n° du 2 octobre 1875, où l'on trouvera d'ailleurs d'autres documents utiles encore peut-être à consulter aujourd'hui).

On vient de voir qu'ici la symptomatologie a été loin d'être nulle ou insignifiante, comme elle l'est dans un grand nombre de cas. Quelle est la signification de ce complexus morbide qui s'est présenté ici avec tant d'intensité, fièvre, douleurs abdominales vives, vomissements, constipation, etc., et qui a cessé si complètement au bout de peu de temps ? C'est ce qui a été décrit sous le nom d'étranglement rénal, par analogie, jusqu'à un certain point, avec l'étranglement herniaire. Ces accidents, qui ne durent que quelques jours, comme on l'a vu dans ce cas-ci, se reproduisent souvent, chez les femmes, aux époques menstruelles, sous l'influence du molimen congestif des organes génitaux. On s'explique la production de ces accidents par le déplacement nouveau que subit le rein à l'occasion de ces congestions périodiques, déplacement qui a souvent pour effet un mouvement de torsion de l'uretère, qui à son tour détermine l'arrêt du cours de l'urine et un nouvel état fluxionnaire du rein. Ces symptômes cessent avec la cause qui les a momentanément produits.

Ici, on a pu assister à toute l'évolution du phénomène. Du moment où la fluxion menstruelle qui avait commencé la série de ces accidents, est arrivée à son terme chez cette malade, on a vu cesser la fièvre, les douleurs abdominales vives, ainsi que tous les autres symptômes, en même temps que la tumeur a repris la place qu'elle occupait auparavant derrière le côlon. L'urine, qui, pendant le paroxysme, était rare et rouge, est redevenue claire et abondante avec sa densité et toutes ses qualités physiques normales.

Les choses pourraient ne pas se terminer toujours aussi heureusement qu'elles se sont terminées dans ce cas-ci. Les moyens de traitement mis en œuvre ici ont été simplement l'usage du lait et des boissons froides ; M. Jaccoud se proposait d'y joindre des injections morphinées ; mais cette adjonction a été rendue inutile par la prompte cessation des accidents. Ne reste-t-il pas à craindre leur retour ?

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR L'ÉTAT SANITAIRE DE LA GARNISON DE BÔNE DE 1832 A 1881 (1).

Par M. le docteur F.-C. MAILLOT,

Ancien président du Conseil de santé des armées.

II

J'ai toujours été convaincu que nous n'arriverions à maîtriser les fièvres du pays qu'avec l'aide des travaux de colonisation et je le prouve en transcrivant ici les quelques lignes par lesquelles, en 1836, je terminais mon *Traité des fièvres intermittentes :* « Il n'est qu'un moyen de faire cesser ces désolantes endémies ; c'est la destruction des marais, à laquelle on peut arriver par deux voies : en les desséchant ou en les couvrant d'eau. Mais la conversion des marais en étangs est encore une demi-mesure, parce que, à l'époque des chaleurs, leurs bords, dans une étendue plus ou moins grande, restent à nu, et, alors, ils ont une influence presque aussi désastreuse... Il n'est donc que le dessèchement sur lequel on puisse compter pour détruire entièrement ces maladies, qui sont du nombre de celles que les progrès de la civilisation doivent faire disparaître...... Les générations donc qui entreprendront le dessèchement des marais ne mèneront à bien cette noble et importante opération qu'avec de grandes dépenses d'hommes et d'argent ; mais elles rendront à l'industrie des terrains immenses; mais elles donneront des populations mâles et vigoureuses à ces pays où l'on ne voit aujourd'hui que des habitants clairsemés, débiles, et arrachant avec peine à un sol ingrat et meurtrier les moyens de prolonger de quelques jours leur misérable existence. »

Ces lignes étaient à peine écrites depuis deux ans, que le génie militaire entreprit l'assainissement de la plaine de Bône ; on y établit une espèce de drainage en creusant des canaux qui recevaient aussi les eaux des pluies torrentielles de l'automne et de l'hiver et les conduisaient à la mer : on y fit des remblais pour exhausser le terrain dans les points les plus déclives ; on développa les travaux d'agriculture dont les soldats avaient déjà donné l'exemple, en créant, sous l'autorité du commandement, des jardins qui leur procuraient d'excellents légumes pour améliorer leur ordinaire. L'opération, commencée en 1838, fut terminée l'année suivante; et depuis 1840 on eut une accalmie qui se prolongea jusqu'en 1852 où éclata alors une explosion de fièvres, qui se renouvela en 1853, pour rappeler les mauvais jours du début par le nombre, mais, heureusement, non par la gravité des atteintes. En effet, si, en 1852, on a eu 5,715 entrants, on n'a compté que 127 décès, c'est-à-dire 1 mort sur 45 malades; si, en 1853, on a reçu 4,952 malades, on n'a inscrit que 150 morts, c'est-à-dire 1 sur 33 entrants.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 20 mars 1884.

Cette réapparition d'une endémo-épidémie sérieuse qui avait été précédée par le choléra en 1849 n'aurait pas dû surprendre autant qu'elle l'a fait; j'ai sous les yeux les preuves écrites que, dès 1847, elle se laissait pressentir par la manifestation de cas plus nombreux et plus graves qui relevaient de conditions dont on n'a pas tenu assez de compte; je veux dire que déjà, à cette époque, un ingénieur et un médecin avaient constaté et révélé que les canaux de la plaine commençaient à s'envaser, se remplissaient par des éboulements successifs, qu'ils ne pouvaient plus recevoir la totalité des eaux de pluie qui s'épandaient dans la plaine; que le ruisseau d'Or qui la traverse, arrêté dans son cours par une arche trop basse, passait par-dessus ses berges et noyait les terrains environnants. On négligea ces premiers avertissements et les conditions topographiques de la plaine finirent par revenir à peu près à l'état antérieur aux travaux de 1838. C'est ainsi que furent préparées et déterminées les épidémies de 1852 et 1853. J'en rendis compte au ministre pendant mon inspection de cette dernière année; j'étais sur le théâtre même de ces évènements et au moment où une commission administrative étudiait la question et proposait des moyens analogues à ceux qui ont été employés dans l'assainissement et le dessèchement des polders. De mon côté, j'émis l'avis de désencombrer les canaux, de rétablir l'écoulement des eaux en détruisant le barrage que les sables de mer et la vase des canaux avaient créé au point où ceux-ci devaient se décharger dans la mer. Le principe fut adopté; mais on jugea que l'opération serait plus simple et plus facile de creuser de nouveaux canaux tout en comblant les anciens.

J'avais aussi exprimé dans mon rapport au ministre ma pensée sur le danger permanent que constituait pour la ville de Bône le voisinage du lac Fezzara qui, pour moi, avait une double action nuisible : d'abord en donnant naissance à un grand nombre de fièvres malgré son éloignement de 25 kilomètres; puis et surtout en augmentant leur gravité par les miasmes qui s'en dégageaient et que les vents apportaient souvent sur la ville. J'ai su que mon avis, combattu par des opinions contraires, n'avait pas été reçu favorablement; aussi je ne me flatte nullement d'avoir été pour quelque chose dans la gigantesque entreprise du dessèchement de ce fameux lac qui avait une surface de 17,000 hectares : opération qui, mise à exécution vingt ans plus tôt, aurait bien avancé la colonisation.

Maintenant, si l'on désire savoir quelle influence ont eue sur l'état sanitaire de la ville de Bône les travaux dont nous venons de parler et si les faits ont répondu à la théorie, je dirai que depuis les épidémies de 1852 et 1853, les maladies ont repris les allures modérées dont on s'est tant félicité de 1840 à 1852.

Je ne puis mieux faire, au surplus, que de copier textuellement ce que dit à ce sujet, dans son rapport sur le service médical du 1er avril 1880 au 31 mars 1881, M. Hattute, médecin en chef de l'hôpital de Bône, aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital militaire du Gros-Caillou à Paris : « Les plantations, dit-il, l'aménagement des eaux par l'extension des zones de culture ont tellement assaini Bône et ses environs que les fièvres d'accès y deviennent tout à fait exceptionnelles... Actuellement les plantations d'eucalyptus faites sur les terrains compris sur le lac Fezzara assurent pour l'avenir la salubrité des campagnes environnantes désolées jusqu'à présent chaque année par l'endémie pendant la saison des chaleurs... Sur le nombre total des fièvres intermittentes pernicieuses ou rémittentes observées pendant l'année, très peu sont originaires de Bône. »

Le mouvement hospitalier de l'année est en complet accord avec les réflexions qui précèdent; 932 malades, 14 morts (296 fièvres intermittentes, dont 2 pernicieuses comateuses), 15 fièvres rémittentes. « Les cas de cachexie, dit encore M. Hattute, se montrent presque exclusivement chez les hommes du pénitencier militaire, en raison de leurs missions pénibles, ouvertures des routes, dessèchement des marais, défrichement, etc., d'où de nombreuses récidives; les cas de dysenterie sont aussi nombreux chez eux... Les deux hommes morts par accès comateux venaient de camps éloignés. »

Je n'ai pas dans ce travail dissimulé l'importance des travaux de colonisation pour arriver à rendre à l'Algérie la salubrité qu'elle avait du temps des Romains, qui n'ont pas connu les maladies qui nous ont tant éprouvés. Est-ce à dire, pour cela, que j'entende reléguer la médecine au second plan? Non; Dieu m'en préserve! Son rôle dans la colonisation algérienne a été trop grand pour qu'on ne lui en conserve pas l'honneur. Je crois même que, sans son initiative, sans son intervention, on n'aurait pu rien mener à bien. C'est elle, en effet, qui a fourni les instruments primordiaux du travail, c'est-à-dire des hommes restés valides, malgré plusieurs atteintes de fièvre, parce qu'ils avaient été défendus à temps par des remèdes héroïques contre un mal qui, s'il n'avait pas été arrêté immédiatement, les aurait tués en quelques jours ou rendus en quelques semaines impropres à tout métier, à tout effort violent. Cette appréciation des services rendus par la thérapeutique en Algérie a été formulée de la façon la plus humoristique par M. le docteur Bordier, professeur à l'École d'anthropologie de Paris, lorsque, dans le *National* du 5 octobre 1881, il a dit : « La devise du maréchal Bugeaud, *Ense et aratro*, est célèbre; mais que serait devenue la colonie de l'Algérie sans celle de Maillot : *Le sulfate de quinine!* »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 mars 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

LECTURE

M. ROBERT lit un travail sur le traitement des fistules urétro péniennes. (Comm. : MM. Verneuil, Delens, Tillaux.)

COMMUNICATIONS

Anévrysme de l'artère fémorale. — M. DESPRÉS communique une observation d'anévrysme vrai de l'artère fémorale qui avait été traité sans succès par la compression digitale, et qui s'était transformé en un anévrysme diffus occupant toute la cuisse jusqu'au creux poplité. Il s'agissait d'une blanchisseuse, âgée de trente-neuf ans, d'une bonne santé habituelle, qui entra à la Charité, présentant déjà une teinte ictérique hémaphéique. M. Després se décida à pratiquer la ligature de la fémorale audessous du ligament de Fallope. La circulation se rétablit très rapidement. Le quatrième jour, le foyer principal de l'anévrysme se ramollit; il y avait donc une inflammation du sac; quatre jours après la tumeur augmentait de volume ainsi que le membre tout entier; le neuvième jour apparaissait un point rouge; la ponction, faite en ce point, amena un sang noir. M. Després fit alors l'ouverture du sac; il pratiqua une longue incision, fit sortir les caillots, arrêta le sang qui coulait abondamment par la compression, puis plaça deux pinces à forcipressure, l'une sur le bout

supérieur, l'autre sur le bout inférieur. Il put facilement pincer le bout inférieur, mais cela fut beaucoup plus difficile pour le bout supérieur. Après avoir vainement essayé de placer une ligature au-dessus des pinces, il dut y renoncer et laisser à demeure les deux pinces, qu'il fixa à l'aide de charpie introduite dans la plaie. Le onzième jour la pince placée sur le bout supérieur se détacha seule ; la plaie bourgeonnait très bien, tout allait au mieux quand le vingt-deuxième jour il se fit une hémorragie secondaire dans la plaie de la ligature de la fémorale. M. Després lia alors la fémorale profonde ; l'hémorragie s'arrêta. Cinq jours après la malade fut prise d'un frisson et succomba, quarante-deux jours après son entrée à l'hôpital, en présentant tous les caractères de l'infection purulente. A l'autopsie on trouva, dans les poumons, des abcès métastatiques ; on vit que l'une des pinces avait coupé la veine.

A propos de cette observation, dit M. Després, je ferai remarquer la gravité des opérations pratiquées à la racine de la cuisse ; je ferai également observer que la compression digitale aggrave, dans ces cas, le pronostic de l'opération de la ligature; on peut dire qu'elle aggrave le pronostic des anévrysmes qu'elle ne guérit pas. Enfin je profiterai de cette observation pour rappeler qu'il existe de l'infection purulente dans les services de chirurgie, quoi qu'on en ait dit.

M. TRÉLAT rappelle un cas d'anévrysme du creux poplité dans lequel il a pratiqué la ligature de la fémorale à la partie supérieure du triangle de Scarpa, et qui a été suivie de guérison. L'opération si bien conçue et si bien pratiquée par M. Després, ajoute M. Trélat, méritait un meilleur sort. En tant qu'opérateur, sa conduite a été irréprochable et digne d'éloges.

Quant à la cause de la mort et à la conclusion qu'en tire M. Després, à savoir que l'infection purulente reparaît dans les hôpitaux, elle ne peut que soulever une protestation unanime. Il est regrettable que M. Després n'ait pas, à la suite de son habile et hardie intervention, remplacé les pinces par des fils ; qu'il n'ait pas substitué à la charpie critiquable des substances antiseptiques. Il est permis de penser que ces conditions : suppression des pinces à un moment donné, emploi rigoureux de la méthode antiseptique, auraient pu prévenir la grave complication à laquelle a succombé la malade.

L'observation de M. Després est donc intéressante, saisissante même, à ce point de vue qu'elle peut servir à montrer la différence des résultats obtenus, selon qu'on a recours ou non aux méthodes antiseptiques. Il s'agit là d'un revers qui peut-être aurait été évité par des soins différents ; car le chirurgien, au point de vue purement opératoire, s'est conduit, dans cette circonstance, d'une façon parfaitement correcte et habile.

M. VERNEUIL ajoute sa protestation à celle de M. Trélat. Oui, dit-il, l'infection purulente existe toujours à Paris ; elle reparaîtra, quand on voudra, dans les services de chirurgie où il n'est pas fait ce qu'il faut pour l'éviter. En ce qui me concerne, je déclare que depuis longtemps déjà elle a complètement disparu de mes salles. C'est là une affaire de pansements.

M. Després nous a dit que sa malade avait un certain degré d'ictère. Le foie a-t-il été examiné à l'autopsie : on sait combien les états pathologiques antérieurs du foie prédisposent aux hémorragies consécutives chez les opérés. C'est là un point très important à élucider dans l'observation de M. Després qui, dans cette circonstance, en tant qu'opérateur, a mené une campagne hardie et irréprochable.

M. MAURICE PERRIN, entièrement d'accord avec MM. Trélat et Verneuil sur la disparition de l'affection purulente dans les services où sont employées les méthodes antiseptiques, proteste également contre cette assertion de M. Després que les opérations pratiquées à la racine de la cuisse présentent une gravité exceptionnelle.

En outre, la conduite opératoire de M. Després, dans ce cas, ne paraît pas à M. Perrin à l'abri de toute critique. Il était facile de prévoir une altération plus ou moins profonde des parois du sac ; dès lors il eût été préférable de lier l'iliaque externe. La ligature de l'iliaque externe est une opération facile. Un peu avant la guerre de 1870, M. Perrin l'a pratiquée chez un sous-lieutenant qui avait un anévrysme de l'artère fémorale. Les suites ont été aussi simples que possible et le malade a si bien guéri qu'il a pu reprendre son service pendant la guerre.

M. TILLAUX pense également que, non seulement dans le cas particulier de M. Després, mais bien d'une façon générale, dans ces sortes de cas, il vaut mieux lier l'iliaque externe que la fémorale au pli de l'aine. Outre que la ligature de l'iliaque externe eût été beaucoup plus facile, elle eût mis plus sûrement à l'abri des hémorragies secondaires. La circulation en retour se fait tout aussi bien et tout aussi promptement dans un cas que dans l'autre.

M. BERGER est du même avis. On sait, dit-il, que les parois artérielles sont loin d'être toujours intactes au voisinage des poches anévrysmales ; il vaut donc mieux lier l'iliaque externe. M. Berger ajoute que les secours de la méthode antiseptique sont de la plus haute importance dans les cas de ce genre, en supprimant la suppuration de voisinage qui ne peut être que fort dangereuse.

M. DESPRÉS répond à M. Berger que s'il est assez commode de traiter un anévrysme vrai, il n'en est plus de même pour un anévrysme diffus. Broca a démontré, en effet, que l'inflammation était beaucoup plus à craindre après la ligature dans les anévrysmes diffus.

A M. Perrin il répond qu'il aurait bien fait la ligature plus haut, mais qu'il tenait à ouvrir le sac. Si pareil cas se présentait de nouveau à l'observation de M. Després, il ferait la ligature préalable au-dessus du sac, ouvrirait ce dernier et lierait les deux bouts de l'artère.

Quant à l'existence de l'infection purulente dans les services hospitaliers de Paris, elle est hors de doute selon M. Després. Où sont les services où il ne meurt pas de malades de septicémie ?

M. TERRIER proteste contre cette assertion. La malade de M. Després, dit-il, a eu des hémorragies parcequ'elle était atteinte d'infection purulente. C'est là un fait classique que, dans ces cas, les hémorragies sont la conséquence directe de l'infection purulente. Il est vrai que la pyohémie existe encore dans certains services ; mais cela tient, non pas aux chirurgiens, mais bien aux conditions déplorables dans laquelle l'Assistance publique laisse certains services hospitaliers. Le peu d'infection purulente qu'on observe encore ne reconnaît pas d'autre cause.

M. DESPRÉS répond qu'il faut aussi tenir compte de la nature et de la qualité du malade qui entrent aussi pour une grande part dans les succès ou les insuccès.

Statistique. — **M. TILLAUX**, pour répondre à l'appel fait par M. Després, communique la statistique des résultats des opérations importantes qui ont été pratiquées dans son service, à l'hôpital Beaujon, pendant l'année 1883. Il y eut des années, autrefois, où pas une seule amputation n'était suivie de succès dans cet hôpital.

Voici les résultats qu'on y obtient aujourd'hui :

8 amputations de cuisse : 6 guérisons, 2 morts. Ces deux décès sont survenus sur deux blessés apportés en pleine septicémie aiguë ;

4 amputations de jambes : 4 guérisons ;

1 désarticulation de l'épaule : 1 guérison ;

1 amputation du bras : 1 guérison ;

2 résections du genou : 2 guérisons ;

1 résection du coude : 1 guérison ;

(Pas un seul cas de mort pour les résections.)

8 ovariotomies : 6 guérisons ;

2 ablations de sarcomes des ovaires : 2 morts ;

2 opérations de hernies gangreneuses : 2 morts.

Toutes les autres opérations de hernies, guérison.

Toutes les ablations de polypes utérins, guérison.

21 tumeurs du sein ou de l'aisselle : 20 guérisons, 1 mort ;

1 thyroïdectomie : 1 mort ;

8 lipômes : 8 guérisons ;

7 épithéliomes : 7 guérisons (opératoires).

Il n'y a eu, dans le service de M. Tillaux, pendant toute l'année 1883, que deux érysipèles bénins et un seul cas d'infection

purulente. Depuis six ans qu'il est à cet hôpital, M. Tillaux n'a eu que trois cas d'infection purulente dont deux ont guéri.

Il a toujours eu recours à l'emploi de la méthode antiseptique. Il a toujours cherché la réunion immédiate des plaies et fait un bon drainage.

En présence de ces chiffres, M. Tillaux se croit autorisé à dire que les résultats obtenus par la chirurgie de nos jours sont incontestablement très supérieurs à ceux qu'on obtenait autrefois.

Opération d'Estlander. — M. BOUILLY présente un jeune homme de dix-huit ans chez lequel il a pratiqué, le 25 décembre dernier, l'opération d'Estlander. Il a réséqué les sixième, septième, huitième et neuvième côtes par la méthode sous-périostée. La cavité péritonéale a été ouverte, ce qui d'ailleurs n'a entraîné aucune fâcheuse conséquence. Le malade se levait neuf jours après l'opération.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 mars 1884, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de première classe : (Choix.) M. Massaloup, en remplacement de M. Lagarde, retraité ; est nommé médecin chef de l'hôpital de Perpignan.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : (Choix.) M. Schaumont, en remplacement de M. Massaloup, promu ; est maintenu aux hôpitaux de la division d'Oran.

Au grade de médecin-major de première classe : (Ancienneté.) M. Landois, en remplacement de M. Ricque, décédé ; est affecté au 42e d'infanterie. — (Choix.) M. Doubre, en remplacement de M. Bertrand, décédé ; est affecté au 8e d'artillerie. — (Tour de la non-activité.) M. Tardy, en remplacement de M. Bidalot, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; est affecté provisoirement à l'hôpital de la Charité, à Lyon. — (Ancienneté.) M. Lesur, en remplacement de M. Schaumont, promu ; est maintenu provisoirement à l'hôpital du camp de Châlons.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : (Choix.) M. Masson, en remplacement de M. Bailly, démissionnaire ; est maintenu provisoirement au 132e d'infanterie. — 1er tour (ancienneté). M. Renaut, en remplacement de M. Salivas, démissionnaire ; est maintenu à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin. — 2e tour (ancienneté). M. Gardin, en remplacement de M. Antoine, décédé ; est maintenu provisoirement au bataillon du 33e d'infanterie détaché à Douai. — (Choix.) M. Dreyfus, en remplacement de M. Guillaume, démissionnaire ; est maintenu au bataillon du 143e d'infanterie au Tonkin. — 1er tour (ancienneté). M. Laurent, en remplacement de M. Lomüllez, démissionnaire ; est maintenu au 94e d'infanterie. — 2e tour (ancienneté). M. Mathelin, en remplacement de M. Landois, promu ; est affecté au 91e d'infanterie. — (Choix.) M. Poigné, en remplacement de M. Doubre, promu ; est maintenu aux batteries du 12e d'artillerie détachées au Tonkin. — 1er tour (ancienneté). M. Salètes, en remplacement de M. Lesur, promu ; est affecté à l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

— Par décret en date du 10 mars 1884 ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale, au titre du 1er corps d'armée :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Baudry, Eustache et Gaulard.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Huart, Dransart, Delfosse, Wenis, Descamps, Looten, Manouvriez, Cathelotte, Riche, Derville, Baltus, Lienhart, Dubron, Dorville, Blankaert, Watelle, Fosse, Gorez, Gulot, Bevière, Gros, Descamps, Carret, Mouronval, Boucly, Carpentier, Cadeau, Cauchy, Staës, Lober, Dujardin, Joly, Debouzy, Guermonprez, Delannoy, Vouters, Traisnel, Regimbart, Ménard, Pascalin, Desplat, Andoucet, Catteau, Défossez, Maricourt, Martin, Pacton, Godefroy, Verriet de Litardière, Peton, Hervieu, Gaudeau, Aigre, Wertheimer, Delgrange, Millot, Tourneaux, Veleau, Verrier, Moniez et Andrieu.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. Lobert, Taine, Flouquet, Thibaut, Vaneste, Bardin, Lefebvre, Danjou, Bruneau et Désert.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie le samedi 22 mars 1884, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Il fera l'étude des médicaments au point de vue de la chimie pharmacologique et de la posologie.

— M. le docteur Charles Richet, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie, le samedi 22 mars 1884, à une heure et demie, à l'École pratique, rue Vauquelin, n° 1, et le continuera les samedis suivants à la même heure. — Il traitera de la chaleur animale et de la nutrition, avec démonstrations pratiques à l'appui.

— M. le docteur Gariel, agrégé, commencera le cours auxiliaire de physique le samedi 22 mars 1884, à deux heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Le sujet du cours sera : vision, instruments d'optique, magnétisme, électricité, propriétés, moléculaires des corps.

— M. le professeur Damaschino commencera le cours de pathologie interne, le samedi 22 mars 1884, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Il étudiera les maladies des vaisseaux sanguins et du système lymphatique.

— M. le professeur Bouchardat commencera le cours d'hygiène le samedi 22 mars 1884, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — L'objet du cours est : durée de la vie, hérédité, habitation, vêtements, chauffage, exercices, excrétions, principales causes de maladies.

— M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales le samedi 22 mars 1884, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Il s'occupera particulièrement de l'application des données pathogéniques au diagnostic, au pronostic, à la prophylaxie et à la thérapeutique.

— M. le docteur Henninger, agrégé, commencera le cours auxiliaire de chimie médicale, le lundi 24 mars 1884, à neuf heures trois quarts du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Il traitera de la chimie organique et de ses applications à la médecine.

— M. le professeur Baillon commencera le cours d'histoire naturelle médicale le lundi 24 mars 1884, à onze heures du matin, dans le grand amphithéâtre et le continuera les mercredis, les vendredis et les lundis à la même heure. — Il étudiera spécialement les principales plantes usitées en thérapeutique.

— M. le professeur Tarnier commencera le cours d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, le lundi 24 mars 1884, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Les sujets traités seront : la grossesse, les accouchements, la délivrance et les opérations obstétricales.

— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale, le lundi 24 mars 1884, à quatre heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Il traitera particulièrement de la déontologie médicale, des asphyxies, de la pendaison, de la strangulation et de la submersion.

— M. de Girard soutiendra, à la Faculté des sciences, le 22 mars, à neuf heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences

physiques, une thèse sur les « Phosphines dérivées des aldéhydes ».

— A vendre, très bel AMPHITHÉATRE semi-circulaire, entièrement neuf, avec plate-forme, pouvant contenir deux cents auditeurs. — S'adresser rue Chanoinesse, n° 12, près Notre-Dame, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15938.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. La cirrhose mixte ; urines ictériques et urines pseudo-ictériques. — Larve d'œstride d'Amérique. — Thérapeutique. Du meilleur moyen d'administrer le salicylate de soude. — Société de Biologie. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

La cirrhose mixte. — Urines ictériques et urines pseudo-ictériques.

Le malade du n° 9 est un homme de quarante-trois ans, dont le passé pathologique est assez important.

Il y a dix ou douze ans, étant en Afrique, employé au cadastre, fréquemment exposé au soleil, il a pris des habitudes alcooliques, et, se livrant à l'absinthe, a commencé bientôt à éprouver certains phénomènes gastriques tels qu'inappétence, dyspepsie, éructations fréquentes et pituites. Puis, en 1878, il a dû entrer à l'hôpital d'Alger pour des accidents d'une tout autre nature : je veux parler d'accès de fièvre intermittente qui ont duré deux mois et pour lesquels il a été vraisemblablement traité par le sulfate de quinine. Les accès disparaissent, mais il conserve une douleur dans l'hypocondre gauche attribuée à un gonflement persistant de la rate. Il quitte l'hôpital conservant une rate plus volumineuse ainsi qu'une certaine pesanteur dans l'hypocondre droit au niveau de la région hépatique.

Depuis lors, sa santé est toujours restée des plus précaires ; il mange mal, il est constamment gêné par des gaz, il a de la dyspepsie. Néanmoins il continue ses travaux jusqu'à la fin de l'année dernière. Déjà depuis quelques mois cependant, il commence à maigrir, il sent ses forces diminuer, les digestions sont lentes, difficiles, bien que depuis quatre ou cinq ans il se soit corrigé de ses habitudes alcooliques. Enfin, il y a six semaines, le ventre a commencé à se tuméfier en même temps qu'il a eu d'abondantes épistaxis; puis un mois plus tard les premières marques de la jaunisse se sont montrées; teint jaunâtre, selles grisâtres. C'est alors qu'il est entré à la Charité.

A son arrivée, il était dans l'état suivant : ictère très prononcé; pieds et jambes enflés ; ventre tuméfié totalement, dans toutes ses dimensions, arrondi, uniforme; veinosités très prononcées sur les parties latérales de l'abdomen ; ombilic saillant présentant à son niveau une petite hernie aqueuse ; sensation des plus manifestes de flot à la percussion de l'abdomen dans sa partie inférieure ; zone de matité depuis cette partie inférieure jusqu'à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; matité remontant aussi latéralement au-dessus des deux hypocondres, surtout du côté droit.

Le palper et la percussion indiquent une augmentation de volume du foie, dont la longueur atteint 20 centimètres; de même pour la rate qui est aussi plus volumineuse et mesure 11 centimètres. Enfin cet état se complique encore du côté de la poitrine d'un emphysème pulmonaire avec toux et râles sous-crépitants à la base.

En résumé, chez cet homme nous trouvons à la fois les signes de deux maladies hépatiques : 1° une cirrhose hypertrophique, caractérisée entre autres symptômes par l'ictère et par une augmentation du volume du foie et de la rate ; une cirrhose atrophique caractérisée par l'ascite, par les veinosités abdominales, les troubles gastriques, un peu de diarrhée, une débilitation profonde, une maigreur allant chaque jour en s'accentuant.

En somme, deux états morbides ne permettant pas de donner la prééminence à aucun d'eux, mais caractérisant ce qu'en clinique on est convenu d'appeler la cirrhose mixte, cirrhose dans laquelle on trouve, à l'autopsie, les lésions des deux maladies du foie. Il en est ici comme de ces malades qui présentent à la fois les lésions de la néphrite parenchymateuse et de la néphrite interstitielle.

Les phénomènes antérieurs sont ici de bons documents étiologiques : l'alcoolisme pour la cirrhose atrophique; la fièvre intermittente pour la cirrhose hypertrophique.

Comme thérapeutique, nous employons l'opium, nous alimentons notre malade par une bonne nourriture et par du laitage. Mais, quoi que nous fassions, le mal va marcher et d'ici à une quinzaine de jours il est très probable que nous devrons pratiquer une première ponction de l'abdomen comme palliatif, pour soulager le malade de la dypsnée déterminée par le refoulement du diaphragme par l'ascite. En tout cas, il est très à présumer que dans six semaines ou deux mois cet homme aura succombé.

Chez lui, au premier abord, le phénomène qui frappe est l'ictère par la coloration de la peau, mais les selles sont actuellement peu décolorées; il n'en est pas de même des urines qui sont très foncées. Par contre, chez lui, un phénomène nous fait défaut : la démangeaison, cette démangeaison souvent intolérable qui ôte tout sommeil aux malades, qui les force à se gratter et détermine parfois un véritable prurigo. Il n'y a pas non plus chez lui le ralentissement du pouls qu'on observe d'habitude dans l'ictère, cela tient aussi aux autres phénomènes qui compliquent la situation, tels entre autres que l'ascite. Mais ce sur quoi je veux insister

aujourd'hui, c'est sur l'altération des urines, altération dont M. Robin va maintenant vous entretenir.

— Chez les ictériques les urines sont foncées, depuis la teinte jaune rougeâtre jusqu'à la couleur de vin de Malaga, et, lorsqu'on vient à les agiter, elles se recouvrent d'une mousse jaunâtre. Cette couleur tient à la présence de la matière colorante de la bile.

A côté de ces urines réellement ictériques, il en est d'autres qui peuvent présenter une coloration également foncée, bien qu'elles ne contiennent aucune trace de bile ; c'est ce que nous appellerons les urines pseudo-ictériques.

De nombreux moyens ont été proposés pour reconnaître dans l'urine des ictériques la présence de la matière colorante de la bile ; ils sont au moins au nombre de 33 ; mais beaucoup d'entre eux sont mauvais, quelques-uns sont bons.

Un de ceux auxquels on avait accordé quelque confiance, mais qui en réalité ne vaut rien, est celui qui repose sur la réaction du violet de méthylaniline. Lorsqu'on mélange ce réactif à de l'urine ictérique, celle-ci prend une coloration rouge sale, tandis que si l'urine ne contient pas de bile, sa coloration ne change pas, mais à côté de cela nous avons les urines pseudo-ictériques par leur coloration qui donnent la même réaction par ce procédé.

Mauvais aussi est le procédé par la teinture d'iode, en ce sens surtout qu'il n'est pas très sensible.

Parmi les bons procédés, je vous citerai d'abord le chloroforme, bon mais avec quelques restrictions. En effet, si l'on vient à agiter du chloroforme avec de l'urine ictérique, on obtient une coloration peu à peu jaunâtre, ce que ne donne pas l'urine normale; malheureusement la réaction n'est pas toujours suffisamment prononcée.

Mais est de beaucoup préférable le procédé basé sur la réaction produite par la matière colorante de la bile mise en présence d'un oxydant énergique tel, par exemple, que l'acide nitrique. Le mélange, en effet, après avoir passé par une série de teintes diverses, acquiert une coloration verte. Afin de faciliter l'apparition de cette couleur, il suffit généralement d'ajouter une petite quantité d'eau. Il faut avoir soin de ne pas mettre trop d'acide, sans quoi l'oxydation complète de la matière colorante de la bile amènerait une coloration rouge.

Par ce procédé, les chances d'erreur sont très peu nombreuses : la première résiderait dans le cas où les urines contiendraient un peu d'alcool, parce qu'alors celui-ci leur donnerait cette même coloration verte; la seconde tiendrait au cas où les urines seraient très chargées d'indicant, mais alors l'acide nitrique ne donne pas réellement lieu à une coloration verte, mais bien plutôt à des reflets verdâtres. Enfin, dans quelques urines ictériques, l'acide nitrique donne lieu au bout de quelque temps à la formation d'une zone blanchâtre qui pourrait faire croire à la présence de l'albumine ; cependant la distinction en est très facile ; il suffit de décanter de façon à séparer cette zone blanche et de verser sur elle de l'alcool : s'il s'agit d'albumine, le trouble s'accentue ; s'il s'agit des matières résineuses de la bile, la zone blanche est complètement dissoute.

Voilà pour les divers moyens de reconnaître la matière colorante de la bile dans les urines ictériques.

Ce n'est pas tout ; on a dit que le foie étant l'organe producteur de l'urée, on pouvait diviser les affections hépatiques en maladies dans lesquelles l'urée est augmentée telles que l'hyperémie du foie par exemple, et en maladies dans lesquelles l'urée est diminuée, telles que la cirrhose atrophique, le carcinome du foie. Cette division est-elle exacte? Je ne le crois pas et je me base pour cela sur un certain nombre d'observations recueillies en Angleterre et sur le fait que j'ai pu observer d'un homme atteint d'atrophie jaune aiguë du foie qui ne faisait pas moins de 30 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures. En réalité, l'urée rendue dans les urines est proportionnelle à la quantité de matières albuminoïdes ingérées.

Enfin dans les urines ictériques on trouve neuf fois sur dix des cylindres hyalins recouverts quelquefois de granulations protéiques, de débris d'épithélium ; ces cylindres en rapport direct avec l'ictère seraient le résultat, en dehors de toute albuminurie, de l'excitation des reins par le passage de la bile. On trouve aussi dans l'urine des ictériques le soufre de la bile, distinct du soufre des sulfates, en ce sens qu'il passe sous la forme d'ergotine, de taurine, c'est-à-dire de soufre non oxydé comme celui des sulfates.

Quant aux urines pseudo-ictériques, nous avons les urines hémaphéiques, qui colorent également le linge en jaune ; mais il suffit d'y ajouter quelques gouttes d'acide nitrique pour obtenir une coloration rouge absolument distincte de la coloration verte fournie par le mélange des urines ictériques et de cet acide.

Nous avons aussi les urines colorées par la rhubarbe, le séné, la santonine, mais il suffit de mettre dans le tube qui les contient un petit fragment de potasse pour voir se développer peu à peu au fond du tube une coloration rouge sang. Il suffit aussi d'ajouter à la surface deux gouttes d'ammoniaque pour voir cette même coloration rouge se produire à la partie supérieure du tube, coloration que nul autre corps qu'un alcali ne peut produire. Ceci me rappelle le fait d'un malade qui, ayant bu de l'eau de Vichy le lendemain du jour où il avait pris une certaine dose de séné, avait rendu des urines rouge sang, par suite de la réaction chimique produite dans l'économie. Nous avions là, pris sur la nature elle-même, ce que nous pouvons observer chaque jour dans les laboratoires.

LARVE D'ŒSTRIDE D'AMÉRIQUE

Par M. Mégnin.

Dans la dernière séance de la Société de biologie, M. Albert Robin rapporte un cas de larve d'œstride d'Amérique observé en France sur une dame.

M. Robin pensait avec raison que ce cas était le premier et unique cas de cette affection observée dans notre pays ; j'en ai un autre à vous communiquer, qui est à peu près contemporain du précédent, car c'est en décembre dernier qu'il a été observé par M. le docteur Jouneaume, lequel a bien voulu me donner pour ma collection le parasite que je vous présente et qui a été recueilli dans les circonstances suivantes :

M. Foissardey, qui était garde-mine au Guatémala, rentra en France l'année dernière dans le commencement du mois de novembre ; pendant son voyage, il s'aperçut qu'il portait à la partie externe et moyenne de la cuisse gauche une sorte de furoncle en voie de développement, qui parfois lui faisait éprouver des douleurs lancinantes très désagréables. Vers la fin de décembre, sa tumeur avait 6 centimètres de diamètre, était rouge, violacée et présentait au centre un petit mamelon percé d'une très petite ouverture. Un jour, agacé par ce furoncle qui n'aboutissait pas, il se mit à le comprimer de la périphérie au centre et expulsa tout à coup le parasite que je vous présente et qui était alors parfaitement vivant et blanc ; il mesure 12 millimètres de long sur 5 millimètres dans

sa plus grande largeur : il est en forme de bouteille, c'est-à-dire qu'il a une partie globuleuse et une partie rétrécie en forme de col qui est l'extrémité postérieure, car les stigmates respiratoires se constatent sur le mamelon qui termine cette partie ; les deux crochets mandibulaires se voient à l'extrémité opposée et toute la partie antérieure et renflée du corps est entourée de plusieurs rangs d'épines aiguës. A ces caractères se reconnaît facilement la larve de l'œstride qui avait été nommée autrefois *œstrus hominis* et que les indigènes de l'Amérique centrale nomment *ver macaque*, *ver moyoquil*, dont plusieurs naturalistes voyageurs, entre autres MM. Sallé et Coquerel ont parlé et qu'un autre voyageur, Justin Goudot, a nommé *Cuterebra noxialis*, qui est devenu, dans l'ouvrage de Brauer, *Dermatobia noxialis*. D'après Osten Sacken, la forme en bouteille de cette larve représente le deuxième âge ou la deuxième station de l'état larvaire ; quand elle est plus âgée, elle est de forme ovoïde allongée, plus renflée à son extrémité antérieure ; c'est cette dernière forme que présentait le parasite extrait par M. A. Robin et la différence entre celui-ci et le nôtre n'est qu'une question d'âge. La mouche qui donne naissance à cette larve est, d'après Brauer, longue de 14 centimètres, à corselet cendré et à abdomen bleu.

Pour vous donner une idée des diptères qui produisent des larves vivant pendant de longs mois dans le corps des animaux quadrupèdes et même de l'homme, je vous présente des types de nos œstrides indigènes avec leurs larves.

Nous en avons six espèces en France : les *Gastrophilus equi*, *hemorrhoïdalis* et *pecorum*, dont les larves vivent dans l'estomac des chevaux ; l'*Œstrus ovis*, dont les larves vivent dans les sinus maxillaires frontaux des moutons ; la *Pharyngomyia picta*, dont la larve vit dans les poches pharyngiennes du cerf, et l'*Hypoderma bovis*, dont la larve vit sous la peau des bœufs. Cette dernière a donc des habitudes analogues à celles de la *Dermatobia noxialis*, d'autant plus que la larve de cette dernière se rencontre aussi sous la peau des bestiaux, des chiens et des félins sauvages d'Amérique. Nos bœufs ne paraissent pas souffrir de la présence des larves d'hypodermes sous leur peau ; ils en ont quelquefois le dos tout mamelonné, mais ils ne s'en tourmentent nullement et cela ne les fait pas maigrir.

THÉRAPEUTIQUE

Du meilleur moyen d'administrer le salicylate de soude.

Par le docteur R. Desportes.

L'histoire si récente et déjà si remplie de la médication salicylée est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la faire à nouveau.

Les succès obtenus dès le début ont encouragé les praticiens, et beaucoup d'entre eux se sont mis à l'œuvre pour vérifier les résultats énoncés. En très peu de temps, MM. Hérard, Hardy, Oulmont, Guéneau de Mussy et Jaccoud ont apporté à la tribune de l'Académie de médecine le fruit de leur expérience. Ils ont reconnu que le salicylate de soude pur et administré sous une forme convenable, était le médicament le plus efficace que l'on ait employé contre le rhumatisme articulaire aigu ou chronique, les nodosités d'Aberdeen et certaines affections goutteuses.

« Aujourd'hui, dit M. le professeur Vulpian (1), il y a accord unanime sur l'efficacité de l'emploi du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et ce serait du temps perdu que de rapporter de nouveaux faits plus ou moins analogues à ceux que chaque médecin a pu observer dans sa propre pratique.

Le salicylate de soude pur produit de très bons effets dans le traitement des accès aigus de goutte. Il guérit souvent ces accès en peu de jours, aussi rapidement que les attaques de rhumatisme articulaire aigu. »

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, décembre 1880. — Revue médicale par M. le professeur Vulpian, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — *Du mode d'action du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu.*

D'après le docteur Compagnon (1) : « Le salicylate de soude peut et doit être employé dans le traitement du rhumatisme noueux, toutes les fois que l'état de la circulation centrale ou des reins ne vient pas le contre-indiquer.

Non seulement il calme les douleurs, mais encore il permet aux articulations de reconquérir une partie des mouvements perdus et il enraie la marche de la maladie.

« Seulement, ajoute le docteur Compagnon, souvent le salicylate de soude étant impur, il sera essentiel de s'assurer de la qualité du médicament. »

Une discussion intéressante s'est élevée sur ce point à la *Société de médecine de Paris* : M. le docteur Charrier, après avoir rappelé les succès constants obtenus dans le traitement du rhumatisme par l'administration dn salicylate, s'exprime ainsi : « J'ai, dans mon service à l'Imprimerie nationale, une malade qui est atteinte des nodosités d'Aberdeen, avec déformation des doigts et douleurs atroces ; elle prend, depuis deux ans, 4 grammes par jour de salicylate, les douleurs ont disparu, les nodosités n'ont plus augmenté et la malade a pu continuer son travail sans interruption » ; puis il ajoutait : « Une chose aussi est à considérer : c'est la pureté du médicament, aussi me suis-je toujours servi avec avantage de la Solution Clin au salicylate de soude. Le salicylate que Clin emploie est d'une pureté parfaite, préparé avec le plus grand soin. C'est un médicament dans lequel on peut avoir toute confiance. »

M. Géry a corroboré cette affirmation en termes catégoriques : « J'ai employé, a-t-il dit dans la même séance, le salicylate de soude aux mêmes doses et dans les mêmes conditions que vous, et, comme vous, j'ai eu des succès et des revers. Frappé de la persistance de ces derniers chez certains malades qui me semblaient être dans les meilleures conditions pour se bien trouver du traitement, j'ai cru devoir attribuer l'insuccès à la préparation plus ou moins mauvaise du médicament, et, après des essais comparatifs, je suis convaincu qu'il faut attacher une grande importance à la manière dont le salicylate est préparé, et que toutes les pharmacies ne le livrent pas suffisamment pur. Je me trouvais dernièrement en consultation avec mon excellent confrère et ami M. Millard, qui me disait qu'avec une préparation toujours identique comme la Solution Clin, il n'avait eu qu'à se louer de l'emploi du salicylate de soude. »

Mais quelles que soient les circonstances dans lesquelles on se propose de prescrire le salicylate de soude, il importe d'avoir constamment présentes à l'esprit les règles posées par le professeur G. Sée (2) : « Pour administrer le salicylate de soude, le meilleur moyen c'est la *Solution* ; je ne saurais accepter l'usage du salicylate en pilules, pastilles, poudres, cachets ; car ces formes pharmaceutiques finiraient par déprécier un médicament des plus utiles. La seule condition exigible, c'est la pureté du médicament qui contient trop souvent une certaine quantité d'acide phénique ; c'est là un inconvénient qui se traduit par un profond dégoût. »

En résumé, le salicylate de soude possède une efficacité incontestable et a donné d'excellents résultats, toutes les fois qu'il a été possible d'administrer ce produit absolument pur. A cet égard, on aura toute garantie en prescrivant la Solution Clin : chaque cuillerée à bouche contient 2 grammes de salicylate de soude pur, chaque cuillerée à café en contient 50 centigrammes. Cette Solution incolore, par conséquent *exempte d'acide phénique*, très exactement dosée et toujours identique dans sa composition, permet au médecin d'administrer sûrement le salicylate de soude pur et de varier les doses selon les indications qui se présentent.

(1) De l'utilité du salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme noueux, Paris 1880.

(2) Académie de médecine de Paris (1877).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 22 mars 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATIONS

Origine des kystes des mâchoires. — M. MAGITOT, en réponse à l'argumentation présentée par M. Malassez dans la dernière séance (voir *Gazette des hôpitaux*, n° du 18 mars 1884), adresse une note dans laquelle il déclare ajourner sa réplique parce qu'il désire présenter à l'appui de ses idées des pièces anatomiques qu'il rassemble en ce moment. Toutefois il ne veut pas laisser sans réponse cette affirmation faite par M. Malassez que ses recherches ont précédé celles de MM. Verneuil et Nepveu.

C'est, dit M. Magitot, en 1874 que M. Verneuil, s'inspirant de recherches publiées l'année précédente (1873) par Charles Legros et par moi, sur l'évolution folliculaire, émit cette théorie notablement différente de la mienne (Mémoire sur les kystes des mâchoires, *Archives de médecine*, 1872), que les kystes de la variété périostique, aussi bien que certains épithéliomas, avaient pour point d'origine les débris épithéliaux du cordon ou de la paroi folliculaire elle-même.

Cette manière de voir fut professée publiquement dès cette époque dans la clinique de la Pitié, et M. Pozzi, alors interne du service, pourrait au besoin l'attester.

En 1875, une présentation faite par M. Verneuil à l'Académie de médecine sur un cas de *polygnathe* et mon mémoire sur la *polygnathie* (*Annales de gynécologie*, août et septembre 1875) furent l'occasion de discussions à la Société de chirurgie, discussions reprises en 1878, séance du 3 juillet, dans laquelle M. Verneuil et moi nous exposâmes nos idées personnelles.

Enfin, en 1876, un travail de M. Reclus, communiqué au Congrès de l'Association française à Clermont (*Progrès médical*, 1876, n°s 47 et 49), tendait à confirmer une fois de plus la doctrine de M. Verneuil.

Tel est l'historique de la question ; telle est la part de chacun dans l'étude de ce problème de pathogénie.

Emploi de l'électrolyse dans les rétrécissements de la trompe d'Eustache. — M. MERCIÉ, chef de clinique de M. le docteur Garrigou-Désarènes, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Gellé, adresse une note dans laquelle il fait observer qu'antérieurement à sa présentation à l'Académie de médecine, M. Garrigou-Désarènes avait publié ce mode de traitement dans la *Revue de thérapeuthique médico-chirurgicale* du 1er octobre 1882, dans le journal *le Praticien*, le 4 décembre 1881 ; qu'enfin ce procédé est employé avec succès depuis plus de deux ans à sa clinique.

M. GELLÉ déclare n'avoir pas voulu faire une réclamation de priorité, mais simplement faire constater qu'il ne pourrait passer pour avoir copié les autres.

Bichlorure de méthylène. — M. REGNAULD rappelle avoir fait à l'Académie une communication tendant à prouver que le bichlorure de méthylène, fourni en France par les Anglais, contenait du chloroforme et ne provoquait l'anesthésie que par le fait de la présence de ce chloroforme. Depuis cette époque M. Regnauld a pu se procurer du véritable chlorure de méthylène, et il résulte des nouvelles recherches auxquelles il vient de se livrer, que cet agent n'est pas anesthésique.

Jéquirity. — M. HARDY a fait des expériences qui montrent que le jériquity n'est pas un alcaloïde, mais bien un ferment soluble.

La vie au fond des mers. — M. REGNARD a réalisé par des procédés de laboratoire les conditions dans lesquelles se trouvent les animaux qui vivent au fond des mers, et a ainsi cherché à déterminer comment la vie peut se produire à ces profondeurs de 6 à 8,000 mètres. C'est grâce à un très ingénieux appareil, à l'aide duquel on obtient très aisément des pressions de 1,000 atmosphères, que M. Regnard a pu réaliser ces conditions.

Il résulte des investigations entreprises par les dragueurs du *Travailleur* et du *Talisman* que, dans la mer, la zone superficielle et la zone profonde ne se mélangent jamais, de telle sorte que les animaux habitant la zone profonde ne remontent jamais à la surface et réciproquement.

M. Regnard plaçant successivement dans l'appareil des ferments solubles des mollusques, des crustacés, des poissons, etc., et les soumettant à des pressions de 600 à 700 atmosphères représentant à peu près la pression qui existe au fond des mers à 4 ou 5,000 mètres de profondeur, voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

Les fermentations dites solubles ont lieu au fond de la mer comme à la surface. La levûre de bière soumise, à une pression de 1,000 atmosphères qui correspond à peu près à une profondeur de 12,000 mètres dans la mer, n'est pas tuée par ces pressions énormes ; elle est seulement comme endormie, puis se réveille et reprend ses propriétés une fois rendue à l'air libre.

Une eau remplie d'infusoires étant placée dans l'appareil à 600 atmosphères, tous les infusoires ne tardent pas à tomber inertes et sans vie, en apparence, au fond du vase. Retirés au bout d'un certain temps, ils reprennent leurs mouvements.

Les mollusques, les annélides, les crustacés s'endorment et se réveillent de même.

Les poissons, dont la vessie natatoire a été préalablement vidée, soumis à une pression de 100 atmosphères, représentant environ 2,000 mètres sous la mer, n'éprouvent rien de particulier : à 200 atmosphères, ils sont comme endormis ; à 300 et au delà, ils sont morts en contracture généralisée.

Remontant de plus en plus dans l'échelle animale, M. Regnard a fait la même expérience avec des grenouilles. A 600 atmosphères, les grenouilles sont tuées. Ce sont les muscles qui, dans ces conditions, sont atteints de rigidité tétanique. Le muscle est devenu dur comme du bois. La grenouille étant pesée avant et après l'expérience, on constate qu'elle a augmenté de 3 grammes. C'est donc par le muscle et par arrêt de la circulation que les animaux meurent dans ces conditions.

Pour les graines et pour la germination, M. Regnard a constaté les mêmes phénomènes de vie latente que pour les animaux inférieurs.

M. Regnard reviendra ultérieurement sur ces intéressantes expériences.

Mode de formation de l'urée. — M. QUINQUAUD, en son nom et au nom de M. Gréhant, fait une communication sur ce sujet. Ces deux expérimentateurs ont fait des dosages de l'urée dans les différents départements circulatoires. Ils ont constaté que le sang veineux et le sang artériel de la tête et des membres étaient égaux au point de vue de la quantité d'urée. Il n'en est plus de même dans les organes splanchniques. Le sang des veines sus-hépatique, splénique, contient des quantités d'urée plus considérables. Il y a donc dans les viscères une suractivité de la formation d'urée. Il sort de ces organes, en particulier du foie, de la rate, plus d'urée qu'il n'y en entre.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

VI

Mes excursions botanico-entomologiques aux environs de Paris (Bondy, Marly, Bellevue, Meudon, Sèvres, Saint-Cloud, Versailles, Saint-Germain, Saint-Maur, Villeneuve-Saint-Georges, Longjumeau) étaient pour moi une préservation hygiénique contre les

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 mars 1884.

conditions peu salubres de la scolarité médicale en même temps qu'une récompense bien agréable de mon assiduité au stage hospitalier et aux cours de l'école. Je puis citer les noms de mes compagnons habituels dans ces excursions le plus souvent pédestres :

Desmarest, Léman, Régley, Goupilleau, Loiseleur-Deslongchamps, Dupetit-Thouars, Bory de Saint-Vincent, Persoon, Latreille, Palisot de Beauvois, Clarion, Mérat, Massey, Villermé, Mougeot, Nestler, Decandolle, Bosc, Dumestre.

Hélas ! tous, sauf Mougeot et Villermé, sont aujourd'hui (1856) mes amis de l'autre monde.

Hippocrate et Flore n'absorbaient pas tous mes instants : il fallait une distraction qui instruisît aussi. Je fréquentais de loin en loin le théâtre, pour lequel mon conchambriste D... était passionné, mais que je n'y accompagnais pas toujours. Nous allions de préférence au Théâtre-Français, pour la comédie et la tragédie, à l'Opéra-Comique, au Vaudeville, rarement au Grand-Opéra, presque jamais aux théâtres des boulevards. La scène possédait alors d'excellents acteurs :

Théâtre-Français. — Acteurs : Larive, Talma, Molé, Fleuri, Dugazon, Dasincourt; actrices : Contat, Mars, Bourgoing, Duchesnois, Georges.

Opéra-Comique. — Elleviou, Martin, Dosainville, Saint-Aubin, Philis.

Feydeau. — Gaveaux, Gévaudan, Scio.

Louvois. — Picard, *Montansier*, Brunet.

Grand-Opéra. — Acteurs : Laïs, Lainé, Beaupré, Dupré, Vestris; actrices : Maillard, Chameroi, Clotilde, Gardel.

Parmi les hôpitaux ou hospices où je remplissais les fonctions d'élève, assistant chaque matin et souvent le soir, je citerai :

1° La Salpêtrière, dans les salles du professeur de clinique médicale, M. Landré-Beauvais. Dans ce vaste établissement, j'assistais aussi quelquefois à la visite du service des aliénés dirigé par le professeur Pinel ; je me souviens de l'impression pénible que me causa la première vue de cette ménagerie des malheureuses folles; j'en demeurai sombre et mélancolique toute la journée. Quel tableau, en effet, est plus capable de porter la tristesse dans l'âme que celui d'une pareille dégradation morale de l'espèce humaine! De quelle variété d'aberrations affligeantes sont susceptibles les facultés intellectuelles ! Parmi ces infortunées, les unes, tourmentées par un délire furieux, sont fixées et garrottées dans leurs lits, mais les contractions de la face et l'éclat étrange des yeux annoncent l'agitation intérieure; les autres courent comme des effrénées dans la cour, ou gardent volontairement une immobilité parfaite. Au nombre de celles qui se précipitaient vers les grilles de fer pour nous voir passer, j'en remarquai une dont l'allure était tout à fait singulière; elle était à demi nue, n'ayant qu'un haillon couvrant le bas du tronc, son teint était couleur de pain d'épice, avec une nuance de bronze; sa poitrine, entièrement nue, offrait des mamelles presque diffluentes; elle faisait des grimaces et des contorsions horribles et parlait un baragouin incompréhensible; je l'aurais volontiers prise pour une sauvage des îles de la mer du Sud, et je fus surpris d'apprendre qu'elle était originaire de l'Auvergne. Dans la même enceinte, où la sauvage et plusieurs autres couraient sans cesse et faisaient un tintamarre infernal, j'aperçus une femme assise qui, sans être troublée par ses entours si agités, parlait gravement toute seule et discutait des affaires politiques comme dans un club. Ailleurs on apercevait assise sur une chaise une jeune négresse immobile comme une borne, les yeux fixes et dans le mutisme le plus complet; une de ces folles libres dans la cour s'approcha de nous en faisant mille extravagances et, profitant d'un moment où l'un de mes compagnons tournait la tête, elle lui appliqua un si fort coup de poing qu'il faillit en être renversé; elle se retira ensuite en courant et poussant des éclats de rire immodérés; on ordonna de la renfermer. Une autre, atteinte de monomanie religieuse, était attachée dans son lit, invoquant à tout instant les anges et les saints; elle appelait M. Beauvais du nom de Jésus-Christ et se croyait avec lui au paradis.

2° La Charité, l'hôpital où Boyer, le célèbre auteur du *Traité des maladies chirurgicales*, le chirurgien de l'Empereur, attirait la foule des étudiants; il m'honorait de sa bienveillance, il fut le président de mon premier examen et de ma thèse inaugurale.

3° L'hospice de l'École créé par Dubois; je me rappelle deux opérations de taille pratiquées par l'illustre chirurgien-accoucheur : dans l'une, il retira quarante-quatre pierres de la vessie d'un homme; dans l'autre, chez une femme, après plusieurs tentatives très laborieuses, Dubois retira un calcul énorme, de la grosseur du poing, inégal à sa surface, qui avait entraîné des fragments de la membrane interne de la vessie, circonstance qui fut regardée par le professeur comme le présage d'une affection vraisemblablement mortelle; néanmoins cette femme guérit parfaitement.

4° L'hôpital Saint-Louis, dont le chirurgien en chef était Richerand, professeur de physiologie à l'École.

Mes condisciples intimes en médecine étaient en 1805 :

J. Dufau, de Mont-de-Marsan, ami d'enfance, mon conchambriste;

Blaud, de Beaucaire, devenu auteur de plusieurs ouvrages, d'un poème sur la médecine (*l'Art médical*), homme très instruit, très spirituel, mort en 1859, âgé de quatre-vingt-huit ans;

Rémond, de Semur;

Rullier, d'Angoulême, devenu médecin à la Charité;

Bréchet, mon camarade de tablier à la Charité, devenu professeur;

Cornac, peu studieux, grand, joli homme, neveu du fameux Portal, son principal mérite;

Marjolin était, de mon temps, un type de carabin; il s'est ravisé depuis et est devenu une illustration chirurgicale;

Roux, gendre de Boyer, travailleur, devenu professeur, membre de l'Institut ;

Pariset avait au moins trente ans lorsqu'il cessa d'être instituteur particulier pour étudier en médecine; nous suivions ensemble l'hôpital de la Charité; beaucoup d'esprit, figure satirique, plus littérateur que médecin;

Capuron, d'Agen, se mit aussi fort tard à étudier la médecine, après avoir été précepteur; il était grand, brun, lourd, d'une avarice sordide, s'est fait une réputation dans l'obstétrique ;

Payen, mon condisciple à la Charité, ayant commencé la médecine dans un âge assez avancé; il avait un œil de verre et un nez postiche; père du célèbre chimiste de ce nom.

Magendie, travailleur, grand cynicide ;

Beaulac, d'Aire, mon condisciple et ami, quoique plus âgé que moi, devint médecin militaire, eut les pieds gelés à la campagne de Moscou, rentra à Aire où il se maria et mourut aveugle.

Quelques mois avant la soutenance de ma thèse, je fus présenté et admis comme membre de la Société d'instruction médicale organisée par le professeur de clinique médicale, M. Le Roux.

Je ne sais rien de plus heureux pour un homme qui a vu plus de trois cents saisons et qui s'est adonné toute sa vie à la culture des sciences que d'avoir la faculté de ressusciter dans ses souvenirs et d'inscrire dans son carnet intime les noms des savants qu'il a vus ou qu'il a connus ou avec lesquels il a entretenu des relations. Je suivais régulièrement les séances de l'Académie des sciences, où je voyais, dans les cinq premières années du siècle actuel, les célébrités scientifiques de l'époque. Que j'étais loin de penser qu'un jour j'aurais l'insigne honneur d'y siéger !

Les noms de ces savants étaient :

Chaptal.	Lalande.
Lagrange.	Cassini.
Laplace.	Brisson.
Legendre.	Charles.
Delambre.	Coulomb.
Monge.	Lefebvre-Gineau.
Prony.	Duméril.
Bonaparte.	Tenon.
Biot.	Brongniart.
Gay-Lussac.	Desmarest.
Carnot.	Geoffroy Saint-Hilaire.

Cuvier.	Huzard.
Ramond.	Ventenat.
Lacépède.	Parmentier.
Fourcroy.	Dupetit-Thouars.
Vauquelin.	Lamarck.
Bosc-Dantic.	Latreille.
Deyeux.	Jussieu.
Hauy.	Desfontaines.
Lelièvre.	Adanson.
Sage.	Labillardière.
Hallé.	Humboldt.
Portal.	Richard.
Lassus.	Broussonet.
Pelletan.	Olivier.
Coquebert.	Sabatier.
Tessier.	Thouin.
Cels.	Guyton-Morvaud.

De cette série de cinquante-six savants que j'ai tous connus et dont je me rappelle encore les traits physiques de manière à pouvoir en faire une monographie, trois seulement survivent aujourd'hui (fin 1856), Humboldt, Biot et Duméril. Voyez tout ce qu'un demi-siècle a dévoré d'illustrations dans cette enceinte si restreinte de la science !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 12 mars 1884, M. Tissier, professeur de clinique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur honoraire.

— Par décret, en date du 15 mars 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

1° Au titre du 2e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. Peaucellier, Coroze, Petit, Lemaire, Lefèvre, Corbeau, Paris et Roisin.

2° Au titre du 3e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. Duputel, Buffet, Petitclerc et Tourneux.

— Par décret, en date du 15 mars, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

1° Au titre du 2e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe :* MM. Tixier, Niverd, Froment, Sabatier, Joly, Gaudard, Blanquinque, Camus, Vieillard, Rousseau, Colson, Mascarène de Rayssac, Girbat, Danton, Loiseaux, Parmentier, Carrié, Belin, Crouzet, Lasseau, Josias et Robert.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. Détiaque, Rossignol, Gigon et Naline.

2° Au titre du 3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de première classe :* MM. Courssières et Grosclaude.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Cauchois, Balzer, Cuffer et Hélot.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. Mazalon, Vercheron, Jullien, Buzot, Gorecki, Hurpy, Crouzet, Devignevielle, Rident, Chaplain, Taurin, Lecène et Hirtz.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er mars 1884, M. le docteur Dujardin-Beaumetz est nommé membre de la commission administrative de l'École normale supérieure d'institutrices de Fontenay-aux-Roses et école Pape-Carpentier.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 mars 1884, M. le docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce, est nommé membre de la commission des bibliothèques populaires, communales et libres et des bibliothèques des écoles publiques.

— Par décision ministérielle du 17 mars 1884, le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie, ainsi que leurs familles, à :

MM. Hacquart, officier de santé aux Lilas (Seine); Seurat, docteur en médecine à Essonnes (Seine-et-Oise); Szacfaier, docteur en médecine à Martigues (Bouches-du-Rhône); Soyer, officier de santé à Guiscard (Oise); Leclerc, docteur en médecine à la Fère-en-Tardenois (Aisne); Bourrand, docteur en médecine à La Rochefoucald (Charente) ; Duvernoy, docteur en médecine à Audincourt (Doubs), et Guyot, docteur en médecine à La Pacaudière (Loire).

— Par décision ministérielle du 20 mars 1884, ont été désignés, savoir :

M. le médecin principal de première classe Giard, pour les fonctions de directeur du service de santé du 2e corps d'armée.

MM. les médecins principaux de deuxième classe : Moussu, pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris ; Ducebliez, pour les fonctions de médecin-chef de l'hôpital de Constantine.

M. le médecin-major de première classe Weill, pour les fonctions de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Châlons-sur-Marne.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Boiland, pour le 4e cuirassiers ; Cicile, pour le 6e bataillon d'artillerie de forteresse; Jouanno, pour le 7e hussards ; Lemarchand, pour le dépôt du 138e d'infanterie ; Bertholon, pour le 96e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Lucas, pour le 57e d'infanterie ; Bonnet, pour le 20e dragons ; Lannois, pour le bataillon du 30e d'infanterie, détaché à Thonon-Bonneville.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rostan, pour le 30e d'artillerie ; Ferraton, pour le 3e bataillon de chasseurs à pied et être attaché à la direction du service de santé du 2e corps d'armée.

MM. les pharmaciens-majors de première classe Parant, pour l'hôpital du Gros-Caillou ; Aubrit, pour l'hôpital de Saint-Omer.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Lieutard, pour l'hôpital de Nancy.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz est nommé médecin du lycée Fénelon, à Paris (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le médecin principal de première classe Hamel, directeur du service de santé du deuxième corps d'armée, et de M. le docteur Barière (d'Eysines).

— *Hopitaux de Lyon.* — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Garel.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Chotin, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Rodet, docteur en médecine, est nommé préparateur de médecine expérimentale et comparée (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Dupré, professeur de clinique médicale, est autorisé à se faire suppléer, pendant le second semestre de l'année scolaire 1883-1884, par M. Mossé, agrégé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Baraban, agrégé, est chargé, pendant le deuxième semestre de l'année 1883-1884, d'un cours d'histologie à ladite Faculté.

— *École de médecine de Caen.* — M. Gidon est maintenu, jusqu'à la fin du prochain concours, dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes.

— Un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, s'ouvrira le vendredi 4 avril 1885 dans cet hôpital. Seront seuls admis à concourir les étudiants en médecine qui justifieront d'une année au moins de service comme interne dans un hôpital. La durée des fonctions est de deux années.

Les candidats sont invités à se faire inscrire au plus tard la veille de l'ouverture du concours.

— La Société de géographie vient de décerner : 1° une grande médaille d'or aux expéditions des sondages et dragages sous-marins des navires *le Travailleur* et *le Talisman*, dirigés par M. Alph. Milne-Edwards, membre de l'Institut; 2° une médaille d'or à M. Arthur Thouar, pour sa traversée du désert du grand Chaco boréal, à la recherche des restes de la mission du docteur Crevaux; 3° une médaille d'or (prix Logerot), à M. Désiré Charnay, pour l'ensemble de ses explorations et notamment pour son exploration du Yucatan.

— M. le docteur Piétri, médecin de la Société française de bienfaisance au Caire, vient de recevoir une médaille d'or de première classe pour son dévouement exceptionnel lors de l'épidémie cholérique de 1883.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Raphaël Blanchard, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale le jeudi 27 mars 1884, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. — Il s'occupera spécialement des anthropoïdes et des vertébrés intéressant la médecine.

— M. le docteur Raymond, agrégé, commencera le cours auxiliaire d'anatomie pathologique, le jeudi 27 mars 1884, à deux heures de l'après-midi, dans le laboratoire d'anatomie pathologique, à l'École pratique, rue Vauquelin, et le continuera les samedis et mardis suivants, à trois heures, à la Faculté, dans l'amphithéâtre Laënnec, et les jeudis à deux heures, à l'École pratique.

— A vendre, très bel AMPHITHÉATRE semi-circulaire, entièrement neuf, avec plate-forme, pouvant contenir deux cents auditeurs. — S'adresser rue Chanoinesse, n° 12, près Notre-Dame, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15953.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française.

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔTEL-DIEU. Paralysie faciale périphérique. — HÔPITAL SAINT-LÉON DE NANCY. Du sphacèle des fibromyômes utérins. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance très bien remplie par de nombreuses lectures, parmi lesquelles nous signalerons particulièrement celles de M. Hayem sur la transfusion péritonéale et de M. Luys sur la locomobilité du cerveau suivant les différentes attitudes des corps et ses conséquences physiologiques et pathogéniques, enfin le rapport général de M. Bucquoy sur les épidémies, plus une communication de M. Leroy de Méricourt sur la chromidrose.

En attendant que nous puissions relever dans ce rapport quelques-uns des points les plus utiles à faire connaître, nous allons signaler aujourd'hui ce qu'il y a de plus particulièrement intéressant dans le rapport de M. Bergeron sur le prix Capuron, lu dans la précédente séance.

Le sujet du prix proposé pour le concours de 1883 était l'étude « de l'influence des bains de mer sur la scrofule des enfants ». L'historique de ce qui a été fait dans presque toute l'Europe et aux États-Unis depuis la fin du siècle dernier pour combattre la scrofule, en particulier la fondation des nombreux sanatoria maritimes et les appels réitérés à l'étude de la question faits par les Sociétés savantes et les congrès médicaux et hygiéniques, a conduit M. Bergeron à faire ressortir tout ce que cette question, toute vieille qu'elle est, présente en réalité d'intérêt actuel.

« Jamais mieux qu'aujourd'hui, dit-il, on n'a compris que les endémies atteignent bien plus sûrement et plus profondément la vitalité des populations que les épidémies si désastreuses qu'elles soient, et que, par conséquent, leur prophylaxie doit être une des grandes préoccupations, une des tâches les plus pressantes de l'hygiène publique. N'est-ce pas à elle, en effet, qu'incombent le devoir de rechercher partout les causes d'amoindrissement de la race, de les faire connaître et d'indiquer les moyens de lutter contre elles. C'est dans ces conditions qu'elle devient véritablement une science sociale, et en quel temps a-t-il été plus urgent que dans le nôtre d'aborder les questions sociales? Or n'est-ce pas aider à les résoudre par les seules voies où le bon sens, la vérité et l'amour du prochain puissent marcher d'accord, que d'enlever aux terribles et menaçantes suggestions de la faiblesse native ou de la maladie associée à la misère, en leur rendant la force et la santé, tous ces pauvres êtres que la déplorable hygiène privée des paysans et surtout la *malaria* urbaine condamnent aux cruelles et repoussantes infirmités qu'engendre la scrofule? Ne serait-ce pas plus sûrement encore faire œuvre de salut pour l'avenir, que de préparer à l'inévitable lutte pour l'existence, avant que le mal physique et moral les ait déjà atteintes, toutes ces générations débiles vouées d'avance aux malheurs et à la haine, si on ne leur fait un corps sain pour tâcher d'y faire vivre une âme saine?

« Ce que depuis plus d'un demi-siècle les classes aisées font pour leurs enfants, c'est aux administrations qui ont charge d'âmes, et, à leur défaut, c'est aux cœurs généreux toujours prêts à faire le bien, de le faire pour les enfants pauvres. Il faudrait donc qu'à l'exemple du département de la Seine (allusion à l'établissement de Berck-sur-Mer), tous les autres, et ceux-là surtout dans lesquels les opérations des conseils de revision constatent le plus grand nombre d'exemptions ou d'ajournements pour cause de constitution débile et, à plus forte raison, pour cause de scrofule, s'imposassent des sacrifices, soit isolément, soit en combinant leurs efforts avec ceux des départements voisins, pour envoyer chaque année au bord de la mer leurs enfants scrofuleux... »

C'est en se plaçant à ce point de vue élevé d'une médecine vraiment sociale que M. Bergeron a pris la mesure de la valeur des divers mémoires envoyés au concours. Ces mémoires, au nombre de sept, ont-ils répondu à l'étendue et à la hauteur de ce programme? L'attente de la commission à cet égard n'a pas été trompée. M. Bergeron a déclaré en son nom que, grâce à ces mémoires, l'Académie est aujourd'hui en possession des documents les plus complets qui aient été publiés jusqu'à présent sur la matière. Sur ces sept mémoires qui portent tous le témoignage d'efforts sérieux pour répondre le plus complètement possible à la question posée par l'Académie, la commission en a plus particulièrement distingué trois, qui, à des titres et à des degrés divers, lui ont paru manifestement supérieur.

Aucune indiscrétion ne nous ayant fait connaître jusqu'à l'heure actuelle les noms des heureux auteurs de ces trois mémoires, il nous faudra peut-être attendre jusqu'à la prochaine séance publique annuelle pour les porter à la connaissance de nos lecteurs.

HOTEL-DIEU. — M. VULPIAN.

Paralysie faciale périphérique.

Les deux malades que je vais vous montrer successivement, quoique atteints tous deux de paralysie faciale, présentent cependant certaines différences assez importantes pour que je désire appeler votre attention sur eux.

Le premier est un homme d'une quarantaine d'années chez lequel la paralysie de la face occupe le côté droit avec tous ses signes classiques : effacement des plis du front, diminution du sillon naso-labial, abaissement de la commissure labiale droite, impossibilité de fermer l'œil du même côté, écartement de la narine, légère injection de la conjonctive par défaut du mouvement des paupières. Aujourd'hui la langue est tirée à peu près droite, ce qui n'existait pas il y a trois jours, quand cet homme est entré à l'Hôtel-Dieu. De plus, la luette est un peu déviée à gauche. Quant à l'ouïe, il y a bien peu de chose, ni hyperacousie, ni paracousie. La narine droite est un peu plus sèche que celle du côté gauche par suite d'un peu d'épiphora. Enfin le goût est modifié dans la moitié droite de la langue.

En résumé, il y a paralysie faciale du côté droit, paralysie datant d'un mois environ, et actuellement encore peu diminuée, paralysie faciale *périphérique* et non *centrale*, comme le prouve du reste son étendue même, comme le prouve aussi l'état de la contractilité faradique. En effet, chez notre malade, un courant faradique même très fort ne produit absolument rien sur le côté paralysé, mais traverse la figure, pour ainsi dire, pour aller influencer le côté opposé, tandis que les courants galvaniques, au contraire, déterminent des mouvements de la face du côté paralysé et n'ont aucune action sur le côté sain. Un autre élément de diagnostic consiste à répéter sur le malade l'expérience de Straus, c'est-à-dire à faire au malade une injection de pilocarpine; on voit alors la sécrétion sudorale retardée d'une à deux minutes du côté atteint lorsque la paralysie est périphérique. Enfin, au point de vue du siège de l'altération du nerf facial, nous pouvons dire que le point lésé est très haut placé, en raison même de ce fait que la luette est paralysée dans sa moitié droite; ce sont les filets nerveux allant au muscle palato-staphylin qui sont atteints, c'est-à-dire les nerfs qui naissent du grand pétreux superficiel. De même pour la langue, les rameaux du stylo-glosse sont lésés, et la paralysie du goût indique que la corde du tympan est également atteinte.

Quant à la cause, elle est assez difficile à expliquer ; il n'y a pas là de syphilis, pas de tumeur intra-crânienne, le malade déclare n'avoir subi aucune impression de froid, et pourtant nous pourrions dire, avec quelque vérité, qu'il s'agit d'une paralysie *a frigore*, sans que cet homme, ouvrier serrurier, habitué aux intempéries, se fût aperçu du moindre refroidissement; nous pourrions le dire, sans oser cependant l'affirmer à cause du siège un peu élevé de la lésion nerveuse.

— Le second malade est entré le 13 de ce mois. Il a quarante-six ans, il ne présente d'autres antécédents morbides que des accès de fièvre intermittente il y a vingt ans. Le début des accidents pour lesquels il est venu à l'hôpital remontait à un mois au moment de son entrée. Ce jour-là, il avait dîné comme d'habitude, à huit heures du soir, et à dix heures il s'était aperçu tout à coup, en buvant une tasse de thé, que le liquide s'écoulait par la commissure labiale gauche. D'ailleurs, point de douleurs, point de céphalie : rien, selon lui, ne saurait expliquer cet accident.

Aujourd'hui, c'est-à-dire trente-six jours après le début, il existe peu de déviation de la face, la bouche est seulement un peu relevée à droite, l'effacement du sillon labial gauche est peu considérable ; l'œil gauche ne se ferme pas encore très bien et présente un peu de conjonctivite ; il n'y a pas de troubles de l'ouïe, la langue est à peu près droite, la luette n'est pas déviée ; en somme, la paralysie est maintenant peu prononcée. Il est vrai que, pendant près d'un mois, cet homme a été soigné chez lui, qu'il a été électrisé, — d'où cette amélioration.

Chez lui, la paralysie diffère de ce que nous venons de voir tout à l'heure chez l'autre malade, en ce sens qu'elle est moins profonde, moins étendue et que déjà l'on observe un certain retour des mouvements. Mais chez lui, comme chez l'autre, il s'agit d'une paralysie périphérique, avec cette différence que la corde du tympan n'est pas paralysée non plus que les staphylin et stylo-glosse.

La contractilité farado-musculaire, par contre, est également abolie, tandis que la contractilité galvano-musculaire est aussi conservée, voire même exagérée.

La cause a donc agi sur un point moins élevé que chez le précédent malade ; il est probable que le siège de la lésion se trouve dans l'aqueduc de Fallope. Mais ici encore cette cause est assez difficile à indiquer avec quelque certitude, le malade déclarant qu'il n'a pas été soumis à l'action du froid, qu'il n'a pas été exposé à des courants d'air. Cependant je l'admets pleinement, mieux même que chez le malade que nous avons vu tout à l'heure, et je crois très bien que le malade ne s'en est pas aperçu. Donc ici encore paralysie faciale *a frigore*, non pas rhumatismale comme d'aucuns l'appellent encore, car il n'y a là rien du rhumatisme, si ce n'est que le froid, qui peut déterminer aussi une poussée rhumatismale, produit dans le cas présent ou dans des cas analogues une inflammation non pas à la périphérie même du facial, mais dans le canal de Fallope. Or, si le nerf facial se trouve très à son aise dans le conduit auditif interne, il est, au contraire, très serré, très à l'étroit, dans le canal de Fallope, tellement même qu'il serait impossible de faire passer un poil entre lui et les parois du canal. Aussi suffit-il du moindre gonflement inflammatoire du nerf pour que celui-ci soit aussitôt tellement serré, comprimé, qu'il s'altère dans ses fonctions comme s'il avait subi quelque traumatisme ou même comme s'il avait été coupé.

En résumé, ce second malade a une paralysie de moyenne intensité, en voie d'amélioration, comme l'indique très bien chez lui le retour d'un certain degré de tonicité musculaire dans la région paralysée. Néanmoins il lui est encore impossible de faire contracter ses muscles. Ce retour a été même assez rapide, le mal datant de trente-six jours seulement aujourd'hui. Aussi avons-nous l'espérance de le voir bientôt guéri.

En général, le pronostic de la durée des paralysies faciales périphériques, dont nous nous occupons ici, est en rapport avec l'état de la contractilité farado-musculaire. La guérison ne survient guère dans les cas les plus favorables avant six semaines ou deux mois; d'autres fois elle n'a lieu qu'au bout de trois, voire même de quatre mois. Enfin, dans certains cas graves, la paralysie ne guérit pas, ou bien elle persiste indéfiniment, ou bien, ce qui est le plus fréquent, elle se termine par des phénomènes de contracture des muscles paralysés.

Le traitement auquel on doit avoir recours est celui que nous avons employé ici chez nos deux malades, c'est-à-dire l'électricité faradique de préférence à l'électricité galvanique, qui peut donner lieu à des accidents du côté de la vue.

HOPITAL SAINT-LÉON DE NANCY

Du sphacèle des fibro-myômes utérins

Par M. Th. Weiss, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

I

Observation I. — La nommée F..., âgée de quarante-un ans, célibataire et sans enfants, entre dans mon service le 4 octobre 1883 pour une affection utérine, dont le début remonte à trois ans. Cette femme, qui avait toujours été bien réglée et avait constamment joui d'une bonne santé, présente depuis le mois de septembre 1879 les symptômes d'un corps fibreux de la matrice, à savoir, troubles de la menstruation, écoulement leucorrhéique, développement progressif d'une tumeur abdominale, qui occupe le siège et reproduit la forme de cet organe. Jusque dans ces derniers temps ces divers accidents n'ont revêtu aucun caractère alarmant ; mais depuis huit jours, cette malade éprouve des douleurs de ventre extrêmement vives, qui l'ont forcée de s'aliter; elle présente de la fièvre, des frissons, une inappétence complète, des vomissements incessants, et c'est dans cet état qu'elle est transportée à l'hôpital Saint-Léon de Nancy.

En l'examinant, je constate à première vue l'existence d'une tumeur abdominale volumineuse de consistance fibreuse, remontant jusqu'à l'ombilic et occupant la région hypogastrique ainsi que la fosse iliaque droite. Ce qui me frappe surtout, c'est un aplatissement de la fosse iliaque gauche et une espèce d'encoche sur le bord correspondant de la tumeur ; on dirait que celle-ci s'est affaissée partiellement pour s'engager dans la cavité du petit bassin, et, de fait, la malade me raconte que depuis quelques jours son ventre a diminué de volume et que la tumeur se montre à la vulve.

Portant de suite mon attention de ce côté, je remarque qu'en effet cette femme est en train d'accoucher d'une énorme tumeur fibreuse, qui, à cette heure, remplit tout le vagin et présente les dimensions d'une tête de fœtus à terme. L'enclavement dans le bassin est si complet, qu'il est impossible de pénétrer, avec le doigt, vers les parties profondes, à plus forte raison d'atteindre le col et de déterminer le point d'implantation du néoplasme. Celui-ci est grisâtre à sa surface et paraît sphacélé ; une portion, grosse comme une noix, s'en est détachée spontanément et ne tient au reste de la tumeur que par quelques filaments ramollis. La vulve laisse écouler un liquide brunâtre, d'une odeur nauséabonde.

Quant à l'état général, il est des plus sérieux ; la température est à 40 degrés ; le facies profondément altéré, le ventre douloureux au toucher ; nul doute que cette femme ne soit sous le coup d'une septicémie ou d'une péritonite imminente par suite du sphacèle de sa tumeur et de la rétention des sécrétions utérines.

En conséquence, je me décide à intervenir séance tenante dans le but d'enlever, sinon la totalité, du moins la plus grande partie du corps fibreux, et de me créer une voie suffisante pour faire des injections détersives dans la matrice. Après chloroformisation préalable et ablation de la partie procidente de la tumeur, j'aborde la portion intra-vaginale de celle-ci et me sers, pour la morceler, de l'écraseur linéaire, de façon à éviter toute possibilité d'hémorragie ; mais voyant qu'aucun écoulement de sang ne s'opère sur les surfaces de section et que les parties enlevées sont totalement sphacélées, j'emploie purement et simplement des ciseaux de trousse, ce qui me permet d'accélérer la manœuvre. J'enlève ainsi cinq à six tranches, grosses chacune comme un œuf de poule environ, et je finis par arriver jusqu'au niveau du cul-de-sac postérieur, d'où s'écoule une quantité considérable de pus et de liquide sanieux ; la tumeur se trouve de cette façon abaissée au niveau du col utérin. A ce moment je constate qu'elle ne présente, à proprement parler, pas de pédicule et qu'elle se continue sans ligne de démarcation avec la lèvre postérieure du col et la paroi correspondante du corps de l'utérus. Il est impossible de lui imprimer aucun mouvement, et ni la torsion ni l'arrachement ne peuvent être mis en question. La lèvre antérieure est intacte, presque effacée, et le doigt pénètre jusque dans la cavité utérine. Le sphacèle est limité à la portion vaginale de la tumeur, ainsi que le démontre l'écoulement de sang qui se fait, dès que j'essaie de pousser plus loin le morcellement.

Comme, d'autre part, l'opération dure déjà depuis deux heures, pendant lesquelles la chloroformisation a été maintenue complète, je crois prudent de m'arrêter après avoir introduit une sonde en caoutchouc rouge jusque dans la matrice et fait une large irrigation avec une solution de chloral au 1/100. La malade est rapportée dans son lit et réchauffée. Comme traitement, je prescris des injections utérines et vaginales faites avec le même liquide et répétées toutes les deux heures. Le soir, température 39°,4. Injection hypodermique de morphine.

6 octobre. — Le lendemain, état relativement satisfaisant ; les injections sont continuées.

Les jours suivants, l'écoulement vaginal est toujours abondant, mais devient progressivement moins fétide. La température, néanmoins, reste élevée le soir (39 degrés), tandis qu'elle s'abaisse considérablement le matin (37 degrés). Ces grandes oscillations ne laissent pas que de m'inquiéter et j'ordonne du sulfate de quinine à forte dose, ainsi que du champagne frappé. Comme de plus les vomissements et les douleurs abdominales persistent, j'y joins la potion de Rivière et des onctions sur le ventre avec l'onguent belladoné.

Grâce à ces divers moyens, j'arrive à maintenir la malade, pendant les quinze jours suivants, dans un état satisfaisant ; la température seule me donne encore quelques inquiétudes : elle oscille tous les soirs entre 39 et 40 degrés.

Le 22 octobre, je m'aperçois qu'une portion nouvelle de la tumeur a franchi le col et qu'elle s'est sphacélée comme la première fois ; en conséquence, je procède, mais sans anesthésie préalable, à une opération complémentaire destinée à observer derechef les parties qui se sont engagées dans le vagin. J'enlève ainsi un fragment de néoplasme gros comme le poing, et je m'arrête dès que j'arrive dans les tissus vivants. La cavité utérine est de nouveau facilement accessible, et les injections sont reprises avec la même solution antiseptique. A partir de ce moment, l'écoulement vaginal devient moins abondant et la santé générale s'améliore à vue d'œil, bien que la température reste encore notablement élevée le soir. Le ventre est très diminué de volume et le globe utérin n'est plus senti qu'à peu de distance du pubis.

7 novembre. — Les règles, qui depuis deux mois ne s'étaient pas montrées, apparaissent sans douleur et avec leur abondance normale ; elles me forcent à suspendre provisoirement les injections détersives intra-utérines.

9 novembre. — Ces injections ayant été reprises trop tôt, le flux menstruel, qui avait complètement cessé, reparaît avec une grande intensité, s'accompagnant de douleurs abdominales vives, de fièvre (40 degrés) et d'une inappétence complète. Une injection de morphine arrête ces accidents et dès le lendemain la température est redescendue à 37°,5.

Les lavages utérins ne sont repris d'une façon régulière que le 14 novembre, afin d'éviter tout nouvel écoulement sanguin ; l'état général, à ce moment, est des plus satisfaisants et la malade commence à se lever ; il se fait encore un léger écoulement vaginal, mais il est à peu près inodore et tout danger paraît écarté.

Vers le milieu du mois de décembre, la santé de cette femme est devenue si bonne, que je lui accorde son exeat qu'elle me réclame instamment. Au moment de son départ, je constate que la lèvre postérieure du col est encore assez grosse et épaisse de trois travers de doigt environ ; elle est mamelonnée et indurée, tandis

que la lèvre antérieure est souple et revenue sur elle-même; l'orifice du col, quoique déformé, s'est reconstitué.

Le ventre est plat et presque normal; on ne sent plus la matrice qu'immédiatement au-dessus du pubis. Bref, il persiste encore des signes d'hypertrophie utérine; mais comme cette femme approche de la ménopause, tout me fait espérer une guérison définitive et radicale.

J'ai reçu récemment de ses nouvelles; la guérison ne s'est pas démentie.

M. le docteur Schwartz, chirurgien des hôpitaux de Paris, a bien voulu me communiquer une observation analogue à la précédente, que je crois devoir reproduire ci-après; moins heureux que moi, il a eu affaire à une femme qui était déjà en pleine septicémie quand elle est entrée dans son service, et qui a succombé malgré le traitement identique qui a été employé.

Obs. II. — Mme L... A..., âgée de quarante-huit ans, entre le 27 août 1883 à la Maison municipale de santé pour se faire débarrasser d'une tumeur gangrenée qui lui pend depuis vingt-trois jours hors du vagin entre les cuisses.

Le ventre avait grossi depuis quelques années; la femme perdait beaucoup au moment de ses règles et entre les époques cataméniales. La tumeur se présentait sous forme d'une masse gris noirâtre, multilobée, de la grosseur du poing, répandant une horrible odeur; elle se prolongeait dans le vagin par une masse qui remplissait et distendait ce canal, et elle donnait lieu à l'écoulement d'un ichor fétide. La palpation du ventre nous fait sentir l'utérus très volumineux, bombé, remontant jusqu'à l'ombilic. L'expulsion de la tumeur avait été provoquée par de véritables douleurs, semblables à celles d'un accouchement; elles ont débuté il y a trois ou quatre jours et durent encore.

L'état général est profondément atteint; la femme est anémiée au plus haut degré et présente une cachexie très avancée, marquée par une teinte jaunâtre et un amaigrissement rapide. A son entrée, nous ne constatons qu'un peu de fièvre (38 degrés le soir), quoique le pouls soit rapide et petit.

Le diagnostic s'impose: il s'agit d'une masse fibreuse expulsée par l'utérus et sphacélée en grande partie. Il est confirmé par le toucher rectal, car le doigt a beaucoup de peine à pénétrer dans le vagin; à plus forte raison est-il impossible de sentir le col de l'utérus.

27 *août*. — Pour me faire du jour, j'enlève immédiatement, après de grands lavages désinfectants à la solution boriquée au 1/50, à l'aide des ciseaux et de la chaîne de l'écraseur, tout ce que je puis atteindre; je pénètre dans le vagin; malgré cela, il est impossible de sentir le col utérin.

28 *août*. — Le lendemain on retrouve une nouvelle masse, aussi volumineuse que la première entre les cuisses de la malade; on l'enlève aussi loin que l'on peut, avec la chaîne d'écraseur, sans pouvoir encore atteindre le col ou l'insertion du pédicule.

Le vagin est désinfecté, depuis l'entrée de la malade, par des injections boriquées au 1/50, alternant avec des injections d'une solution au 1/1000 de permanganate de potasse.

On donne du sulfate de quinine à l'intérieur, à la dose de 1 gramme par jour.

1er *septembre*. — J'entreprends d'enlever toute la masse qui reste encore. La tumeur abdominale bien moins volumineuse qu'au début étant fortement déprimée par un aide, j'engage la chaîne de l'écraseur le plus haut possible; j'arrive jusqu'au niveau du col et j'enlève encore une bonne portion de tumeur, grosse comme une tête de fœtus. Cela ne s'est pas passé sans un certain tiraillement de l'utérus.

Les jours suivants, phénomènes de cystite devenue rapidement purulente, élévation de la température (39 à 40 degrés le soir), frissons, dépression.

3 *septembre*. — J'enlève, le 3 septembre, une dernière portion de polype qui proémine dans le vagin; lavage de la cavité utérine et du vagin comme ci-dessus.

Malgré tout, l'état septicémique ne fait qu'empirer et la malade meurt le 9 septembre.

Autopsie. — L'autopsie, pratiquée deux jours après, nous a montré une périmétrite suppurée et une cystite purulente. L'utérus, triplé de volume, est entouré de pus concret; quand on l'ouvre, on trouve un polype implanté au fond de l'organe par un pédicule large comme une pièce de deux francs. La cavité utérine, très profonde, est en partie remplie par ce reste de fibrome dont l'extrémité inférieure est sphacélée. Les divers fragments de la tumeur enlevée pèsent ensemble environ 4 kilos 500 grammes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mars 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

MM. de Ranse (de Néris) et Denis-Dumont (de Caen) se portent candidats au titre de membre correspondant national; M. Édouard Labbé adresse un pli cacheté (accepté); M. Boutigny (d'Évreux) annonce la mort de son père.

Chromidrose. — **M. Leroy de Méricourt**, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques considérations sur un cas de chromidrose rose dont est atteint un jeune collégien que M. Bergeron a soumis à l'examen de ses collègues mardi dernier à la Bibliothèque.

M. Leroy de Méricourt, rappelant la lutte qu'il eut à soutenir de 1857 à 1864 pour établir la réalité, à titre de phénomène pathologique, de la transsudation des matières colorantes à travers la peau, et la promesse qu'il s'était faite à lui-même de n'en plus parler, explique comment il vient aujourd'hui entretenir l'Académie sur ce sujet à l'occasion du jeune garçon soumis mardi dernier, à la Bibliothèque, à l'examen des assistants par M. Bergeron et sur la prière de son collègue.

M. Leroy de Méricourt, grâce à l'obligeance de M. Bergeron, a pu voir il y a une quinzaine de jours le sujet en question, un jeune collégien de douze ans, présentant une transsudation de matières colorantes roses à la région sous-maxillaire droite et s'étendant à une partie du cou. Ce jour-là la tache était à peine visible; mais, l'ayant revu mardi dernier, il a pu constater que la région indiquée était vivement colorée en rose sur une large surface, la teinte était surtout intense au niveau de la saillie du muscle sterno-mastoïdien. Le col de la chemise de l'enfant était aussi, dans la portion en rapport avec la peau, fortement coloré en rose. L'examen à la loupe fit remarquer, dans les endroits où la teinte était accusée, des grains rouges engagés entre les lames de l'épiderme.

Ayant raclé légèrement une petite partie de la peau ainsi teintée, ce produit mis sous le microscope, M. Leroy de Méricourt reconnut des lamelles épidermiques chargées de fines granulations roses. Dans cet examen rapide, il ne reconnut rien qui lui rappelât les cas de chromidrose qu'il avait étudiés. Le lendemain, un examen plus attentif fit voir à la périphérie un assez grand nombre de parcelles irrégulières, caractéristiques des chromidroses, mais colorées en bleu.

M. Leroy de Méricourt réclame, avant de se prononcer sur ce fait, un double examen attentif, l'un au point de vue chimique, l'autre au point de vue microscopique.

LECTURE

Transfusion péritonéale. — **M. Hayem** lit une note sur ce sujet. En injectant du sang de chien dans le péritoine du chevreau il a trouvé un procédé qui fournit la preuve directe de l'absorption du sang en nature par la grande séreuse abdominale. Quelques heures après l'opération, on peut en effet constater la présence d'une assez grande proportion de globules rouges de chien dans

les vaisseaux sanguins de la circulation générale du chevreau. Au moment où l'absorption du sang injecté est en pleine activité, le canal thoracique du chevreau tranfusé charrie de nombreuses hématies de sang de chien. Les voies lymphatiques prennent donc une part active à l'absorption des éléments figurés du sang; mais elles ne représentent peut-être pas la seule porte d'entrée des hématies dans le système circulatoire. M. Hayem se propose de faire plus tard des expériences qui auront pour but de déterminer le rôle que les vaisseaux sanguins jouent dans l'absorption du sang. Dès à présent on peut affirmer que la transfusion péritonéale équivaut à une transfusion intra-vasculaire faite avec une extrême lenteur.

(Le travail de M. Hayem est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Vulpian, Bouley et Colin.)

Les granulations moléculaires et le virus rabique. — M. BÉCHAMP fait une communication sur ce sujet. En résumé, dit-il, M. Pasteur reconnaît aujourd'hui, dans un cas particulier, que les granulations moléculaires d'une ténuité extrême sont bien des microzymas et qu'elles sont capables de morbidité et de virulence sans changer morphologiquement.

Locomobilité du cerveau suivant les différentes attitudes du corps. — M. LUYS fait sur ce sujet une communication qui peut être résumée en ces termes :

La masse cérébrale incluse dans la cavité crânienne est entourée d'un espace vide qui lui permet de se déplacer suivant les différentes attitudes du corps, et d'obéir ainsi aux lois de la pesanteur.

Elle est apte à subir des mouvements variés, que lui impriment la systole cardiaque et l'expansion thoracique.

Quand l'homme est dans le décubitus dorsal, la masse cérébrale est refoulée en arrière ; et l'espace vide péricérébral se manifeste en avant des circonvolutions frontales. Dans cette position, ce sont ces mêmes circonvolutions qui occupent la région culminante céphalique.

Quand il est dans la position inverse, le front placé sur un plan horizontal, le cerveau glisse d'avant en arrière; ce sont les régions occipitales qui deviennent culminantes et l'espace vide se révèle au niveau des bosses occipitales correspondantes.

Quand il prend l'attitude verticale, la masse cérébrale obéit toujours aux lois de la pesanteur. Elle quitte son contact avec la paroi osseuse de la voûte; elle s'affaisse sur elle-même, et un espace vide se dessine sous la calotte crânienne.

Enfin, quand l'homme est dans le décubitus latéral, chaque lobe cérébral se mobilise pareillement, le lobe situé inférieurement s'affaisse; le supérieur pèse sur son congénère, en déplaçant légèrement la faux du cerveau. Dans ce cas, ce sont les circonvolutions temporales qui deviennent culminantes, et l'espace vide se note au niveau de ces circonvolutions.

Des expériences variées m'ont permis de constater que le mouvement de glissement de la pulpe cérébrale sous son enveloppe ostéo-fibreuse, s'opère d'une façon automatique, rien que par l'action de la pesanteur, facilité par la lubrifaction de l'arachnoïde dont le rôle de séreuse se trouve ainsi naturellement expliqué; que son amplitude était en moyenne de 8 à 9 millimètres; qu'il ne s'opérait pas d'une façon brusque et rapide, mais bien d'une façon progressive, de sorte que pour que les parties déplacées reviennent à la situation primitive, j'ai compté environ 5 à 6 minutes.

J'ai constaté enfin que la distension du réseau artériel par une matière coagulante injectée dans les parois ne mettait pas obstacle à ces mouvements de déplacement et n'atténuait pas sensiblement l'espace vide péricérébral.

Cette locomobilité de la masse cérébrale, au point de vue physiologique, doit avoir une influence considérable dans les phénomènes de la vie cérébrale.

Dans la station verticale, le cerveau est en quelque sorte *debout* et alors en s'affaissant sur lui-même, il en résulte un certain degré de plissement des petits vaisseaux des régions comprimées. De là des troubles ischémiques variés, que l'on rencontre chez certains sujets débilités, chez les convalescents, qui, après un décubitus dorsal prolongé, commencent à mettre pied à terre ; de là cet état syncopal désigné sous le nom de coup de chaleur, et qui se développe dans la station verticale trop prolongée et à la suite de marches forcées; de là cet ensemble de troubles lypothymiques variés : éblouissements, vertiges, titubations, perte de connaissance, et qui dépendent tous d'un arrêt survenu dans le réseau circulatoire de la base de l'encéphale.

Cela est si vrai, qu'il suffit dans ces cas d'employer le remède empirique par excellence, d'horizontaliser le sujet, de façon à permettre à l'irrigation sanguine de se faire à plein canal.

Ce déplacement automatique de la masse cérébrale doit avoir encore une influence prépondérante dans la pathogénie de cet état connu sous le nom de *mal de mer*. Les secousses rapides et successives qu'éprouve la masse du cerveau sous l'action du déplacement de sa base de sustentation, doivent contribuer à développer cet état nauséeux spécial qui n'est toujours que secondaire et le contre-coup du malaise cérébral. Il suffit en effet de s'horizontaliser, pour que tous ces désordres sympathiques s'atténuent sensiblement.

La locomobilité du cerveau devra encore, en raison du ballottement rendu possible par le vide de l'espace péricérébral, devenir l'occasion d'une série de secousses multipliées éprouvées pendant la période de l'activité diurne, et déterminera une véritable fatigue *sui generis* analogue à celle que nous éprouvons dans tous nos appareils organiques.

Dans le domaine de la pathologie, la locomobilité cérébrale est encore appelée à jouer un rôle important. Il suffit que, par une cause ou par une autre, une irritation inflammatoire s'empare des méninges et mette obstacle aux opérations de glissement physiologique pour voir apparaître un cortège de symptômes de la plus haute intensité. C'est là vraisemblablement le secret de ces douleurs si aiguës des sujets atteints de méningite, qui redoutent avec tant d'anxiété le plus petit mouvement.

Chez les individus atteints d'affection cardiaque, ou sujets à des congestions fréquentes de l'encéphale, les changements d'attitude, alors qu'ils passent de la station horizontale à la station verticale, amènent ordinairement des étourdissements, des vertiges et même des apoplexies ; c'est dans ces circonstances que l'on constate encore des syncopes avec mort subite (c'est principalement en se levant le matin que ces troubles encéphaliques se manifestent).

Les troubles cérébraux sont moins fréquents le soir lorsque les sujets en question prennent la position horizontale ; cependant quelques-uns accusent pareillement des éblouissements, des vertiges ; ils voient des apparitions et sont pris quelquefois d'accès de terreur involontaire, surtout les jeunes sujets.

On sait encore que certaines attaques d'épilepsie se développent pendant la nuit, et qu'on a pu en modifier l'apparition en tenant les sujets dans l'attitude verticale.

Dans le domaine de la pathologie mentale, il est d'observation constante que les malades agités que l'on peut faire promener, et que l'on tient verticalement assis dans un fauteuil, se montrent moins excités que lorsqu'on les tient au lit horizontalement placés, et qu'un certain nombre d'hallucinés, de déments tranquilles pendant la période diurne, deviennent, une fois couchés, turbulents, et troublent ainsi toute la nuit le repos de leurs voisins par leurs vociférations et leur agitation.

Cette mobilité de la masse cérébrale dans la cavité crânienne devient encore une cause spéciale d'endolorissement par les secousses violentes et répétées qui lui sont transmises.

Ainsi, à chaque mouvement d'expiration il y a un refoulement de l'ondée sanguine veineuse vers les capillaires, si bien que lorsque les mouvements d'expiration se succèdent d'une façon rapide, comme dans la toux, dans la grippe, dans la coqueluche, la masse cérébrale est littéralement projetée de haut en bas et vient s'aplatir sous la calotte crânienne. C'est là le mécanisme de certaines céphalalgies gravatives et de cet endolorissement spécial

du cerveau, qui chez les enfants peut s'accompagner de troubles graves.

D'un autre côté, les ébranlements de cause extérieure, les chocs réitérés d'une longue véhiculation en voiture, les trépidations prolongées d'un trajet en chemin de fer sont encore susceptibles de produire cet état d'endolorissement cérébral qui se manifeste par une fatigue *sui generis*.

Chez les sujets sains et jeunes cet état de fatigue se répare avec facilité par le repos horizontal, et les troubles ne sont que transitoires. Mais pour les individus dont la substance cérébrale a déjà été envahie par des congestions ou des foyers hémorragiques ou des ramollissements, les choses acquièrent un degré de gravité plus ou moins accentué. Ce n'est pas impunément en effet que l'on fait voyager tous les congestifs et les paralytiques. J'ai vu bien souvent les influences nocives que peuvent avoir sur cette catégorie de malades les simples promenades en voiture : obnubilations passagères des facultés, parésies, vertiges avec titubation, et même attaques convulsives.

C'est en raison de ces circonstances qu'au nom de l'hygiène cérébrale bien entendue, je déconseille pour eux d'une façon complète les véhiculations prolongées pendant plus d'une journée ; et que j'insiste, lorsqu'on ne peut faire autrement, pour fractionner la route à suivre en plusieurs étapes, de façon à ménager tous les soirs des périodes suffisantes de repos horizontal.

Traitement spécifique de la diphtérie. — **M. DELTHIL** lit un travail sur un traitement spécifique de la diphtérie. En voici les conclusions :

1° La combustion d'un mélange de goudron de gaz et de térébenthine, dans les proportions de 200 grammes de goudron pour 80 grammes d'essence de térébenthine, renouvelée toutes les deux ou trois heures, suivant la gravité du cas et espacée ensuite suivant l'amélioration produite, est une médication spécifique à employer dans la diphtérie ;

2° Ces fumigations sont dissolvantes des fausses membranes au premier chef, et l'absorption de ces poussières de charbon est parfaitement supportée ;

3° Ces fumigations sont parasiticides ou microbicides ;

4° Au début de l'affection, elles enrayent la maladie ;

5° Quoique l'invasion de l'affection ne date que de quelques jours, elles peuvent encore guérir ;

6° Elles rendent éminemment pratique l'opération de la trachéotomie, quand celle-ci devient la suprême ressource, car elle transforme cette opération de palliation expectante et douteuse qu'elle était dans l'immense majorité des cas, en une opération à but bien déterminé et elles en assurent le succès ;

7° Ces fumigations, outre les avantages qu'elles présentent pour le malade, protègent encore ceux qui les approchent. Par leurs propriétés parasiticides, elles éloignent la contagion, elles peuvent donc servir encore à désinfecter les écoles, les asiles, les établissements publics ;

8° Ces fumigations sont tout à fait inoffensives par elles-mêmes et n'incommodent en rien les personnes qui soignent les malades ;

9° Il est facile d'en régler l'usage et de faire disparaître les inconvénients en produisant cette combustion dans un brûloir qui, tout en permettant le dégagement de la fumée, aplanira toute difficulté.

RAPPORT

Épidémies. — **M. BUCQUOY** termine la lecture du rapport officiel sur les épidémies pendant l'exercice 1883.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce, a, par arrêté du 22 mars 1884, décerné les récompenses ci-après désignées aux personnes dont les noms suivent, qui ont été signalées comme ayant fait le plus grand nombre de vaccinations et ayant le plus contribué à la propagation de la vaccine en France, pendant l'année 1882.

Prix de 1,500 francs partagé entre : M. le docteur Commenge, à Paris, et MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Aubert et Salle.

Médailles d'or : M. le médecin-major de première classe Linon; M. le médecin-major de deuxième classe Carivene; Mmes les sages-femmes veuve Damemme, à Saint-Malo, et Thuillière, à Auch.

Médailles d'argent : MM. les docteurs Alquié, à Canet ; Augé, à Pithiviers ; Bardy, à Belfort; Barrion, à Châtillon-sur-Sèvre ; Bergerat, à Neuilly-le-Réal ; Bernard, à Saint-Just-en-Chaussée ; Bernard, à Cannes ; Besnier (Jules), à Paris ; Blanc, à Avignon ; Blockberger, à Darnétal; Bouzol, au Cheylard ; Bricard, à Luzy ; Carpentier, Méricourt fils, à Paris ; Cauvy, à Nîmes ; Chenet, à Paris ; Coiffier, au Puy ; Courteneuve, à Saint-Claud ; Dugat, à Orange ; Fau, à Figeac ; Forgeot, à Vignory ; Gagey, à Pouilly-en-Auxois ; Gémin, à Chateaubriant ; Huguet, à Vanne ; Imbert, à Mornant ; Jacquart, à Bar-sur-Seine ; Jacques, à Saint-Bonnet; Jeanbernat, à Toulouse; Josset, à Paris ; Lagarde, à Montauban ; Lebault, à Saint-Vit ; Lecoq, à Cany; Léger, à Bazac-sur-l'Isle ; Lelièvre, à Bain; De Lignerolles, au Havre ; Messier, à Badonvillier; Le Royer, à Carrouge ; Panis, à Reims ; Passano, à Bourg-d'Oisans ; Pons-du-Vissac, à Luc; Radou, à Paris ; Rey-Escudier, à Toulon ; Richard (Paul), à Paris ; Roux, à Chinon ; Ruelle, à Paris ; Seraphini, à Vico ; Tertrais, à Château-Gonthier, et Velthen, à Versailles.

MM. les médecins-majors de première classe Famechon et Tachard ; — MM. les médecins aide-majors de première classe Frilet et Lallemant ; — M. Véron, médecin en chef de l'ambulance à Khenchela.

MM. les officiers de santé Lheureux, à Airaines ; Nègre, à Port-Vendres et Sallefranque, à Lagor.

Mmes les sages-femmes veuve Bachelier, à Dieppe ; veuve Beloque, à Pontivy ; Bézard-Lechesne, à Château-Thierry ; Boulanger, à Beuzeville ; Boutiron, à Besse ; Bunoz, à Moutiers ; Burellier, à Roanne ; Cayre, à Tulle ; Cazalas, à Juncalas ; Charlon, à Issoudun ; Charton, à Avallon ; Colas, au Havre ; Cote, à Thoissey ; Dangey (Marie), à Morcenx ; Davin, à Saint-Junien ; Devienne, à Bressuire ; veuve Faure, à Bourganeuf ; Gaillard, à Châteauneuf (Lozère) ; Gaumondie, à Magnac-Bourg ; Guernet, à Caen ; Mindermeyer, à Épinal ; Jonquet, à Châtellerault ; Larré, à Juncalas ; Le Bloaz, à Rostrenen ; Legendre, à Dreux ; Léger, à Charost ; Madec, à Carhaix ; Massol, à Lédergues ; Michot, à Pouzauges ; Miedzychowska, à Castres ; Morin, à Verdun ; Ottaviani, à Auxerre ; Provost, à Saint-Antoine ; veuve Quéva, à Calais ; Raux, à Melun ; Rigault (née Labbé), à Blois ; Sage, à Salignac ; Savary (Julie), à Massat ; Saunier, à Pencey-lès-Forges ; Uhlhorn, à Sedan ; Uzols, à Aurillac ; Vigneron, à Troyes et veuve Werner, à Dôle.

Mmes Béranger, directrice de la salle d'asile, à Angers, et Hanon (Henri), femme de colon, à Souma.

— Par décret, en date du 21 mars 1884, à partir du 1er janvier 1884, le service des archives départementales, communales et hospitalières et le service d'inspection qui s'y rattache sont distraits du ministère de l'intérieur (direction du secrétariat et de la comptabilité) et transférés au ministère de l'instruction publique et des beaux-arts (direction du secrétariat).

— Par arrêté ministériel, en date du 12 mars 1884, MM. les docteurs Bertillon et Chervin sont nommés membres de la commission chargée d'étudier les mesures à prendre pour la création d'un conseil supérieur de statistique.

— Nous annonçons avec le plus vif regret la mort de deux de nos plus honorables et distingués confrères de Paris, M. le docteur Hubert-Valleroux, décédé à l'âge de soixante-quinze ans, et M. le docteur Larcher père, décédé à l'âge de quatre-vingt-deux ans.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont con-

couru en 1884, aura lieu le jeudi 27 mars 1884, à une heure et demie de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance seront rendues publiques les nominations des élèves internes admis à la suite du concours de 1884.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Jourdan, docteur en médecine, docteur ès sciences, est chargé du cours d'histologie (chaire nouvelle).

M. Livon, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie à ladite école, en remplacement de M. Roberty, nommé professeur honoraire.

M. Laget, professeur d'hygiène et de médecine légale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de thérapeutique vacante à ladite école, par suite du décès de M. Seux.

M. Villard, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne vacante à ladite école, par suite du décès de M. Fabre.

— *Faculté des sciences de Paris.* — A dater de samedi prochain, les heures du cours de géologie de M. le professeur Hébert sont modifiées. Les leçons auront lieu à trois heures et demie, le mercredi, le vendredi et le lundi.

— M. le docteur Charpentier, agrégé, commencera le cours d'accouchements spécialement créé pour les élèves sages-femmes, le mardi 1er avril 1884, à midi, dans l'amphithéâtre Laënnec, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15960.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Phlébite rhumatismale. Traitement du morphinisme chronique. — Du bacille de la tuberculose dans l'hémoptysie. — Technique de la recherche des bacilles dans les crachats des phtisiques. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Phlébite rhumatismale.

Bien que la phlébite, depuis qu'elle a été mise par Bouillaud au rang des lésions rhumatismales à côté des endocardites, des endartérites, des péricardites et des pleurésies, n'occupe en réalité relativement à ces diverses localisations qu'un rang très secondaire, il n'en est pas moins intéressant de rechercher quels sont les caractères qui la distinguent, quelle est son évolution ordinaire et à quels titres elle mérite d'être assimilée au groupe des phénomènes secondaires qui relèvent du rhumatisme articulaire.

C'est ce que M. le docteur Stanislas Schmitt s'est proposé dans le travail qu'il vient de publier sous ce titre : *De la phlébite rhumatismale.* La phlébite rhumatismale est un accident pareil à ceux qui surviennent vers les viscères au cours du rhumatisme et se place, quoique avec un moindre degré de fréquence, à côté des lésions de l'appareil cardio-vasculaire. Mais comme ces lésions ainsi que tous les autres accidents que présente souvent le rhumatisme articulaire dans les séreuses viscérales ou dans les viscères, elle n'est parfois qu'une complication, et cette détermination veineuse ne reconnaît pas toujours la même pathogénie.

Sous l'influence du rhumatisme un malade est atteint de phlébite, et cette localisation veineuse coïncide ou alterne avec des arthrites caractéristiques, l'épithète « rhumatismale » lui est applicable. Il en est de même si l'origine spécifique de la maladie est franchement prouvée par une autre manifestation rhumatismale non douteuse, telle qu'une endocardite, un érythème, etc., survenant chez un rhumatisant avéré.

Telles sont les propositions dont la démonstration fait l'objet de ce travail.

Dans les observations, au nombre de dix-sept, que M. Schmitt a réunies dans ce travail, la phlébite est apparue avant, pendant ou après les déterminations articulaires. Mais l'ordre de fréquence a varié pour chacune de ces époques du rhumatisme. L'apparition de la phlébite avant la manifestation articulaire a été rare; elle n'a été notée que deux fois : la première fois chez un jeune homme de vingt-deux ans, ne présentant pas d'antécédents rhumatismaux, qui, à la suite d'un refroidissement, est pris de pleurésie ; puis quinze jours après, d'une phlébite de la veine saphène interne droite (du même côté que la pleurésie), suivie d'un œdème de la jambe et de la cuisse, et au bout d'un mois d'une véritable attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé, accompagné de complications cardiaques, durant à son tour trois semaines. Le deuxième fait a trait à un homme de trente et un ans, qui entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Blachez pour une phlébite double des deux veines crurales avec œdème considérable et mouvement fébrile. Au bout d'un mois environ la fièvre étant tombée et les douleurs crurales et lombo-abdominales ayant presque complètement disparu, les épaules deviennent douloureuses, ainsi que les coudes, et un nouveau mouvement fébrile survient.

Dans quatre observations la phlébite est survenue en pleine fièvre rhumatismale, faisant partie de l'ensemble symptomatique et traduisant l'action rhumatismale au même titre que les arthropathies.

Le cas qui s'est présenté le plus fréquemment est l'apparition de la phlébite au déclin du rhumatisme ou même pendant la convalescence. Ce fait a été noté huit fois. Ce n'est pas toujours dans les formes aiguës que les choses se sont passées ainsi : dans six observations sur huit, on a vu la phlébite apparaître à l'occasion d'un rhumatisme subaigu, quelquefois à son décours.

La phlébite n'est pas toujours identique à elle-même dans son mode d'apparition et dans son évolution ultérieure ; elle se présente sous deux formes qui diffèrent entre elles sur un assez grand nombre de points.

Dans un certain nombre de cas, le rhumatisme articulaire se montrant, la maladie suivant son cours avec ses manifestations sur l'endocarde, le péricarde ou la plèvre, la fièvre devient tout à coup plus vive, le malade accuse des douleurs vives dans les membres, non plus dans les articulations qui se sont au contraire dégagées, mais le long des vaisseaux, en même temps qu'il survient de l'œdème. Cependant les vaisseaux restent perméables ; puis tous les phénomènes s'amendent progressivement. D'autres fois un cordon induré persiste au niveau de la veine, indiquant qu'elle est oblitérée. Après un temps plus ou moins long, la maladie marche vers la guérison. L'ensemble de ces faits constitue un groupe particulier dont le caractère spécial est une forme aiguë des lésions inflammatoires survenues dans les veines au cours du rhumatisme.

Plus fréquemment, au contraire, cette complication arrive tardivement, comme une forme secondaire. L'attaque de rhumatisme avec les complications diverses est terminée, l'action rhumatismale semble épuisée; le malade est entré en convalescence; la température est redevenue normale; c'est alors que survient la phlébite, sans réaction sur l'état général, et ne se révélant que par des signes locaux, présence d'un cordon induré, douloureux à la pression, au niveau de la veine; circulation collatérale se développant dans les veines sous-cutanées; œdème. La maladie est constituée et l'oblitération veineuse est maintenant le seul phénomène qui subsiste.

Des différences nombreuses séparent ces deux formes. Dans le premier cas, la phlébite est comme une des manifestations de la fièvre rhumatismale; dans le second, elle est un accident purement local, dont la marche reste indépendante du rhumatisme.

Cette étude soulève une question importante, celle de savoir s'il est possible de reconnaître et de préciser la nature de la détermination veineuse; s'il existe réellement sous la dépendance du rhumatisme une phlébite spontanée, c'est-à-dire une inflammation primitive de la paroi veineuse; ou bien, si la thrombose est le fait primordial, dont la phlébite serait la conséquence. La lésion, en un mot, est-elle une phlébite ou une thrombose?

D'après les nécropsies très peu nombreuses sur lesquelles M. Schmitt a pu établir la discussion de cette question, il se croit fondé à pouvoir conclure pour certaines formes, les formes aiguës, à l'inflammation de la paroi veineuse. Pour les formes secondaires, on doit, dit-il, se demander si l'état du liquide sanguin dans le rhumatisme ne présenterait pas les conditions plus favorables à la coagulation spontanée, ce qui est rendu probable par les recherches hématologiques faites chez les rhumatisants. Cette coagulation serait favorisée d'ailleurs par des causes mécaniques nombreuses et, d'une façon générale, par la structure même des veines et par le mode de circulation du sang dans leur cavité.

La phlébite est quelquefois accompagnée, à son début, de frissons, de malaises, d'un retour de la fièvre ou de son exacerbation, si elle existe encore. Les signes par lesquels elle révèle sa présence sont: la douleur sur le trajet des veines, ordinairement brusque, souvent très vive, qui atteint vite son maximum et rend tout mouvement du membre impossible, douleur qui paraît ne manquer jamais (elle a été notée dans toutes les observations); la formation d'un cordon induré sur le trajet de la veine; l'œdème, conséquence de l'oblitération veineuse; le développement de la circulation collatérale.

Dans les cas les plus rares (cela n'a eu lieu que deux fois sur les dix-sept observations), l'évolution a été très rapide, la phlébite a disparu en quelques jours. Dans la grande majorité, la marche a été lente. Lorsque l'affection est bénigne, la circulation veineuse collatérale une fois établie, les phénomènes aigus s'atténuent, la maladie semble rester stationnaire pendant un certain temps, puis tous les symptômes disparaissent en ordre inverse de leur apparition, l'œdème persistant le dernier.

Dans des circonstances plus graves, l'œdème persiste, parfois indéfiniment, et la veine est remplacée par un cordon fibreux.

La veine étant oblitérée par un caillot, le trombus peut se désagréger et donner lieu à la mort par embolie pulmonaire. Cette terminaison a eu lieu dans deux cas.

Le diagnostic ne présente quelque difficulté que par rapport à la phlegmatia alba dolens, avec laquelle on a plus d'une fois confondu la phlébite. Devant nous occuper prochainement de cette affection, nous renvoyons pour ce moment l'examen de ce point de diagnostic.

Le traitement repose sur deux indications principales, l'une relative au rhumatisme, l'autre à la phlébite rhumatismale. Nous n'avons pas à nous arrêter ici sur le traitement du rhumatisme. Pour la phlébite, le premier soin doit être d'immobiliser complètement le membre affecté. Pendant la période aiguë, onctions légères et modérées avec un liniment narcotique, fomentations émollientes et cataplasmes. A la deuxième période, recourir à la compression avec de la ouate ou une bande de flanelle, bas élastique dès que le malade pourra marcher.

Traitement du morphinisme chronique (1).

Les différentes méthodes de traitement proposées peuvent être ramenées à deux types: la suppression brusque, la substitution.

La méthode de la suppression brusque ne consiste pas seulement à enlever au malade son poison et à l'abandonner à lui-même. On sait déjà combien elle serait illusoire sans une active surveillance et quels peuvent être ses dangers si elle est trop rigoureusement appliquée. Voici comment procède Levinstein, l'auteur de cette méthode, dans les établissements spéciaux qu'il a créés: On sequestre le malade dans une cellule de l'établissement, on l'isole complètement après s'être assuré qu'il ne cache ni morphine ni seringue, et qu'il n'est porteur d'aucun objet à l'aide duquel il puisse attenter à ses jours. Les cellules elles-mêmes sont aménagées de façon que le malade ne puisse se faire aucun mal. Aussitôt le malade installé, on supprime les piqûres et on combat les symptômes de la morphinisation: la céphalalgie, par les applications froides sur la tête, des sinapismes aux pieds, l'éther et le chloroforme; les vomissements, par l'ingestion de glace, la noix vomique, la strychnine et les opiacés à l'intérieur; enfin la faiblesse, par les toniques, le bouillon, le vin de Porto et le champagne.

Si le malade, malgré cette thérapeutique, tombe dans la torpeur ou dans un collapsus grave, Levinstein a recours à une médication bien plus énergique, les potions ammoniacales, l'électricité, les frictions stimulantes, la fustigations. Enfin Levinstein avoue que le retour aux injections est quelquefois le seul moyen d'arracher le malade à un coma rapidement mortel, triste témoignage du peu de certitude de l'efficacité de la méthode.

Il est toutefois une catégorie de malades chez lesquels la suppression brusque est dépourvue des graves inconvénients que l'on connaît, et par conséquent applicable et le plus souvent efficace; ces malades ce sont les aliénés qui ont à la fois une singulière tolérance pour la morphine à hautes doses et une sorte d'immunité à l'égard de la démorphinisation. M. Daniel Jouet rapporte à l'appui trois observations curieuses à cet égard, qui lui ont été communiquées par M. Paul Moreau.

La méthode de substitution, ou méthode de Burkart, présente aux yeux de M. D. Jouet un grand avantage sur celle de Levinstein, c'est d'éviter tous les phénomènes si graves de la suppression brusque. Voici en quoi elle consiste:

(1) Voir la Revue clinique du 22 mars.

On commence par supprimer une ou deux piqûres par jour, suivant le nombre auquel le malade était soumis, et l'on remplace chaque piqûre par une petite dose d'opium à l'intérieur. Dès les premiers jours on peut considérablement diminuer le nombre des piqûres parce que le malade est encore saturé de morphine. Mais après les premiers jours on diminue bien moins sensiblement, toujours en remplaçant par les opiacés, jusqu'à suppression de la dernière piqûre. Il ne s'agit plus alors que de supprimer en quelques jours l'opium, ce qui est plus facile.

Il est un dernier adjuvant de ces deux méthodes, qui compte d'excellents résultats, c'est l'hydrothérapie, consistant surtout en douches générales de vingt-cinq à trente secondes, à la température de 12 degrés.

Le traitement prophylactique mérite aussi que nous nous y arrêtions un instant. On n'en est plus à s'apercevoir aujourd'hui de l'extrême danger qu'il y a à confier à des personnes étrangères à l'exercice de la médecine la pratique des injections morphinées, à plus forte raison de la confier aux malades eux-mêmes. Beaucoup de médecins n'ont pas tardé à revenir sur la facilité avec laquelle il leur est arrivé, avant d'avoir été éclairés sur les graves inconvénients de la répétition fréquente des injections morphinées, de céder au désir bien naturel de soulager les malades par des injections morphinées, alors qu'il ne s'agissait que de douleurs tolérables que des moyens beaucoup plus simples eussent suffi à calmer. Aussi est-ce devenu un précepte rigoureux aujourd'hui, pour les praticiens, de pratiquer eux-mêmes les injections morphinées et de ne les mettre en usage que lorsqu'il s'agit de combattre des douleurs extrêmement vives et persistantes qui résistent à tout autre mode d'emploi des agents calmants et révulsifs, ou lorsqu'ils se trouvent en présence d'un patient dont les jours sont comptés et dont il faut à tout prix soulager les souffrances intolérables qui empoisonnent leur existence.

Le bacille de la tuberculose dans l'hémoptysie.

Dans l'un des articles d'une précédente Revue, consacré à la recherche du bacille dans les produits d'expectoration, comme signe de tuberculose, nous avons réservé, pour ne point compliquer la question, les faits relatifs à la recherche de ce même bacille dans l'hémoptysie. M. Cochez, dans le travail que nous avons en partie analysé, avait eu garde de négliger ce point, qui a une incontestable importance. Il ne s'agit pas, bien entendu, de l'hémoptysie finale des phtisiques, où cette recherche et ses résultats n'auraient plus aucun intérêt, mais de l'hémoptysie du début, de l'hémoptysie qui annonce ou fait prévoir le développement ultérieur d'une tuberculose dont il n'existe encore à ce moment aucun signe physique appréciable.

Voici le fait qu'il a observé lui-même dans le service de M. Straus à l'hôpital Tenon. Un homme de trente ans entre dans ce service le 3 octobre dernier. Il y avait huit jours qu'il avait été pris de quintes de toux et avait rendu du sang à pleine bouche. Les crachements sanguins n'avaient pas cessé depuis. Avant cette époque il se sentait mal en train depuis quelque temps, il toussait un peu; mais il n'avait pas maigri, l'appétit s'était maintenu; il ne se connaissait point d'antécédents héréditaires, et il avait trois enfants se portant bien. En dehors de quelques râles sous-crépitants à la base du poumon gauche, l'examen le plus minutieux de la poitrine restait absolument négatif. Les produits d'expectoration, moitié purulente, moitié sanglante, examinés par le procédé d'Ehrlich, révéla la présence des bacilles. Quinze jours plus tard, on constata de la submatité au côté droit, des craquements secs, très nets, pendant la toux en avant et en arrière de ce niveau.

Voici une observation analogue empruntée par M. Cochez à la thèse de M. Hugueny, de Nancy :

Un homme de trente-sept ans, alcoolisé, présentant des symptômes dyspeptiques, et ayant des accès fébriles depuis quelque temps, est pris, un matin, à la suite d'une quinte de toux, d'une violente hémoptysie. Il crache environ deux verres de sang rutilant. Les jours suivants il ne rend que des caillots d'un sang très altéré. L'examen de la poitrine ne donne à ce moment aucun signe de tuberculose. On trouve des bacilles à l'examen du sang et des mucosités mêlés. Quinze jours après, on perçoit de la rudesse du murmure respiratoire à droite et quelques râles muqueux au-dessous de la clavicule.

Ces épreuves positives, et qui d'ailleurs demanderaient à être multipliées, ne peuvent avoir leur valeur complète qu'à la condition de la contre-épreuve. Il était donc d'un grand intérêt de constater si l'on trouverait ou non des bacilles dans des cas où l'hémoptysie serait manifestement due à une autre cause que la tuberculose. Voici un fait que M. Cochez tient de M. Huchard :

Une femme de cinquante-deux ans, issue de parents goutteux ou rhumatisants, rhumatisante elle-même, a eu, à l'âge de vingt-quatre ans, une première hémoptysie qui a fait porter à cette époque par plusieurs médecins un pronostic grave. Depuis lors elle a eu une trentaine d'hémoptysies, dont quelques-unes très abondantes. En 1880, elle en a eu une d'une violence extrême. Enfin, dernièrement, il y a quelques mois, elle a eu un dernier crachement de sang.

A trois reprises différentes, M. Cochez, avec le concours de son collègue M. Pennel, a fait un examen minutieux des crachats de cette malade. Dans aucune de leur préparation ils n'ont pu découvrir la présence de bacilles.

Ces faits méritent d'être pris en considération pour la question à l'étude.

Technique de la recherche des bacilles dans les crachats des phtisiques.

Ce n'est pas tout de faire connaître les résultats de la recherche des bacilles de la tuberculose et le parti utile qu'on en peut tirer dans les cas de diagnostic difficile ou obscur; encore est-il bon, pour ceux de nos confrères surtout qui voudraient mettre en œuvre ce moyen complémentaire ou de contrôle d'un diagnostic douteux, de leur faire connaître les procédés techniques de cette recherche. La demande nous en a été faite et elle était très naturelle. Nous nous empressons de satisfaire la curiosité légitime de nos correspondants.

Le premier procédé employé par Koch, l'inventeur de la méthode, consistait à se servir d'une solution concentrée d'une partie de bleu de méthylène dans l'alcool, pour 200 parties d'eau distillée, à laquelle, après avoir agité, on ajoutait 0,2 d'une solution de potasse caustique dans l'eau au dixième. On laissait les préparations baigner dans cette solution pendant vingt-quatre heures. Après ce temps on les retirait, on les lavait et on les replongeait ensuite en les y laissant pendant deux minutes dans une solution concentrée de vésuvine dans l'eau. Puis on séchait la pièce, on l'éclair-

cissait avec une goutte d'essence de girofle et on la fixait sur une lame à l'aide d'une goutte de baume de Canada.

Plongée dans le bleu de méthylène, toute la préparation se colorait en bleu; mais lorsqu'on plaçait cette préparation dans la solution aqueuse de vésuvine, cette matière colorante prenait la place du bleu de méthylène dans tous les éléments de la préparation, à l'exception du bacille de la tuberculose, qui restait coloré en bleu.

Koch a renoncé à ce procédé pour adopter celui d'Ehrlich, qui paraît être aujourd'hui le plus universellement adopté. C'est celui auquel a eu recours M. Cochez, l'auteur des recherches que nous avons résumées. Ehrlich se sert, comme Koch, de deux solutions colorantes, mais il ajoute une opération intermédiaire qui a une grande importance : c'est la décoloration de la préparation par l'acide nitrique au tiers. Le liquide colorant dont il se sert est une solution de fuchsine dans un liquide alcalin; la base alcaline est l'huile d'aniline. Pour préparer la solution, on met dans une éprouvette de l'eau distillée, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'huile d'aniline jusqu'à saturation. On agite le tube de manière à mêler entièrement l'huile à l'eau. On fait passer ensuite cette solution à travers un filtre préalablement mouillé, afin que les gouttelettes d'huile d'aniline qui s'y trouvent en excès ne passent pas au travers du filtre.

D'autre part, on prépare une solution alcoolique concentrée de fuchsine ou de violet de méthyle ou d'une autre couleur d'aniline. On fait passer la solution ainsi obtenue par un filtre.

Les deux solutions sont alors intimement mélangées dans les proportions suivantes :

Solution aqueuse saturée d'huile d'aniline. . .	100
Solution alcoolique saturée de fuchsine ou de violet de méthyle.	11

Pour l'examen des crachats, il faut avoir le soin de choisir toujours les parties purulentes. On en recueille une partie grosse comme une tête d'épingle, avec deux aiguilles, préalablement chauffées à la lampe. Cette particule de crachats est portée entre deux lamelles qu'on fait glisser légèrement l'une sur l'autre. On sépare ensuite ces deux lamelles qui se trouvent recouvertes de la substance à examiner. Celle-ci, desséchée par l'exposition à l'air pendant quelques minutes, est portée au voisinage d'une flamme à une température de 80 à 100 degrés environ. L'albumine est ainsi coagulée. On place alors les lamelles dans un verre de montre contenant le liquide colorant. Le maximum de coloration s'obtient en les laissant douze à vingt-quatre heures. On plonge alors chaque lamelle dans l'acide nitrique au tiers, dans le but d'amener la décoloration de toutes les parties, sauf des bacilles qui retiennent seuls la matière colorante. On a soin d'agiter la lamelle jusqu'à ce que la préparation ait à peu près perdu sa couleur première. On la retire alors, et, pour enlever l'acide nitrique, on la plonge à plusieurs reprises dans une soucoupe contenant de l'eau distillée.

La deuxième opération consiste à colorer le fond de la préparation. Les bacilles, qui, après le lavage de l'acide nitrique, sont restés colorés en violet par la fuchsine, ne pourraient être que difficilement aperçus, étant dans la préparation les seuls éléments qui puissent servir à mettre le microscope au point. Pour éviter cette difficulté, on replonge la lamelle dans une solution aqueuse de vésuvine qui donne un fond brun; la solution aqueuse de bleu de méthylène pourra aussi être employée, mais dans le cas où la première coloration aura été fournie par la fuchsine. Les bacilles apparaîtront alors colorés en rouge sur fond bleu. S'est-on d'abord servi d'une solution de violet, la fuchsine pourra donner la seconde coloration et faire paraître le fond en rouge. On laissera pendant une dizaine de minutes la lamelle dans la deuxième solution colorante.

On procède alors à la dessiccation en approchant la lamelle à différentes reprises, d'une lampe à alcool. Lorsque la dessiccation est complète, on éclaircit la préparation, devenue opaque, avec une goutte d'essence de girofle. La lamelle est alors fixée sur une lame au moyen d'une goutte de baume de Canada.

Ainsi donc, pour résumer les différentes manœuvres de la coloration des bacilles de la tuberculose dans les crachats :

1° Coloration par un séjour d'une demi-heure environ dans la solution d'Ehrlich;

2° Décoloration dans l'acide nitrique au tiers de tous les éléments autres que le bacille;

3° Recoloration de ces éléments dans une solution colorante (vésuvine, fuchsine, bleu de méthylène).

Nous ne donnons pas ces procédés pour simples, nous les donnons pour ce qu'ils paraissent être jusqu'à présent, pour exacts. Puisse-t-on en trouver de plus simples pour l'avenir!

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1884. — Présidence de M. MARC SÉE.

COMMUNICATIONS

L'infection purulente dans les hôpitaux. — M. DESPRÉS a dit dans la dernière séance, en rapportant son observation de ligature de la fémorale, que l'infection purulente continuait à se montrer dans les hôpitaux. Il est prêt à en citer un certain nombre d'exemples qui ont été publiés dans les journaux périodiques.

M. TRÉLAT dit que l'infection purulente reparaît dans les services hospitaliers quand il y a eu quelque négligence et que, pour une raison ou pour une autre, on s'est écarté des règles de la méthode antiseptique. C'est ainsi qu'il a eu lui-même, dans son service, à l'époque du premier de l'an, un cas de mort par infection purulente. Il a pu dire que ce malade était mort du jour de l'an. En effet, à cette époque où tout le personnel change, il est bien difficile qu'il ne se commette pas quelque oubli ou quelque négligence dans le fonctionnement habituel du service.

M. VERNEUIL a également publié, dans la *Revue de chirurgie*, une observation d'infection purulente survenue à la suite d'une cautérisation au fer rouge du col de l'utérus.

M. DESPRÉS rappelle à M. Verneuil qu'il a été publiéun autre cas d'infection purulente survenue chez un de ses opérés. Il s'agissait d'une ablation partielle de la langue.

Quant à sa propre pratique, M. Després déclare avoir eu, en 1883, trois cas d'infection purulente : le premier, chez une femme atteinte d'une nécrose; le second, dans un cas d'abcès par congestion sur le point de s'ouvrir; le troisième, dans un cas de phlegmon diffus. A cette occasion, M. Després fait observer combien sont devenus rares les phlegmons diffus.

M. BERGER ne partage pas tout à fait l'opinion de M. Després; s'il n'a pas eu d'infections purulentes dans son service à la Charité, il a eu un certain nombre de phlegmons diffus.

M. TRÉLAT fait observer que M. Després a dans son service ce que tous les chirurgiens avaient il y a douze à quinze ans, à savoir des faits de contagion d'infections purulentes. Quiconque négligera de prendre les précautions d'antiseptie dont l'efficacité est

aujourd'hui universellement reconnue, s'exposera à se retrouver dans les conditions où nous étions il y a douze ans.

M. DESPRÉS n'est pas de l'avis de M. Trélat; il pense qu'il en est de l'infection purulente comme de la pneumonie, de la diphtérie, de l'érysipèle, de la fièvre puerpérale, etc., c'est-à-dire qu'elle est susceptible de se montrer avec plus ou moins d'intensité et de fréquence selon les constitutions médicales ou atmosphériques.

M. TRÉLAT répond que les chirurgiens sont désarmés contre la diphtérie et que, par conséquent, ils ne peuvent empêcher cette affection de s'étendre comme elle le fait en ce moment. Mais il n'en est pas de même de la fièvre puerpérale que les accoucheurs combattent ou même préviennent aujourd'hui avec le même succès que les chirurgiens l'infection purulente.

Anévrysme diffus de l'aisselle. — M. HOUZEL (de Boulogne) communique un cas d'anévrysme diffus de l'aisselle pris, chez un enfant de dix ans, pour un abcès, ouvert comme tel et guéri à l'aide d'un tamponnement bien surveillé. (Comm. : M. Tillaux.)

Ligature de l'iliaque externe. — M. KIRMISSON lit un travail sur la ligature de l'iliaque externe pour les anévrysmes inguinaux. (Comm. : MM. Bouilly, Monod et Berger.)

Gastrostomie. — M. TERRILLON communique l'observation d'un homme de soixante et un ans qui depuis le mois de juillet de l'année dernière présentait des phénomènes de dysphagie. A partir du mois de décembre, les liquides seuls purent être introduits dans l'estomac. Ce malade entra au mois de février dans le service de M. Féréol, à la Charité. C'était un homme vigoureux chez lequel l'alimentation, bien qu'insuffisante, se faisait encore. Mais chaque fois qu'il avalait une certaine quantité de liquide, il en passait dans le larynx; de là des accès de suffocation extrêmement pénibles pour le malade. Le doigt introduit dans la gorge percevait une tuméfaction mamelonnée, irrégulière à la partie supérieure de l'œsophage. Il n'y avait pas de ganglions dans le voisinage. Il était impossible d'introduire une sonde dans l'œsophage.

La vie de cet homme était menacée à courte échéance; il n'était pas dans un état de grande faiblesse. Il éprouvait des souffrances atroces et réclamait avec instance une intervention chirurgicale. Dans ces conditions, M. Terrillon se décida à opérer. Il pratiqua l'opération selon les règles formulées par M. Labbé. Arrivé sur l'estomac, il trouva des parois extrêmement minces, si bien qu'il eut quelques doutes et se demanda s'il ne se trouvait pas en présence du colon. Ayant introduit son doigt et senti la petite courbure, il n'y eut plus de doute. Huit points de suture fixèrent la paroi de l'estomac à la paroi abdominale; il fit une ponction et introduisit un tube en caoutchouc rouge. Le malade avait été chloroformé et se trouvait très faible. M. Terrillon injecta aussitôt une potion de Todd par le tube, il fit aussi des injections sous-cutanées d'éther. Le soir, nouvelle injection de lait et d'œufs dans le tube stomacal. Le lendemain, le malade allait bien; pas le moindre symptôme de péritonite; il digérait bien les aliments introduits par la bouche stomacale, mais l'affaiblissement persistait; bientôt survint une hémiplégie, puis le malade tomba dans le coma et succomba cinquante-deux heures après l'opération.

A l'autopsie, on ne trouva aucun signe de péritonite; l'adhérence des parois stomacales à la paroi abdominale était parfaite; la plaie correspondait bien à la partie antérieure de l'estomac, au voisinage du pylore. Il n'y avait rien du côté du cerveau, mais il y avait une néphrite interstitielle. A la paroi supérieure de l'œsophage existait un cancer.

M. BERGER demande à M. Terrillon pourquoi, dans ce cas, il a préféré la gastrostomie à l'œsophagostomie. Il rappelle, en outre, que M. Nicaise a communiqué à la Société plusieurs exemples d'hémiplégie survenue à la suite d'opérations de hernies étranglées, exemples qui, à ce point de vue, présentent une certaine analogie avec le fait de M. Terrillon.

M. TILLAUX ne croit pas qu'il soit difficile de distinguer la paroi stomacale de celle du colon. L'estomac est plat, tandis que le colon présente des bosselures. Il ajoute que la façon dont est représenté l'estomac dans les livres classiques est erronée. Sa direction est beaucoup plus oblique qu'on ne le figure; elle est même parfois verticale et non horizontale comme on le représente à tort, de telle sorte que le cardia et le pylore se trouvent sur la même ligne verticale.

M. DESPRÉS a eu dans son service un malade qui, à la suite de l'absorption d'une certaine quantité de vitriol, a eu un rétrécissement du cardia. Il était sur le point de l'opérer, quand il en a été détourné par l'insuccès de M. Berger. Ce malade étant mort, avant d'en faire l'autopsie, M. Després planta un bistouri au lieu d'élection. Quand il eut ouvert le sujet, il vit que son bistouri avait pénétré dans le gros intestin qui recouvrait entièrement l'estomac. Les parois abdominales étant relevées en tablier, on ne voyait nullement l'estomac dont les parois étaient aplaties l'une contre l'autre.

M. TERRILLON répond à M. Berger que l'œsophagostomie, dans ce cas particulier, aurait présenté de grandes difficultés à cause du siège de la tumeur et du cou extrêmement court du malade. La gastrostomie a été, au contraire, très facile.

Tumeur du corps thyroïde. — M. BERGER présente une malade atteinte d'une tumeur du corps thyroïde d'un diagnostic difficile. Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans qui porte au côté droit du cou une tuméfaction assez considérable; elle présente en outre une exophtalmie unilatérale du côté correspondant; elle ne voit presque plus de l'œil de ce côté; la narine, de ce même côté, est obstruée.

Il ne s'agit pas là d'un goitre exophtalmique.

L'exophtalmie est-elle due à une tumeur intra-orbitaire secondaire? Mais la tumeur du cou ne présente pas les caractères d'une tumeur maligne. S'agit-il d'un lymphadénome? Cela n'est pas probable, puisque le début de la tumeur remonte à quinze ans. M. Berger a déjà eu l'occasion d'observer un cas analogue : il s'agissait d'un goitre médian avec une exophtalmie double ayant entraîné la perte complète de la vision. Faut-il intervenir dans le cas actuel? M. Berger consulte ses collègues.

M. RICHELOT pense que l'exophtalmie étant unilatérale et du même côté que la tumeur du cou, il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas là d'une forme de la maladie de Graves. Il est probable toutefois que l'exophtalmie est la conséquence directe du goitre. Dans ces conditions, M. Richelot croit qu'il n'y a pas lieu de reculer devant l'intervention chirurgicale qui lui paraît, dans ce cas, pleinement justifiée.

M. TILLAUX croit aussi à l'influence directe du goitre sur l'exophtalmie. Il rappelle le résultat merveilleux obtenu chez un malade qu'il a opéré et qui, dès le lendemain de l'opération, n'avait plus d'exophtalmie. Il n'hésiterait donc pas, quant à lui, à proposer l'opération dans le cas de M. Berger.

M. MARC SÉE fait observer que, dans tous les cas de goitre exophtalmique, ce n'est pas toujours le goitre qui produit l'exophtalmie. Il y a une même cause produisant les deux symptômes. On a vu, dans certains cas, ces symptômes disparaître sous l'influence d'un traitement tonique, par l'hydrothérapie, le fer, le quinquina, etc., et les malades guérir sans opération.

M. CHAUVEL est disposé à admettre, chez la malade de M. Berger, l'existence dans l'orbite d'une tumeur secondaire, à cause des mouvements limités du globe oculaire et de l'obstruction des fosses nasales.

M. BERGER croit qu'il faut bien distinguer le goitre exophtalmique du goitre avec exophtalmie. Dans le cas présent, il pense plutôt avoir affaire à une tumeur thyroïdienne primitive avec des tumeurs secondaires. On sait qu'il y a des hypertrophies thyroïdiennes qui peuvent se généraliser.

M. RICHELOT, même dans l'hypothèse d'une tumeur secondaire, est partisan de l'opération. Le pis qui puisse arriver, c'est qu'elle soit inutile ; mais elle n'est nullement dangereuse et il se pourrait faire qu'elle procurât une guérison radicale.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, publiée sous les auspices de l'administration de l'Assistance publique (1).

Par Léon BRIÈLE, archiviste de l'Administration.

IV

En 1671, on laissait entrer dans la cour de l'Hôtel-Dieu tous les gens qui étaient sans ouvrage; c'était là que les religieuses venaient chercher le personnel nécessaire pour faire les gros ouvrages de la maison : comme on n'avait pas d'argent à leur donner, ils étaient payés en pain, vin et viande qui leur étaient donnés, paraît-il, en abondance; si bien que tous ces fainéants qui ordinairement étaient vagabonds et voleurs faisaient ripaille au détriment des pauvres malades et mettaient le désordre partout. Ces vauriens devinrent si insolents et si audacieux qu'ils en arrivèrent à poursuivre les religieuses jusque dans les salles au moment de la distribution de la nourriture dont ils s'emparaient de force. Il fallut, en 1679, avoir recours à la force armée pour mettre à la raison cette bande de pillards. Si maintenant nous nous représentons par la pensée « six » grandes personnes couchées dans le même lit et « dix » quand c'étaient des enfants, on peut se faire une idée de l'encombrement qui devait exister et du désordre qui devait régner. L'hôpital Saint-Louis regorgeait lui-même de malades et des scorbutiques y étaient « couchés deux à deux », si bien qu'en 1681 on en comptait jusqu'à 900. Il y avait un tel désarroi dans l'administration que des élèves purent emporter, pour le disséquer, le corps d'un malheureux qui vivait encore et qu'ils abandonnèrent dans la rue quand ils se furent aperçus du fait.

Cependant ce fut en cette même année, 1681, qu'un grand progrès thérapeutique eut lieu à l'Hôtel-Dieu : ce fut l'autorisation de donner le quinquina aux malades atteints de fièvres intermittentes.

En 1683, des dons très importants ayant été faits à l'Hôtel-Dieu, le bureau prend la détermination d'agrandir l'hôpital en prolongeant les bâtiments qui existaient déjà sur la rue de la Bucherie, jusqu'au Petit-Pont. Le Petit-Châtelet, qui se trouvait précisément à cet endroit, formait obstacle à ces projets ; il fut demandé au roi, qui l'accorda gracieusement.

Malheureusement il va nous falloir attendre longtemps et subir de bien tristes années avant d'assister à la réalisation de ces projets.

En 1686, on se trouve en présence d'une épidémie terrible de scorbut : l'Hôtel-Dieu, dont les finances s'épuisent, décide de vendre son argenterie à la Monnaie; l'Hôpital Général et Saint-Louis regorgent de malades; l'air y est tellement empesté qu'on fait des ventouses aux fenêtres; des cheminées sont installées afin de faire du feu et purifier l'air.

En 1692, un nouveau fléau menace de s'abattre sur l'Hôtel-Dieu où deux malades sont atteints de la lèpre. Heureusement qu'un isolement sérieux empêcha la contagion de se faire.

Le scorbut continuant toujours ses ravages, l'encombrement est à son comble. Dans les mois de janvier et février 1794, on compte jusqu'à 3,867 et 3,985 malades qui sont couchés jusqu'à « huit » dans le même lit. On décide alors que tous ceux qui viendront de la campagne seront dirigés sur Saint-Louis afin de soulager l'Hôtel-Dieu qui, malgré la vente de son argenterie, ne peut plus arriver à payer ses créanciers. Ne sachant sur quoi faire des économies, il est décidé que les rations des malades seront diminuées et qu'il n'y aura plus de « poulet rôti ». Vers la fin de l'année, l'état sanitaire de Paris s'améliorant, l'Hôtel-Dieu se trouva un peu moins surchargé; l'hôpital Saint-Louis fut fermé et le reste des malades évacué sur la maison mère. Les années 1695, 1696 et 1697 dénotent une grande amélioration dans la santé publique; mais, dès 1698, le nombre des malades augmente malgré l'absence d'épidémie, les chiffres de 2,500, 2,600 sont ordinaires et se maintiennent jusqu'en 1709, qui fut une année terrible et dont nous parlerons dans quelques instants.

En attendant, qu'il nous soit permis de faire quelques pas en arrière et de rappeler un nom illustre dans la vieille chirurgie française : le nom de « Petit ». En 1654, nous avons vu sa nomination comme maître chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ce qui supposait déjà une longue pratique hospitalière tant comme compagnon externe que premier compagnon. En 1699, nous retrouvons son nom dans les délibérations du bureau, mais c'est pour lui donner un successeur, lequel, disons-le tout de suite, fut « Mery ».

En récompense de tant d'années de dévouement aux pauvres, il lui est accordé, pendant toute sa vie, la continuation de son traitement, son logement et sa nourriture. Cette décision fut bien heureuse pour lui, car sa vieillesse eût été bien misérable. En 1705 la saisie est mise chez lui, on veut lui enlever son traitement au profit de ses créanciers ; mais les membres du bureau s'y opposent en disant que les sommes qui sont payées à Petit sont, non pas un traitement susceptible d'être saisi, mais une bienveillance de l'Hôtel-Dieu à son égard en récompense de plus de soixante années de dévouement aux pauvres. Il est en outre décidé qu'après sa mort son corps sera inhumé dans l'église de l'Hôtel-Dieu, ce qui eut lieu en 1708.

En 1702, « Tournefort », le célèbre professeur de botanique au Jardin royal des Plantes, est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu.

En 1703, nous trouvons une délibération fort intéressante nous faisant connaître d'une façon exacte la composition du personnel de l'hôpital et le nombre des salles occupées par des malades. Quoique l'énumération en soit un peu longue, il n'est pas sans intérêt de la donner.

« 1 maître au spirituel; 8 chapelains du chœur ; 10 chapelains des malades; 1 sacristain; 2 garçons pour le service des ecclésiastiques; 41 religieuses; 17 filles de chambre ; 1 greffier du bureau; 1 inspecteur; 1 pannetier; 1 dépensier; 1 huissier du bureau; 1 officier ambulant; 1 sommelier; 1 réfectorier; 1 tonnelier; 6 médecins; 1 chirurgien; 2 topiques; 1 premier compagnon chirurgien gagnant maîtrise; 12 compagnons chirurgiens ordinaires; 8 commissionnaires ; 2 enfants-trouvés chirurgiens; 1 premier garçon apothicaire gagnant maîtrise; 2 autres garçons apothicaires; 1 enfant-trouvé apothicaire »; 2 garçons de l'office de l'apothicaire; 2 garçons de greniers; 5 boulangers; 2 menuisiers; 2 portiers; 1 suisse; 2 portiers de l'église; 1 petit portier; 12 emballeurs; 1 sonnetier; 2 cordonniers; 3 garçons à la salle « Saint-Cosme »; 3 à la salle du « Rosaire »; 4 à la salle « Saint-Charles »; 1 portier de la cloison Saint-Charles; 1 garçon à la salle « Saint-François »; 1 garçon à la salle « Saint-Yves » 2 garçons à l'office aux chemises; 4 garçons à la salle « Saint-Paul »; 1 garçon des opérations; 1 garçon à la salle « Saint-Louis »; 1 à la salle « Saint-Landry »; 1 garçon à la salle des « accouchées »; 1 à la salle « Sainte-Reyne »; 1 grand et un petit chiffonnier; 1 sandallier; 13 garçons de l'infirmerie et de la lavanderie; 1 maîtresse sage-femme et 4 apprenties; 1 servante de la sage-femme; 8 nourrices; 1 portière de la salle des accouchées; 14 filles aux salles Saint-Louis, Saint-Landry, Sainte-Reyne, « Sainte-Martine, Saint-Jean »; 1 portière à la salle Saint-Jean; 1 fille à la salle « Sainte Vierge »; 2 nourrices à cette salle; 9 filles aux salles « Saint-Augustin, Sainte-Geneviève, du Légat »; 1 chiffonnière; 1 visiteuse; 2 filles de l'essuiement; 2 filles de la cuisine. »

Si maintenant nous rappelons que la population des malades en temps ordinaire ne dépassait guère 2,000 personnes, nous voyons qu'elles se trouvaient réparties en 16 salles nécessitant un personnel de « 251 » personnes, tout compris. Malheureusement, dans ce chiffre respectable, le personnel médical proprement dit compte pour bien peu, puisque nous ne mentionnons que 6 médecins, 1 chirurgien, 1 gagnant maîtrise et 12 compagnons. C'était vraiment bien peu, et l'on ne s'étonne plus de l'embarras du bureau dans les temps d'épidémie où le nombre des malades s'élevait jusqu'à 4,000 : or les épidémies, à cette époque, n'étaient pas rares.

(1) Voir le numéro du 23 février 1884.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 mars 1884, M. le docteur Doumic, ancien médecin sanitaire, ancien médecin de la Maison centrale de Poissy, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 27 mars, M. le docteur Raymond Tripier est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Par décret, en date du 27 mars, M. le docteur Gaultier de Laferrière a été promu au grade de médecin principal dans le corps de santé de la marine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fontan, médecin à Essey-et-Mézerais (Meurthe-et-Moselle), et celle du docteur Rigaut de Chaumont (Haute-Marne). Henri Rigaut avait soutenu sa thèse à Paris, en 1879, sur les *Propriétés anesthésiques de l'acide phénique dans les affections prurigineuses* (voir *Gazette des hôpitaux*, 1879, p. 895).

— *Muséum.* — M. le professeur Georges Ville ouvrira le cours de physique végétale, le lundi 31 mars 1884, à trois heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

— MM. les maires de Tergnier (Aisne), de Brézolles (Eure-et-Loir), de Laboissière (Oise) et de Montmirail (Sarthe) demandent un médecin pour leur commune.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15971.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital des Enfants-Malades. De la chorée de moyenne intensité. — Hôtel-Dieu de Lyon. Éthérisation par la voie rectale. — Hôpital Saint-Léon de Nancy. Du sphacèle des fibromyômes utérins. — Société médicale des Hôpitaux. — Thèses. — Nécrologie. — Nouvelles.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Rendu.

De la chorée de moyenne intensité.

La présence dans les salles de deux enfants atteints de chorée nous paraît opportun pour vous parler de cette affection ou du moins pour vous en tracer les traits principaux.

La première est une grande fillette couchée au nº 3 de la salle Sainte-Geneviève, entrée ici le 29 octobre de l'année dernière et aujourd'hui à peu près guérie. A son arrivée à l'hôpital, la maladie datait déjà de deux mois. L'enfant n'avait jamais eu de rhumatisme extérieur et le début de l'affection n'avait été précédé d'aucune émotion violente. — La chorée a suivi une évolution régulière.

La seconde malade est âgée de douze ans, elle est couchée au nº 24. Elle est entrée hier à l'hôpital. Elle n'a non plus aucun antécédent héréditaire, aucun antécédent nerveux personnel. Elle a eu par centre presque toutes les maladies de l'enfance : scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, coqueluche, etc. Néanmoins elle a conservé une bonne santé jusqu'au mois de novembre dernier.

A cette époque elle a commencé à éprouver quelques malaises, des douleurs vagues dans les membres, douleurs erratiques, non articulaires, une fatigue générale, sorte de prodromes qui ont duré une quinzaine de jours.

M. Henri Roger a professé que le rhumatisme était la condition primitive et indispensable, pour ainsi dire, de la chorée. Dans bien des cas, ceci est parfaitement vrai et je suis tout le premier à le reconnaître, mais parfois aussi ces douleurs vagues, analogues à celles de notre petite malade, n'ont aucun caractère rhumatismal, et sont, au contraire, les manifestations périphériques d'un état nerveux central. Cette enfant a eu des douleurs parce qu'elle était déjà sous l'influence de la chorée. Du reste, voici son histoire : Vers la mi-novembre, elle a éprouvé une vive émotion en voyant ramener de l'hôpital un de ses petits frères mourant d'une méningite tuberculeuse. C'est à cette émotion que sa mère rattache le début de la maladie. Pour moi, le mal était déjà en voie d'évolution, les douleurs vagues et erratiques dont je vous parlais tout à l'heure existant déjà à cette époque depuis une douzaine de jours, et l'émotion n'a été que la cause déterminante.

Dès ce moment la maladie a éclaté brusquement et a présenté deux étapes bien marquées : une première, qui s'étend depuis le mois de novembre, époque où elle est entrée à l'hôpital, jusqu'à la fin de décembre où elle est rentrée dans sa famille, non guérie encore, mais très améliorée; une seconde étape, qui a commencé ces jours derniers et l'a ramené hier, ici, pour de nouveaux accidents choréiques.

Voici en quoi ils consistent : Mouvements irréguliers, confus au premier abord, agitation incessante de tout le corps dans son lit, soubresauts, en un mot, c'est l'incoordination personnifiée. En même temps il existe des mouvements de détail qui accusent l'irrégularité aussi du jeu de certains groupes de muscles, voire même de certains groupes de fibres musculaires indépendamment de toute volonté. On trouve aussi chez elle ces mouvements bizarres des doigts que l'on a signalés dans l'athétose.

Lorsqu'on lui commande un mouvement précis, tout d'abord elle saisit d'emblée, brusquement l'objet qu'on lui dit de prendre, puis elle le rejette inconsciemment par un mouvement inverse et le laisse échapper. C'est ainsi que si elle veut porter un objet à sa bouche, la violence avec laquelle s'exécute le mouvement menace de lui briser les dents. Les mouvements de la mastication sont aussi incoordonnés, irréguliers, et beaucoup d'enfants rejettent ainsi hors de la bouche les aliments qu'ils viennent d'y introduire et se mordent la langue dans un mouvement de propulsion involontaire de cet organe.

La marche est irrégulière, titubante, incertaine au premier chef, ressemblant un peu à celle des ataxiques. Les chutes sont fréquentes, non seulement par suite de l'incoordination, mais aussi par affaiblissement des masses musculaires, lequel va quelquefois jusqu'à la paralysie.

Chez notre seconde malade, l'articulation des mots est très troublée, la parole est bizarrement scandée, la première syllabe est prononcée lentement tandis qu'elle semble avaler le reste du mot ou le prononce si faiblement qu'on l'entend à peine.

De plus, chez elle on remarque par moments une sorte d'hébétude générale à laquelle tout à coup succède un air intelligent. Cet aspect idiot est dû au jeu des muscles de la face et à la difficulté de s'énoncer. Souvent ces malades présentent aussi une hébétude vraie, la conception est lente, la mémoire diminuée. Chez notre jeune choréique on observe une émotivité exagérée, spontanée, sans cause. Par contre, on ne constate aucun phénomène du côté de la sen-

sibilité cutanée, ni anesthésie, ni hyperesthésie. Le sommeil est bon et fait cesser toute agitation. L'état général est également bon. Le cœur est normal et le souffle doux que nous avions entendu au niveau des gros vaisseaux tenait absolument à l'anémie.

Tels sont décrits, à grands traits, les principaux phénomènes d'une chorée de moyenne intensité.

La chorée débute le plus souvent graduellement; les prodromes ont une durée variable de trois semaines, un mois, quelquefois même davantage; ils sont représentés par un état étrange, une fatigue générale, des malaises vagues, tels que le malade semble couver quelque chose. Ce sont aussi des troubles psychiques, de la somnolence, de la paresse, un changement dans le caractère de l'enfant, des douleurs vagues, une sorte d'engourdissement dans les membres, des inquiétudes dans les jambes. Déjà l'enfant commence à faire quelques grimaces, il devient maladroit, enfin les phénomènes moteurs s'accentuent et la chorée est parvenue à la période d'état. La maladie débute quelquefois aussi par un état apoplectique, mais alors il ne s'agit plus de la chorée névrose, mais bien de la chorée considérée comme symptomatique de toute autre affection. Ce qui me paraît vrai, c'est que si une émotion violente détermine parfois les accidents choréiques, ceux-ci sont généralement précédés d'un état nerveux préexistant.

La plupart des muscles de la vie organique échappent à l'incoordination; ainsi la déglutition se fait correctement, il n'y a point de constriction de l'œsophage comme dans l'hystérie, pas de sensation de boule, les digestions sont bonnes, sans vomissements, pas de tympanisme ni d'accidents intestinaux. Il existe de ce côté une très grande différence entre les choréiques et les hystériques, où les muscles de la vie organique sont atteints comme ceux de la vie de relation. Les palpitations sont assez fréquentes chez les choréiques, mais il faut tenir compte de ce fait que ceux-ci sont souvent anémiques ou rhumatisants. Elles peuvent tenir aussi à quelque état organique du cœur.

Les phénomènes qui se passent du côté de la vie de relation sont des phénomènes spasmodiques, sans aucune analogie avec de grandes ou de petites convulsions. Ce sont aussi une certaine faiblesse musculaire pouvant aller jusqu'à la paralysie. Ce n'est pas de l'épuisement musculaire et si le travail est nul, c'est par défaut de coordination, c'est par la destruction, par leurs antagonistes, de l'effort accompli par les groupes musculaires. La sensibilité est presque toujours intacte et les troubles sensitifs qui ont été cités appartiennent bien plus à l'hystérie qu'à la chorée véritable, idiopathique. L'anesthésie et l'hyperesthésie ne sont, dans ce cas, que des exceptions.

En somme, la chorée se réduit donc à des troubles dans la coordination des mouvements et à des troubles de l'intelligence souvent prémonitoires. Ces derniers donnent au pronostic un caractère plus sérieux, la maladie pouvant laisser des traces du côté de l'intelligence.

Il y a des chorées certainement très bénignes, partielles, limitées dans certains cas à la face, caractérisées par certaines grimaces qu'au premier abord l'on pourrait confondre avec le tic non douloureux; mais ce qui peut aider à les distinguer l'un de l'autre, c'est que dans le tic ce sont toujours les mêmes muscles qui sont en jeu, tandis que les grimaces de la physionomie sont loin d'être constamment les mêmes.

Je pourrais entrer dans d'autres détails, mais je veux me borner ici aux traits principaux de la théorie de moyenne intensité.

La chorée vraie est assez facile à distinguer de la chorée simulée. Ainsi, dans notre même salle, nous avons une fillette de douze à treize ans qui a voulu, il y a quinze jours, simuler la chorée. L'agitation des mouvements et leur désordre étaient assez prononcés, mais en les suivant avec quelque attention, on remarquait bien vite qu'ils se produisaient toujours dans le même sens et qu'ils étaient limités aux membres supérieurs, la malade ne songeant pas à remuer les membres inférieurs ni le tronc. De plus, dans le cas de simulation, l'hébétude fait défaut.

Il n'y a pas de règles bien définies pour le traitement; mais il faut savoir qu'avant tout la chorée est une affection des plus rebelles, et que les moyens auxquels on peut avoir recours ne sont guère que des palliatifs. Le bromure de potassium est généralement employé pour calmer les spasmes; il en est de même du chloral; l'opium est plus dangereux; les pulvérisations d'éther le long de la colonne vertébrale me paraissent inefficaces, à moins que ce ne soit pour distinguer la chorée vraie de la chorée simulée; elles sont tellement pénibles que les simulateurs renoncent bien vite à leurs mouvements volontairement désordonnés. La médication contre-stimulante, le tartre stibié à haute dose jusqu'à l'intolérance, me paraît assez dangereuse, et je ne l'admets guère que dans des cas exceptionnels; elle fait souvent disparaître l'incoordination, il est vrai, mais elle détermine plus souvent encore peut-être un collapsus dangereux.

Je préfère l'emploi du bromure de potassium concurremment avec l'arsenic, comme je le fais chez nos deux petites malades; et je prescris surtout une bonne hygiène, des bains sulfureux, une gymnastique bien réglée.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Daniel Mollière.

Éthérisation par la voie rectale (1).

Il y a quelques jours, nous eûmes l'honneur de recevoir à l'Hôtel-Dieu un confrère danois, le docteur Axel Yversen (de Copenhague). Après lui avoir fait parcourir les salles de l'hôpital et lui avoir montré les cas les plus intéressants de nos services, nous restâmes quelques instants à causer. — Quel agent anesthésique employez-vous, me dit-il, l'éther ou le chloroforme? Comme je lui disais que nous étions restés fidèles à l'éther : — Par quelle voie l'administrez-vous le plus ordinairement... par la bouche, ou par le rectum? — J'avoue que cette question m'étonna quelque peu. Après quelques explications nous nous quittâmes, nous donnant rendez-vous pour le prochain congrès international à Copenhague.

Dès le lendemain, c'est-à-dire le 21 mars, j'essayais l'anesthésie par la voie rectale. J'opérais sur une jeune fille de vingt ans, à laquelle j'avais à enlever une petite tumeur profondément implantée dans la loge parotidienne.

L'éther fut insufflé dans le rectum à l'aide d'un flacon à double tubulure et de la poire à insufflation du pulvérisateur de Richardson. De cette façon, c'est un mélange d'air et d'éther que nous fîmes absorber à notre malade : aussi s'écoula-t-il une dizaine de minutes avant qu'aucun signe d'absorption se manifestât. La patiente alors nous dit qu'elle sentait un goût d'éther très prononcé dans la bouche. Son haleine répandait aussi une odeur éthérée très accentuée. Elle se mit à balbutier, à prononcer des paroles incohérentes. Nous fîmes alors présenter à ses narines quelques gouttes d'éther, et elle tomba presque instantanément

(1) Extrait du *Lyon médical* (30 mars 1884).

dans un profond sommeil. Nous pûmes ainsi opérer, à notre aise, sans être gêné par le sac à éther qui fut jeté au loin.

L'opération terminée, la canule rectale fut enlevée et notre malade s'éveilla. La quantité d'éther absorbée fut insignifiante. La malade, s'étant dérobée à la surveillance des sœurs, avait avalé une soupe avant de venir se faire opérer, nous jurant qu'elle était à jeun. Cette soupe fut vomie à son réveil. Mais il n'y eut ensuite aucune fatigue et pas la moindre nausée.

Une autre patiente fut aussitôt amenée. C'était une femme de quarante ans environ. Nous devions lui enlever un polype muqueux qui avait rempli l'antre d'Hygmore.

Un tube de caoutchouc, du volume du doigt, fut introduit dans son rectum et mis en rapport avec un flacon d'éther plongé dans un vase plein d'eau à 50 degrés environ. L'éther entra en ébullition, et au bout de cinq minutes notre malade balbutiait, prononçait des paroles incohérentes, et sa bouche exhalait une odeur éthérée des plus marquées. A ce moment elle se dressa, nous reprochant de faire sur elle une expérience.

Quelques grammes d'éther sur une éponge furent approchés de la face. Aussitôt l'anesthésie fut complète.

L'opération, qui nécessita l'ouverture du sinus maxillaire par la voie buccale et le tamponnement de cette cavité après rugination, fut pratiquée sans aucune difficulté. La patiente n'en a gardé aucun souvenir. Elle ne se souvient pas non plus des reproches qu'elle nous a adressés au début de l'anesthésie. Il n'y a pas eu la moindre nausée, pas le moindre vomissement. Notons un peu d'excitation au moment du réveil comme dans les anesthésies ordinaires.

La troisième malade, soumise à notre nouveau mode d'anesthésie, était une jeune fille de dix-neuf ans. Elle était robuste et bien portante. Il s'agissait de lui enlever une phalange nécrosée à la suite d'un panaris. Nous appliquâmes le même procédé. Couchée sur le flanc, la cuisse légèrement fléchie, la tête appuyée sur le coude, elle causait gaiement, tandis que l'éther bouillait et pénétrait dans son rectum. Puis sa parole mourut sur ses lèvres, elle ferma les yeux, et tandis qu'elle sommeillait paisiblement, nous opérâmes la rugination de son os malade.

J'appliquai l'oreille sur son ventre, et j'entendis crépiter les bulles de l'éther. Les narines exhalaient une odeur éthérée. Le sommeil anesthésique fut parfait. Le réveil ressembla de tout point au réveil du sommeil naturel. Il n'y eut pas la moindre nausée, pas le moindre vomissement. La quantité d'éther absorbée dans ce cas peut être évaluée à dix grammes au maximum.

Le dimanche 23 mars, mon collègue le docteur Gignoux m'amena un homme robuste auquel il me pria de pratiquer l'élongation non sanglante du sciatique. Le patient a été pendant vingt-cinq ans simple soldat. Tous les jours il a bu au moins *son quart* d'eau-de-vie blanche.

Nous commençons l'administration de l'éther par la voie rectale. Ce mode d'anesthésie provoque son hilarité. Il rit, il raconte ses prouesses de buveur; puis tout à coup finit par nous dire : « Mais il me semble que je suis ivre... C'est comme après plusieurs tournées... » Nous donnons alors dix grammes d'éther environ par la voie respiratoire. Il tombe *perinde ac cadaver, et sans période d'excitation*, ce qui est fort remarquable chez un alcoolique. — Les manœuvres violentes d'extension et de flexion qui constituent l'élongation non sanglante furent exécutées sans aucune difficulté. Le réveil fut paisible, sans période d'excitation.

Le lundi 24 mars, j'ai encore soumis à l'anesthésie par la voie rectale une femme de 32 ans, à laquelle j'avais à enlever une tumeur de la région plantaire. Les inhalations ont dû être continuées 7 à 8 minutes avant d'obtenir l'anesthésie, qui a été complète. A son réveil, la malade n'a pas vomi. La quantité d'éther absorbée a été insignifiante.

Le mardi 25 juillet, mon collègue Maurice Pollosson a pu, lui aussi, pendant un sommeil anesthésique parfait, obtenu par la voie rectale, enlever un épithéliome du grand angle de l'œil.

Je crois donc, d'après ces quelques observations, qui seront les premières en France, que l'anesthésie par la voie rectale est appelée à rendre de grands services. Elle supprime, ce me semble, la période d'excitation. Elle permet de doser strictement la quantité d'éther administré. Elle réduit à son minimum cette quantité. Elle laissera la place libre au chirurgien pour les opérations qui se pratiquent sur la face. L'inspiration de l'éther est odieuse pour bien des patients. Ils en seront affranchis de la sorte.

Bornons-nous aujourd'hui à ces quelques mots. Dans quelques mois, nous pourrons, je le puis promettre, fournir une longue statistique et donner tous les détails voulus sur le *modus faciendi*, expliquer comment le sphincter s'entr'ouvre et laisse échapper des vapeurs éthérées quand la tension est trop forte. Nous indiquerons comment on doit se comporter avec les sujets chez lesquels ce muscle constricteur est affaibli. Aujourd'hui, disons seulement que pour obtenir une anesthésie profonde, avec une dose d'éther très faible, il suffit d'introduire dans le rectum un tube de caoutchouc, que l'on met en rapport avec un flacon d'éther plongé dans un récipient contenant de l'eau à 40 ou 60 degrés.

HOPITAL SAINT-LÉON DE NANCY

Du sphacèle des fibro-myômes utérins (1).

Par M. Th. Weiss, professeur agrégé de la Faculté de médecine.

II

Les cas de sphacèle des corps fibreux utérins sont assez exceptionnels pour que je croie utile de publier les deux faits précédents qui viennent s'ajouter à ceux qui existent déjà dans la science. L'histoire en est du reste fort récente, bien que Levret (2) ait depuis longtemps signalé la possibilité de la mortification des tumeurs fibreuses de la matrice.

C'est, en effet, à Malgaigne (3) que nous devons les premières notions un peu précises sur cette redoutable complication, qu'il a parfaitement décrite dans sa Thèse d'agrégation. Depuis ce chirurgien, des observations nombreuses, des monographies intéressantes ont paru qui complètent nos connaissances sur cet important point de gynécologie et permettent d'en faire l'histoire d'une façon à peu près complète.

Je signalerai spécialement, dans cet ordre d'idées, les recherches MM. Belade (4), Péan (5), de Sinéty (6), Gaillard Thomas (7) (de New-York), Gusserow (8), Merner (9), et plus récemment la thèse inaugurale de l'un de mes élèves, M. le docteur Katz (10), qui résume tous les travaux antérieurs et contient une étude bibliographique complète de la question.

Je me bornerai, pour ne pas faire double emploi, aux quelques réflexions suivantes :

Le diagnostic de la gangrène, qu'il est souvent fort malaisé de reconnaître, d'après le docteur Belade, n'a présenté, dans les deux cas précédents, aucune espèce de difficulté ; il s'imposait en quelque sorte, étant donné les commémoratifs, l'aspect spécial des portions procidentes, l'existence d'une volumineuse tumeur abdominale. On ne pouvait

(1) Fin. — Voir le numéro du 27 mars 1884.
(2) *Mém. de l'Académie royale de chirurgie*, 1778, t. III, p. 336.
(3) Thèse d'agrégation, 1835.
(4) Thèse, Paris, 1875.
(5) *Leçons de clinique chirurgicale*, 1877-1878. Paris, 1882, p. 690.
(6) *Manuel pratique de gynécologie*, 1879.
(7) *Traité clinique des maladies des femmes*, traduit et annoté par le docteur Lutaud, 1879.
(8) *Handbuch. der allg. u. spec. chir. von Pitha. u. Billroth. IV.* Band. 4 Lieferung.
(9) Th. Paris, 1883.
(10) Th. Nancy, 1884.

songer à une rétention du placenta, bien moins encore à un renversement ou à un cancer de l'utérus ; du reste, on n'eût pas tardé à reconnaître la vérité en pratiquant le morcellement et en constatant ainsi la disparition des vaisseaux et l'aspect caractéristique des fibro-myômes utérins.

Il était plus difficile d'établir le mécanisme du sphacèle dans les deux faits précédents ; il n'y avait eu, de part et d'autre, aucun traumatisme qui pût en expliquer le développement, aucune cause d'inflammation ou d'ulcération qui eussent pu déterminer la mortification ; enfin ni M. Schwartz ni moi, nous n'avions constaté de traces de calcification ; ce qui, on le sait, peut également amener la fonte purulente des corps fibreux.

Cependant, dans l'observation II, le mécanisme paraît aisé à concevoir, si l'on songe qu'il s'est agi d'une tumeur énorme rattachée au fond de l'utérus par un pédicule mince, et engagée dans toute la longueur du canal vagino-vulvaire ; on comprend très bien que, sous l'influence combinée de l'allongement excessif du polype et de la compression exercée par les parois vaginales, la tumeur privée de ses moyens de nutrition se soit sphacélée. Du reste, la constriction exercée par le col utérin me paraît avoir surtout joué un rôle important, la partie supérieure du polype ayant été trouvée intacte et la gangrène ne portant que sur les parties avoisinant cet orifice.

Dans le cas qui m'est personnel (observation I), les conditions n'étaient plus les mêmes, puisque la tumeur était largement implantée sur la lèvre postérieure du col, et la paroi correspondante du corps ; néanmoins une cause analogue me paraît pouvoir être incriminée. On remarquera en effet que la mortification s'est produite en deux temps successifs et qu'elle n'a chaque fois atteint que les portions engagées dans le vagin. Il est donc logique de penser qu'ici encore c'est l'action du col qui a été le principal facteur de la gangrène. D'une façon plus générale, on peut dire, ainsi qu'Aran l'avait déjà fait remarquer, que cette cause joue le principal rôle dans la pathogénie du sphacèle des corps fibreux, et je n'en veux pour preuves que la rareté de la gangrène des fibro-myômes sous-péritonéaux ou intra-utérins.

Quant au traitement à employer dans les tumeurs de ce genre, il me paraît simple à formuler, quoique souvent fort difficile à exécuter ; il faut non seulement enlever toutes les parties sphacélées, mais surtout tâcher de faire l'ablation totale de la tumeur en la sectionnant au niveau de son pédicule, ce qui évidemment est la manière la plus sûre de mettre les malades à l'abri de l'infection septicémique.

Le docteur Merner a en effet démontré que l'extirpation partielle est des plus dangereuses, chose qui se conçoit aisément, si l'on songe qu'aux effets du traumatisme chirurgical se joint la rétention plus ou moins complète des produits sécrétés dans la cavité utérine.

Malheureusement (et les deux cas précédents en sont des exemples probants), l'ablation totale de ces tumeurs est souvent impossible en une ou même en plusieurs séances, et l'on se trouve réduit ou bien à ne faire aucune opération, ce qui me paraît fort dangereux, ou bien à ne pratiquer qu'une opération incomplète, ce qui peut également être suivi d'accidents graves. L'indication me paraît être la suivante : morceler la tumeur jusqu'à ce qu'on arrive au niveau ou au voisinage du col utérin, de façon à pouvoir glisser une sonde dans la cavité de la matrice, et y pratiquer des injections détersives. C'est là, ce me semble, le point capital, car en répétant les lavages, au besoin d'heure en heure, on a bien des chances de prévenir l'infection, pour peu que la malade ne soit pas encore en pleine septicémie.

Comme la tumeur est sphacélée, on peut se servir de ciseaux et de pinces, ce qui permet de la morceler très rapidement, et la même manœuvre peut être répétée à plusieurs reprises sans anesthésie préalable.

C'est certainement à cette pratique que, pour ma part, je dois la guérison de ma malade. Je me suis servi d'une solution de chloral, qui, à la dose de 1/100, est très suffisamment antiseptique et dont l'absorption ne saurait avoir aucun danger. M. Schwartz a employé l'acide borique ; d'autres font usage du sublimé, peu importe ; le point essentiel : c'est d'opérer une désinfection énergique de la cavité utérine et de faire ainsi bénéficier les malades des avantages de la méthode antiseptique, appliquée aux plaies cavitaires : c'est la seule chance de salut dans les cas aussi graves que ceux que je viens de rapporter ; aussi ne devra-t-on même pas se laisser arrêter par les signes d'une septicémie commençante, puisque, même en pareille circonstance, la guérison peut encore être espérée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 mars 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Tuberculose et sclérose pulmonaires. — M. DU CASTEL achève la lecture d'un travail sur ce sujet, dont voici le résumé :

L'étude, principalement l'étude clinique de la sclérose, dit-il, n'avait, jusque dans ces dernières années, que fort peu attiré l'attention des observateurs ; cependant cette lésion semble mériter une place importante dans l'histoire des maladies du poumon.

La sclérose existe souvent à l'état de lésion indépendante ayant son allure, ses symptômes, ses accidents propres. Elle succède soit à des excitations pulmonaires répétées, telles que celles qu'entraînent à leur suite la respiration de poussières fines ou la vie dans un milieu à variations brusques et fréquentes de température, soit à une affection pulmonaire aiguë *a frigore*, broncho-pneumonie, pleurésie, dont la résolution s'accomplit imparfaitement.

La toux est un phénomène constant; rare au début, elle devien peu à peu fréquente, quinteuse, coqueluchoïde, peut s'accompagner du rejet de mucosités abondantes ou de vomissements.

L'expectoration n'a le plus souvent pas de caractères particuliers ; elle est peu abondante, muco-purulente et se rattache à un certain degré de bronchite qui accompagne toujours la sclérose.

Les hémoptysies sont fréquentes ; elles se répètent plusieurs fois par année chez certains malades ; mais elles sont toujours peu abondantes, réduites à quelques crachats sanguinolents.

La dyspnée apparaît à une époque peu avancée de la maladie ; elle n'existe guère qu'au mouvement, mais est alors très accentuée, ne permet pas au malade de gravir un étage d'escalier sans se reposer ou d'exécuter une marche un peu rapide.

A l'examen de la poitrine, on constate dans les parties antérieures un état d'emphysème unilatéral ou tout au moins très prédominant dans un des côtés ; à la partie postérieure une plaque d'induration plus ou moins étendue et au niveau de laquelle il y a matité, respiration soufflante, retentissement de la voix et assez souvent pectoriloquie aphone. Cette plaque d'induration occupe tantôt la base, tantôt le sommet des poumons, ou bien encore la région des grosses bronches.

Le cœur laisse presque toujours constater une dilatation plus ou moins accusée des cavités droites ; cette dilatation s'exagère très sensiblement au moment de la marche. Ces troubles de fonctionnement du cœur droit sont probablement l'origine de la dyspnée si accusée habituelle aux scléreux, dyspnée que n'explique

pas le rétrécissement relativement fort peu considérable du champ respiratoire.

La durée de la sclérose pulmonaire est habituellement fort longue et se compte par années.

Le développement lentement progressif de la sclérose pulmonaire est souvent interrompu par la production de crises aiguës, de poussées de congestion pulmonaire.

Au moment de ces crises, on perçoit, au niveau du foyer scléreux, de petits râles fins et secs, rappelant dans quelques cas le râle crépitant ou ceux de la spléno-pneumonie ; quelquefois aussi un peu de souffle. Dans le reste des poumons, c'est une sibilance diffuse. L'expectoration devient excessivement abondante ; le malade remplit deux, trois crachoirs d'un liquide muqueux, visqueux, filant, transparent, souvent mélangé de stries sanguinolentes ou de crachats sanglants. La durée de ces crises est habituellement de plusieurs semaines.

La terminaison naturelle de la maladie est l'asystolie, occasionnée par l'exagération des troubles de la circulation du cœur droit ; mais souvent aussi les malades sont enlevés par une broncho-pneumonie, une suppuration ou une gangrène du poumon, qui paraît due à l'exagération des phénomènes inflammatoires qui constituent la crise.

Jusqu'ici la sclérose pulmonaire n'a pas été jugée digne d'une place à part et son histoire a été confondue dans celles de maladies, qui ont avec elle des relations intimes, mais qui souvent n'en sont que la conséquence, comme la dilatation des bronches, l'emphysème.

L'avenir du malade, atteint à la fois de dilatation des bronches et de sclérose, dépendra habituellement de l'évolution de la sclérose beaucoup plus que des incidents qui peuvent survenir à la suite de la dilatation bronchique.

La sclérose pulmonaire a souvent été confondue avec la phtisie pulmonaire, et cela au nom des lésions anatomiques beaucoup plus qu'au nom du complexus symptomatique ; les grains calcaires, les petites masses caséeuses enkystées, qui existent si souvent au milieu des nappes de scléroses, étaient considérés autrefois comme tubercules de guérison et ne permettaient pas de mettre en doute la nature tuberculeuse de la plupart des scléroses. Aujourd'hui qu'il est démontré que ces lésions n'ont rien de spécifique, la question se pose à nouveau et il semble que nombre de scléroses ne soient pas d'origine tuberculeuse.

La tuberculose est une affection parasitaire, ayant le bacille pour origine, la caséification pour lésion ; la sclérose, tout au contraire, semble, dans nombre de cas, trouver son origine dans un refroidissement, dans des irritations répétées du poumon ; elle est le résultat d'une inflammation simple et non spécifique ; c'est pourquoi elle n'a pas de tendance à la caséification, mais bien plutôt aux inflammations franches, broncho-pneumonie, suppuration, gangrène.

C'est donc à tort qu'on a confondu la sclérose avec les formes lentes de la tuberculose dans les descriptions de la phtisie fibreuse, de la phtisie fibroïde ; ces deux maladies demandent à être nettement distinguées.

Le malade, atteint de sclérose simple, présente un avenir bien moins sombre que le tuberculeux ; la durée de sa maladie est naturellement beaucoup plus longue que celle du tuberculeux ; il répond beaucoup plus facilement à nos actions thérapeutiques.

Au moment des crises de congestion pulmonaire, les décongestionnants, particulièrement l'ipécacuanha à dose nauséeuse, hâtent souvent très notablement la cessation de la crise. Dans l'intervalle des crises, les pointes de feu, les bains chauds peuvent amener une sédation très marquée. Les sulfureux, au contraire, doivent être employés avec grande prudence ; ils peuvent provoquer les poussées congestives.

Microphotographie. — M. DAMASCHINO présente de très belles photographies de préparations histologiques obtenues par un procédé spécial et prises directement sur le grossissement. Ces préparations ont trait à du sang leucémique, à des microbes, à des bacilles, des spores de bacilles, au micrococcus de la blennorragie, etc.

Tuberculose. — M. GRANCHER présente une malade qu'il observe depuis deux ans et demi et chez laquelle il a pu suivre pas à pas l'évolution de la maladie dont elle est atteinte. Entrée dans son service en 1881 pour une pelvi-péritonite consécutive à une fausse couche, cette malade, qui a eu deux frères et deux sœurs morts tuberculeux, ne présentait à cette époque qu'une inspiration rude sous la clavicule gauche. Le diagnostic porté fut : tuberculose probable. Rentrée en mars 1882, elle eut une hémoptysie. En même temps tous les autres symptômes de la tuberculose s'étaient déclarés de la façon la plus nette ; le doute n'est plus permis aujourd'hui ; en effet, on constate une submatité très nette, une respiration rude et même soufflante ; de la fièvre, de la toux, une expectoration caractéristique et une nouvelle hémoptysie. Le diagnostic de tuberculose pulmonaire s'impose. Cependant on examina les crachats et on n'y trouva jamais de bacilles.

M. Grancher cite plusieurs exemples analogues : une jeune fille entre à l'hôpital en septembre 1883 ; elle a maigri, elle a de la fièvre, de l'aménorrée, de l'ascite, en un mot tous les signes d'une péritonite tuberculeuse ; il existe, en outre, une respiration rude sous la clavicule gauche et quelques craquements sous la clavicule droite. Depuis quelque temps les symptômes se sont amendés ; il y a une grande amélioration dans l'état général, l'appétit est revenu. Cette malade ne toussant ni ne crachant, on n'a pu examiner ses crachats.

La troisième observation a trait à un cas de pleurésie sèche avec amaigrissement et tous les caractères de la tuberculose pulmonaire. En trois mois elle a maigri de 6 livres. L'examen des crachats n'y a pas révélé la présence des bacilles.

Le malade qui fait le sujet de la quatrième observation a eu ses père, mère, frères, sœurs morts phtisiques. C'était lui-même un type de terrain prédisposé pour la tuberculose. Pendant un certain temps inspiration rude sous la clavicule gauche ; bientôt apparaissent tous les signes caractéristiques de la tuberculose. Examen des crachats : pas de bacilles.

Voilà donc un certain nombre de malades chez lesquels le diagnostic de la tuberculose n'est pas douteux, qui en présentent tous les signes et dans les crachats desquels on ne trouve pas de bacilles. M. Grancher ne met pas en doute la valeur diagnostique de la présence des bacilles dans les crachats. Il reconnaît que lorsqu'on trouve le bacille, cet élément vaut mieux que tous les signes physiques. C'est, en réalité, un élément de diagnostic très précieux. Cependant il y aurait imprudence à croire que ce signe devrait suppléer ou supplanter tous les autres signes. Il faut se rappeler aussi que les bacilles ne se développent parfois que très tardivement dans certaines formes de tuberculose pulmonaire.

Il faut, ajoute M. Grancher, un assez long apprentissage pour la recherche des bacilles ; il y a des causes d'erreur assez nombreuses pouvant tenir soit aux réactifs, soit à la méthode, soit à l'observateur lui-même. Si l'auscultation a ses périls, la recherche des bacilles a aussi les siens. Il faut donc que l'auscultation garde tous ses droits.

Réflexe douloureux. — M. LEREBOULLET lit un rapport relatif à un travail de M. le docteur Treille sur un réflexe douloureux du nerf cubital dans la dyspepsie gastro-intestinale.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

90. M. Coutand. Contribution à l'étude de la colique du Poitou, considérée comme une intoxication saturnine. — 91. M. Biat. Péritonite tuberculeuse à forme ascitique. — 92. M. Vincent. Traitement du varicocèle, application de la méthode antiseptique. — 93. M. Ruyssen. De l'ergotinine dans le diabète sucré. — 94. M. Jac-

QUEMART. Contribution à l'étude du rôle étiologique de la ménopause. — 95. M. BARATIER. De la vaginite et de son traitement par des applications locales de copahu. — 96. M. BOUREL-RONCIÈRE. Kystes hydatiques des muscles. — 97. M. DELARUE. Du traitement du genu valgum par l'ostéoclasie. — 98. M. DESCHAND. De la mort subite par œdème cérébral chez les vieillards atteints de néphrite interstitielle. — 99. M. GAUDEFROY. Des principales causes de mort dans la néphrite interstitielle chronique. — 100. M. KNŒRI. De la santé des ouvriers employés dans l'industrie cotonnière. — 101. M. PUÉCHAGUT. De la ténonite ou inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire d'origine rhumatismale.

NÉCROLOGIE

Le docteur Joseph-François Larcher.

Discours prononcé à ses obsèques, le 26 mars 1884, par M. le professeur Al. LABOULBÈNE.

Messieurs,

Celui que nous accompagnons à sa dernière demeure fut non seulement un médecin, digne de ce nom et de ce titre, mais encore un savant, dont le mérite égalait la modestie.

C'était, par dessus tout encore, un chef de famille, adoré des siens, aimé, respecté de tous ceux qui avaient connu la bonté de son cœur et apprécié la droiture de son caractère.

Joseph-François Larcher est né à Bruxelles, le 2 novembre 1802.

Son père, ancien soldat de l'armée de Sambre-et-Meuse, puis heureux commerçant, n'avait pas tardé à perdre complètement une grande fortune, et était venu avec lui à Paris, en 1807, lutter pour l'existence.

Doué d'une vive ardeur pour le travail, et après avoir fait solidement les premières études, le jeune Larcher, sous l'inspiration du vénérable Constant Duméril, qui protégea ses débuts, avait embrassé la médecine; et pendant que, d'un côté, il se livrait, sous les grands maîtres de l'époque, à des recherches d'anatomie comparée, au Muséum d'histoire naturelle, il étudiait les maladies de l'espèce humaine, sous Boyer, sous Antoine Dubois, sous Béclard, Andral et Jules Cloquet.

En 1824, il arrivait, au concours, le troisième parmi les internes de sa promotion, entre Auguste Bérard, Pourcher et Natalis Guillot, ayant pour amis d'étude : Lenoir, Robert, Michon, Jobert et Bouillaud.

En 1823, J.-F. Larcher avait lu devant l'Académie de médecine un mémoire, dans lequel, à l'aide d'observations pratiques, il démontrait, le premier, que le périoste n'est pas constamment rompu dans les fractures.

En 1825, la même Académie, ouvrant son premier concours, il lui adresse, pour répondre à la question proposée, une « Histoire des tubercules, sous le rapport de leur origine et de leur structure, dans les différents organes et appareils », travail auquel la savante Compagnie, sur le rapport d'une commission dont Laënnec faisait partie, décerne un précieux encouragement, dans la séance du 28 août 1827.

Quelques années plus tard, en 1832, le choléra venait frapper et désoler Paris : J.-F. Larcher, rappelé alors dans la petite commune suburbaine de Passy, que son père habitait, s'y distingue tellement pendant l'épidémie, qu'il reçoit de l'administration une médaille commémorative de son dévouement. Déjà même, il est proposé pour la croix de la Légion d'honneur, qu'il reçut seulement en 1848, pour de nouveaux services.

Le 29 août 1832, il soutient, devant la Faculté de médecine de Paris, sa thèse sur « le développement des tubercules dans les centres nerveux ».

Le docteur J.-F. Larcher se fixe alors à Passy, où sa belle conduite avait été si remarquée. Il ne convoite ni la fortune ni les honneurs ; il s'efforce de guérir ceux qui souffrent, de les soulager et de les consoler : les pauvres sont ses premiers amis. Sa réputation d'honnêteté et de savoir s'étend au loin ; il devient un des médecins les plus considérés et les plus recherchés. Son labeur est alors considérable : le jour est pour les malades; une grande partie de la nuit, pour le travail de cabinet. Ce praticien, si occupé, trouve le moyen d'écrire et de mettre au jour d'excellents travaux.

Qu'il me suffise de rappeler ici ses « Études sur la physiologie et l'ostéogénie de l'appareil sternal dans l'espèce humaine, ses « Contributions à l'histoire de l'atrophie sénile du système osseux », ses « Recherches sur l'absence congénitale du radius et du pouce », etc. Et ce n'est point tout : J.-F. Larcher faisait paraître, dans le « Journal de l'anatomie et de la physiologie », une « Étude sur le pigmentum de la peau dans les races humaines et, en particulier, dans la race nègre ».

Un de ses plus importants travaux est relatif à « l'hypertrophie normale du cœur pendant la grossesse », ouvrage récompensé, en 1859, par l'Académie des sciences de Paris et suivi, quelques années plus tard, d'une « Étude sur l'hypertrophie normale et temporaire du cœur, liée à la gestation » (1868).

Viennent ensuite des notes sur la « Polyopsie », sur la « Rhinocéphalie et les os intermaxillaires dans l'espèce humaine », des recherches du plus haut intérêt, récompensées d'ailleurs par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine, sur les « Phénomènes cadavériques étudiés au point de vue de la physiologie et de la médecine légale », et sur « l'imbibition cadavérique du globe de l'œil et la rigidité musculaire comme signes de la mort réelle ».

Tous ces travaux, rassemblés ultérieurement dans un volume ayant pour titre : « Études physiologiques et médicales sur quelques lois de l'organisme, avec applications à la médecine légale », assurent, parmi les chercheurs de notre époque, une place importante à J.-F. Larcher, qui, sans une modestie poussée jusqu'à l'excès, eût pu, de très bonne heure, en trouver une aussi dans notre Académie de médecine.

Le docteur J.-F. Larcher avait rencontré une compagne digne de lui ; il avait eu le bonheur, dans sa maison de Passy, de recueillir son père, heureux et fier d'un tel fils, et lui-même, devenu père de famille, se sentait revivre dans un fils et une fille bien-aimés. Ses goûts étaient partagés par ses enfants; ses recherches favorites d'anatomie et de pathologie comparées, de médecine humaine, de tératologie, d'histoire naturelle, il les voyait poursuivies déjà avec succès par Oscar Larcher.

Dès longtemps, son jardin et un petit coin de sa maison avaient été, par ses soins, remplis d'objets de collection, de ces animaux, de ces plantes, de ces livres, qui nous rappellent tant d'excursions, de peines, de plaisirs, et, trop souvent aussi, des amis disparus. Toutes ces choses, des riens pour d'autres, si précieuses pour nous, auxquelles sont attachées les dates de notre propre histoire, qui ont été mêlées à notre vie, ont leur physionomie, leur personnalité, si l'on peut ainsi dire ; elles sont les compagnons silencieux et fidèles de nos tristesses, comme elles l'ont été de nos joies, de nos heures douces ou sombres. J.-F. Larcher était jeune encore lors qu'il avait commencé son musée, et, dans la maison qu'il ne quitta jamais, qu'il avait agrandie, cette collection était devenue finalement un petit sanctuaire où, à l'heure du repos si bien gagné, il aimait à voir revivre ses souvenirs.

Tel fut, Messieurs, le docteur J.-F. Larcher. Il a vécu en faisant le bien. Il s'est éteint doucement, sans souffrances, dans les bras de son fils et de sa fille, recevant de la religion les dernières consolations, et laissant l'exemple d'une vie tout entière de travail et de dévouement.

Au nom de vos confrères et des hommes dévoués à l'étude de la science, au nom de vos anciens malades, dont la foule nombreuse vous accompagne ici avec tous ses regrets, je vous adresse, honoré cher ami, un adieu suprême.

Reposez en paix ; votre souvenir vivra toujours dans nos cœurs !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 mars 1884, M. Catelau, médecin de première classe, a été promu au grade de médecin principal de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 mars 1884, M. le docteur Delisle est nommé médecin du bureau de bienfaisance du Ve arrondissement de Paris.

— La distribution des prix aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris a eu lieu, comme nous l'avions annoncé, jeudi dernier. Ont été proclamés lauréats :

Première division : Médaille d'or, M. Sionné-Moret ; médaille d'argent, M. Bréhal ; mentions honorables, MM. Meillière et Causse.

Deuxième division : médaille d'argent, M. Gasselin ; accessit, M. Baudren ; mentions honorables, MM. Carette et Gérard.

— *Muséum.* — M. le professeur Des Cloizeaux, membre de l'Académie des sciences, commencera le cours de minéralogie le mercredi 2 avril 1884, à quatre heures trois quarts, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. Jousset de Bellesme, directeur de l'aquarium du Trocadéro et professeur de pisciculture de la ville de Paris, inaugurera ce cours, le mercredi 2 avril 1884, à deux heures, dans la salle des réunions de la mairie du Ier arrondissement (Saint-Germain-l'Auxerrois), et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des poissons d'eau douce de France et des divers procédés de repeuplement des cours d'eau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 15984.

N° 40. — JEUDI 3 AVRIL 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 3 AVRIL 1884. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. L'érysipèle. — Hôpital de Cayenne. Phlegmon sous-aponévrotique et intramusculaire de la paroi abdominale. — Clinique de Montevideo. Rétrécissement du rectum; rectotomie externe; mort; autopsie. — Académie de Médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'intérêt principal de cette séance a été une très importante communication de M. Dujardin-Beaumetz sur la question de l'alcoolisme, question qui avait déjà été de sa part l'objet d'études très approfondies. En 1879, en effet, M. Dujardin-Beaumetz, avec la collaboration de M. Audigé, publiait un ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools.* Le problème qu'ils avaient cherché à résoudre dans cet ouvrage était celui que M. Bergeron avait posé d'une façon si nette et si précise devant l'Académie en 1870, dans son remarquable rapport sur le vinage, en disant : « L'origine des alcools exerce-t-elle une influence appréciable sur la nature et l'énergie de ses effets ? » De nombreuses expériences sur les animaux, faites avec toutes les variétés connues d'alcool appartenant soit à la série monoatomique, soit aux séries polyatomiques, les avaient conduits à des conclusions générales portant : 1° sur la puissance tonique de ces divers alcools ; 2° sur les phénomènes d'intoxication auxquels ils donnent lieu ; 3° sur les lésions qu'ils déterminent ; 4° sur les considérations hygiéniques qui en découlent. Nous ne pouvons que renvoyer à ce livre pour le libellé de ces conclusions, nous bornant à rappeler seulement ici que ces premières expériences avaient été faites spécialement au point de vue de l'alcoolisme aigu, tandis que les nouvelles expériences ont plus particulièrement pour objet l'étude de l'alcoolisme chronique. On trouvera dans le compte rendu l'énoncé des résultats généraux constatés par les auteurs de ces savantes recherches.

Au commencement de la séance, M. Colin (d'Alfort) a engagé une discussion sur la communication de M. Luys, relative à la locomobilité du cerveau, discussion à laquelle M. Béclard paraît vouloir prendre part.

Puis l'Académie a entendu une courte lecture, tout émaillée d'esprit et de finesse, — ce qui ne surprendra personne quand nous dirons qu'elle était de M. Dechambre, — sur la chromidrose. M. Dechambre, qui n'en était pas alors à son coup d'essai en fait de chasse aux simulations et aux petites fourberies médicales, n'avait pas été des derniers, lors de la première présentation d'un cas de chromidrose faite à la Société médicale des hôpitaux, en 1861, à flairer une supercherie... non assurément de la part du présentateur, mais de la part de la présentée. Rappelant en termes pittoresques la mise en scène de cette présentation et traçant d'un coup de crayon exquis la physionomie et l'allure de la personne qui en était l'objet, il n'a pas dissimulé l'impression qui lui en était restée et qui avait été alors celle du plus grand nombre des assistants, que, dans l'hypothèse d'une supercherie, cette personne était femme à soutenir son rôle. Est-ce à dire, si M. Dechambre a incliné à cette époque à porter le cas particulier au compte des petites mystifications, qu'il ait jamais mis en question la parfaite sincérité de son collègue et ami M. Le Roy de Méricourt et la réalité du fait vu et annoncé par lui ? Non, sans doute. La chromidrose, dit-il, rencontre encore des incrédules même parmi les membres de l'Académie. Quant à moi, je n'ai jamais contesté l'existence des sueurs colorées ; j'en suis plus convaincu encore depuis que j'ai observé le fait dont je vais entretenir l'Académie. Et, au risque de s'entendre appliquer, à la joie secrète des incrédules endurcis auxquels il a fait allusion, l'apostrophe de Dorine à Orgon (soit dit sans autre comparaison) :

> Juste retour, Monsieur, des choses d'ici-bas,
> Vous ne vouliez point croire et l'on ne vous croit pas.

il s'est mis bravement à raconter, avec la finesse de ton qui lui est familière, le fait intéressant dont on trouvera l'analyse dans le compte rendu de la séance.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

L'érysipèle.

Depuis une quinzaine de jours nous avons eu dans nos salles trois femmes atteintes d'érysipèle : l'une d'elles est guérie, la seconde est en convalescence et la troisième est en bonne voie de guérison. Chez cette dernière la marche de la maladie a été très rapide, car elle n'en est encore qu'au cinquième jour, et déjà elle est en voie de résolution. Mais j'ai hâte d'ajouter que chez elle nous sommes en présence d'une récidive survenue au moment des règles, qu'elle a, pour ainsi dire, remplacées.

Je profiterai de la présence de ces trois malades, non pas pour vous faire l'histoire de l'érysipèle en général, mais

seulement pour attirer votre attention sur quelques points spéciaux de cette affection.

L'érysipèle s'annonce généralement par quelques phénomènes particuliers, souvent peu caractérisés. Ce sont, surtout si la maladie doit avoir une certaine intensité, un frisson quelquefois très marqué et un ou plusieurs vomissements, lesquels ne manquent guère, *au début,* que dans les cas très bénins. M. Després, mon collègue de cet hôpital, a prétendu que le vomissement dans l'érysipèle était un phénomène très grave, et a cité à l'appui que sur dix malades atteints d'érysipèle, les huit qui avaient succombé avaient eu des vomissements et que les deux qui avaient survécu, ou n'en avaient pas eu du tout ou n'avaient que très peu vomi.

Mais tout d'abord, laissez-moi vous le dire, ce serait une erreur de croire que l'érysipèle a cette gravité (huit morts sur dix cas). Depuis sept ans, depuis l'année 1876, où je suis arrivé dans cet hôpital, je n'ai perdu que deux érysipèles seulement. Je sais bien d'ailleurs qu'il faut savoir distinguer l'érysipèle chirurgical qui guérit moins bien que l'érysipèle soigné par des médecins, les chirurgiens traitant, en général, cette affection par une médication beaucoup trop perturbatrice, tandis que nous la soignons par l'expectation, nous attachant seulement à traiter les complications.

Donc, en réalité, le vomissement *au début* de l'érysipèle est peu grave; il n'acquiert quelque gravité que s'il survient pendant le cours de la maladie.

Comme phénomènes de début, je citerai aussi un peu d'endolorissement dans la région cervicale, et souvent un certain engorgement des ganglions sous-maxillaires et cervicaux.

Tels sont les phénomènes qui, par leur ensemble, permettent de prévoir, le plus souvent avec certitude, le début de l'érysipèle. Ils caractérisent la période d'invasion et ne durent guère au delà de quelques heures, sauf dans certains cas, où leur durée peut se prolonger pendant deux, trois et quatre jours même.

Ainsi donc : frisson, vomissement, endolorissement et engorgement ganglionnaire devront appeler votre attention en vous faisant songer à l'érysipèle. Chomel, si remarquable par la sagacité de son esprit, attachait surtout de l'importance à l'engorgement ganglionnaire comme l'un des prodromes les plus certains de l'érysipèle.

Gubler avait posé en principe que cet engorgement était le signe d'un érysipèle intense (pharynx et fosses nasales). Le fait est vrai, mais dans un certain nombre de cas seulement, et parfois l'on voit ainsi débuter cette affection par la muqueuse pharyngée ou nasale. Avec ces phénomènes d'invasion il y a de la fièvre, fièvre qui d'emblée prend des proportions considérables, la température s'élevant très rapidement à 40 degrés et quelquefois davantage, en même temps que le pouls est fréquent. L'accord est ainsi parfait entre ces deux phénomènes (pouls et température) qui peuvent persister pendant cinq, six et sept jours. Puis tout à coup, du soir au lendemain matin, vous constatez un abaissement brusque et considérable de la température. C'est ainsi que pour nos trois malades, la température est tombée brusquement, le dixième jour, chez l'une de 41 degrés à 37°5, chez la seconde, le sixième jour, de 40 degrés à 38°5 et le lendemain à 37°6, puis à 37°2; enfin, chez la troisième, elle est tombée le troisième jour de 40°5 à 38°2.

Ces montées et ces descentes rapides sont toujours en rapport avec l'état du pouls, et ces chutes brusques de la température sont d'un bon pronostic.

Enfin, en même temps que ces phénomènes d'invasion ont lieu, on voit apparaître, parfois au bout de quelques heures, d'autres fois au bout d'un jour ou deux, une tache rouge, saillante, petite, sur tel ou tel point de la face, le dos du nez, l'une ou l'autre des ailes du nez, les pommettes des joues, le front, etc. La rougeur est régulière avec un léger gonflement, elle est luisante, un peu brune et s'accompagne d'un certain degré de cuisson; puis elle s'étend, faisant, pour ainsi dire, la tache d'huile. Quelquefois elle se couvre de phlyctènes remplies de sérosité pure, parfois mêlée de sang ou même, dans certains cas, de pus.

La rougeur est toujours très bien limitée par un relief assez dur qui la sépare des parties saines de la peau, sauf dans certains cas, chez les sujets cachectiques notamment.

Mais je ne veux pas entrer dans l'étude des symptômes de l'érysipèle et je passe à la marche de cette affection, marche généralement courte, mais qui diffère cependant selon les diverses variétés auxquelles on a affaire.

Ainsi, dans l'érysipèle dit fugace, la rougeur tombe au bout de deux ou trois jours, la maladie est très légère, bien qu'elle ait débuté avec son fracas ordinaire.

L'érysipèle fixe ou régulier dure de sept à dix jours et s'arrête après la chute de la fièvre, le relief s'efface, la rougeur diminue, la desquamation se fait. Dans ce cas, la maladie n'a atteint qu'une seule et même région.

Nous avons aussi l'érysipèle ambulant qui atteint plusieurs régions plus ou moins éloignées de celle qui a été primitivement prise. Sa durée est beaucoup plus longue, elle peut être d'un mois, six semaines et parfois même de deux mois pendant lesquels la fièvre continue.

Dans le cours de la convalescence, on observe quelquefois une recrudescence; la fièvre reparaît, l'appétit s'en va et sur les parties primitivement atteintes ou sur leur limite on aperçoit une nouvelle poussée durant deux ou trois jours.

Enfin, l'érysipèle récidive facilement, contrairement à ce que l'on voit dans les fièvres éruptives; c'est au point que tout individu qui a eu un premier érysipèle a toujours une certaine tendance à en avoir d'autres. La femme surtout y est sujette; et j'en ai vu qui en avaient jusqu'à cinq et six par an, à peu près périodiques et revenant à l'époque des règles. Mais, dans ces cas-là, l'affection est ordinairement fugace, peu intense et de très courte durée.

Les urines dans l'érysipèle sont altérées et cette altération peut fournir des indications pronostiques. Elles sont d'abord diminuées comme quantité et réduites à 500 ou 600 grammes dans les vingt-quatre heures au lieu de 1,200 à 1,500 grammes. Elles sont acides. Leur densité, par contre, est augmentée. De plus, elles présentent des différences plus ou moins considérables dans la proportion des éléments qui les constituent. C'est ainsi que l'urée est augmentée et peut s'élever à 25 ou 28 grammes par litre d'urine; il en est de même de l'acide urique qui de 40 à 50 centigrammes par litre dans l'urine normale, peut s'élever à 2 et 3 grammes, fait, du reste, assez ordinaire dans toute pyrexie. Les sels diminuent également, sauf les chlorures. Enfin on trouve de l'urohématine, laquelle donne aux urines une coloration plus prononcée.

Gubler a montré dans ses relevés statistiques que sur dix malades atteints d'érysipèles, neuf présentaient de l'albumine en petite quantité dans leurs urines, albumine qui disparaît au moment de la défervescence de la maladie. Pendant la convalescence, la densité diminue ainsi que la

quantité de l'urée et de l'acide urique, ce dernier plus lentement, et les sels reviennent à leur chiffre normal.

Quelques mots maintenant touchant l'étiologie. L'érysipèle est une affection de tous les âges, bien qu'elle soit plus spéciale aux adultes. La femme est plus souvent atteinte que l'homme. Comme causes prédisposantes, nous devons citer toute solution de continuité : une blessure, d'où certains médecins, Trousseau notamment, ont conclu à la nécessité d'une plaie, d'une érosion si petite qu'elle soit, pour le développement d'un érysipèle ; et lorsqu'on leur a montré des érysipèles sans lésion, ils ont soutenu que si on ne l'apercevait pas, c'est qu'elle était cachée soit au fond de la gorge, soit dans la partie la plus reculée des fosses nasales.

Quant à moi, j'admets parfaitement l'érysipèle spontané sans aucune solution de continuité, et le fait s'est encore trouvé confirmé chez les trois malades qui sont le sujet de cette leçon.

L'érysipèle survient quelquefois à la suite du froid, sans que nous puissions nous expliquer comment il agit : il survient aussi à la suite d'une émotion morale ; enfin il est contagieux. Des faits nombreux l'ont surabondamment démontré. Quelquefois aussi l'érysipèle s'est montré chez des malades qui se sont trouvés en contact avec des individus atteints d'autres affections telles, par exemple, que la fièvre puerpérale, ainsi que cela a été prouvé par un certain nombre d'observations.

La contagion de l'érysipèle semblant indiquer l'existence d'un microbe particulier, celui-ci a été recherché et trouvé. M. Bouchard, notamment, l'a découvert dans la sérosité des phlyctènes.

Chez les malades de ces jours derniers nous l'avons également trouvé, surtout chez le n° 19, où il existait en quantité considérable. Ce microbe présente une grande analogie avec celui de la fièvre puerpérale, il est globuleux, sphérique très régulier, quelquefois isolé ; d'autres fois ces microbes sont réunis, accolés les uns aux autres, en forme de chapelet, en nappe ou en colonne. Dans certains cas, ils paraissent enveloppés d'une coque qui se déchire, disparaît, et le microbe est libre.

Sa découverte a été la confirmation de la doctrine de la contagion de l'érysipèle que nous soutenions depuis longtemps déjà, lorsqu'il a été mis en évidence.

HOPITAL DE CAYENNE. — M. Fouque.

Phlegmon sous-aponévrotique et intra-musculaire de la paroi abdominale.

Vers le milieu du mois de mai 1878, je reçus à l'hôpital de la transportation de Cayenne, dont je dirigeais le service, un forçat libéré qui se plaignait d'une vive douleur dans le flanc gauche.

Cet homme était âgé de cinquante-sept ans. Il était dans la colonie depuis vingt-trois ans.

Libéré depuis quatre ans, mais astreint à la résidence perpétuelle, il était établi à Cayenne où il exerçait la profession de cordonnier.

Il était d'une vigoureuse constitution, et il n'avait jamais eu d'autre maladie que la fièvre intermittente qu'il avait contractée dans les divers pénitenciers de la Guyane où il subissait sa peine, et dont il était d'ailleurs guéri depuis quatre ans.

Sauf un certain degré d'anémie commun à toutes les personnes ayant longtemps habité les pays chauds, il ne portait en somme les traces d'aucune maladie.

Je dois dire, en outre, que cet homme avait des habitudes de tempérance peu communes dans ce personnel, et c'est sans doute à la conduite régulière qu'il a toujours menée dans la colonie qu'il doit d'avoir résisté aux atteintes du climat.

A son entrée à l'hôpital, la douleur constituait à peu près le seul symptôme saillant de la maladie.

Elle s'était développée huit jours auparavant sans cause apparente. Le malade n'avait pas pris froid ; il n'avait pas reçu de coup, et il ne présentait aucune affection de voisinage qui pût justifier son origine.

Mais depuis quelques jours il se sentait fatigué. Il n'avait plus son activité habituelle, ni son aptitude au travail.

Il avait perdu l'appétit. Ses digestions étaient laborieuses.

Il accusait une tendance insolite au sommeil et le moindre mouvement le mettait en sueur.

Croyant à une indisposition passagère, il essaya de se faire traiter chez lui, et ce ne fut que sous l'influence de l'inquiétude que lui causait la persistance de son malaise qu'il se décida à entrer à l'hôpital.

La douleur s'était développée lentement. Sourde d'abord, profonde et mal limitée, elle persista à cet état pendant la première semaine. Puis, elle acquit une intensité de plus en plus grande, tout en se localisant.

La moindre pression, les mouvements du tronc l'exaspéraient, et le décubitus sur le côté gauche était impossible.

Il n'y avait ni rougeur, ni tuméfaction ; mais la température locale était notablement plus élevée de ce côté.

Les symptômes généraux, à cette période, étaient assez peu accusés. Il y avait de la fièvre continue, à exacerbation vespérale.

L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne révélait aucune lésion interne. Pas de toux, pas de vomissements, pas de diarrhée.

Pendant dix jours il n'y eut pas d'autres symptômes locaux, à l'exception de la douleur qui avait pris un caractère gravatif.

Par contre, les symptômes généraux s'étaient graduellement accentués et revêtaient la forme typhoïde. La fièvre, la stupeur, la céphalalgie, l'insomnie et la sécheresse de la bouche, tels furent les phénomènes qui marquèrent cette période.

Les jours suivants, la situation s'aggrava encore. Le délire s'y ajouta ; la langue et les gencives se couvrirent de fuliginosités et la prostration devint extrême.

Dès lors l'état du malade put être assimilé à celui d'une fièvre typhoïde grave.

Pendant ce temps le travail local marchait avec lenteur et sans proportion apparente avec l'état général.

La chaleur locale était âcre et mordicante comme celle de l'érysipèle, et la douleur telle que le pansement le plus léger ne pouvait être supporté.

Mais une teinte rosée et un empâtement diffus apparurent sur la région et déterminèrent le caractère réel de l'affection.

Celle-ci était alors au vingtième jour de son début.

A partir de ce moment, les phénomènes inflammatoires marchèrent avec une grande rapidité ; une rougeur franchement phlegmoneuse se montra sur une vaste étendue des régions latérales gauches de la poitrine et de l'abdomen, accompagnée d'une tuméfaction large, mais peu saillante et couvrant une surface circulaire de 25 centimètres de diamètre.

Enfin, le jour suivant, il s'éleva sur cette tuméfaction une éruption très confluente de petites phlyctènes remplies de sérosité purulente.

A ce moment, les symptômes généraux avaient acquis leur summum d'intensité et l'état du malade paraissait très grave.

La fluctuation, quoique profonde, était assez facilement perceptible. Je me hâtai donc de donner issue au pus.

N'ayant pour guide aucune saillie indicatrice de l'effort naturel d'expulsion du liquide purulent, je dus choisir, pour pratiquer l'incision, le point le plus central de la tuméfaction où la confluence des phlyctènes était la plus grande. Ce point correspondait exactement au milieu de la ligne verticale qui unit la base du

thorax avec le bord supérieur de l'os des îles, dans le flanc gauche.

J'y pratiquai une incision transversale de 2 centimètres 1/2 de longueur, intéressant la peau et le tissu cellulaire. Puis, je divisai successivement et couches par couches, sur la sonde cannelée, l'aponévrose et les fibres musculaires du grand oblique, et enfin l'aponévrose superficielle du petit oblique.

A ce moment, un flot de pus bien lié s'écoula au dehors. Je pus en évaluer la quantité à 250 grammes.

Le foyer phlegmoneux était donc situé sur le petit oblique. Ce dernier ne me parut nullement altéré.

L'évacuation du pus terminée, je fis dans la poche une injection phéniquée et je plaçai un tube à drainage à demeure. Le soir même tous les symptômes généraux s'étaient amendés. Dès ce moment aucune complication ne vint entraver la marche de la plaie, et quinze jours après la guérison était parfaite.

Tel est ce phlegmon de la paroi abdominale si lent à se développer, puisqu'il n'a pas mis moins de vingt-deux jours à parcourir ses périodes, en dehors de la période prodromique et dont il me reste à rechercher les causes.

On ne peut invoquer ici ni le traumatisme, ni aucune affection générale diathésique ou dyscrasique. Cet homme, en effet, n'était ni diabétique, ni albuminurique, ni syphilitique, ni alcoolique. Il avait été, il est vrai, en puissance du paludisme, mais depuis plus de quatre ans toute manifestation de ce genre avait cessé.

Les conditions de misère, ni d'encombrement ne pouvaient non plus être mises en cause; car, bien que dans une situation infime, il avait su se créer une existence convenable et à l'abri du besoin.

Toutes ces circonstances étant exclues, il resterait à s'adresser à des causes antérieures d'un ordre plus général.

Chaque pays possède, en effet, une constitution saisonnière dont l'influence sur les constitutions médicales est incontestable.

Or, le mois de mai, à Cayenne, est le mois de transition entre la saison des pluies et la saison sèche. Les phénomènes atmosphériques et météorologiques y sont dans toute leur activité. Leur influence sur l'organisme se traduit par des perturbations fonctionnelles qui aboutissent soit à des affections catarrhales des organes digestifs, respiratoires ou autres, suivant les prédispositions individuelles, soit à des manifestations cutanées telles que : furoncles, anthrax, abcès, phlegmons, etc., etc.

Dans nombre de cas, ces maladies présentent des prodromes dont le cachet de ressemblance ne laisse aucun doute sur la spécialité et sur l'identité de la cause génératrice.

Si, d'un autre côté, on considère la manière dont les phénomènes du début se sont présentés chez cet homme, il est permis, je crois, de rattacher son affection à des influences de même ordre que celles dont l'exposé précède.

CLINIQUE DE MONTEVIDEO.

Rétrécissement du rectum; rectotomie externe; mort; autopsie.

Par le docteur J.-A. Fort.

En novembre dernier, je reçois la visite d'un jeune homme de vingt-cinq ans, à physionomie sympathique, qui vient me demander à être opéré d'un rétrécissement du rectum.

José M..., c'était son nom, me raconta qu'il souffrait depuis cinq ans environ. Plusieurs médecins l'avaient examiné et lui avaient conseillé l'opération. L'un d'eux même l'avait opéré, il y a trois ans, d'une manière incomplète probablement, car son état n'avait pas été amélioré. Il s'était fait fabriquer, sur le conseil des médecins, des morceaux de bois de différentes dimensions au moyen desquels il se faisait lui-même la dilatation. Le plus petit, qui n'égalait pas le volume du petit doigt, ne pouvait plus passer à travers le rétrécissement. Le malade souffrait, il ne vidait son intestin qu'avec beaucoup de douleurs et de difficultés; il y avait une suppuration assez abondante; il salissait son linge; bref, la vie lui devenait insupportable.

Je l'examinai et je pus constater qu'une sonde seule passait, le rétrécissement n'admettait pas même l'extrémité du petit doigt. Je ne pus, en questionnant le malade, préciser quelle était la nature du rétrécissement. Cependant, comme il y avait quelques nodosités au-dessous du point rétréci, surtout à la paroi antérieure, que le malade rendait quelquefois du sang, je n'étais pas éloigné de penser qu'il y avait là un tissu hétéromorphe qui diminuait le calibre de l'intestin. Ce n'était là qu'une hypothèse, du reste peu importante dans ce cas, puisque l'indication restait la même au point de vue opératoire.

Il existait, en avant de l'anus, une petite hémorroïde, du volume d'une petite noisette, et on voyait quelques élévations rougeâtres de la peau, entre l'anus et le scrotum.

Connaissant le peu de succès de la dilatation graduelle et les dangers auxquels elle expose, sachant, du reste, que le malade se dilatait sans résultat depuis longtemps, je fus de l'opinion du malade qui réclamait l'opération et il fut décidé qu'elle se ferait un mois et demi après, une fois qu'il aurait fait l'inventaire de son magasin.

Je lui pratiquai l'opération de la *rectotomie externe* le 11 janvier, selon le procédé employé par le professeur Panas. En 1882, à Rio-de-Janeiro, j'avais pratiqué deux fois cette opération avec un plein succès.

La première fois, c'était sur une jeune femme de vingt-deux ans, ayant un rétrécissement cicatriciel du rectum; je l'opérai avec le bistouri, elle guérit parfaitement.

La seconde fois, il s'agissait d'un rétrécissement cicatriciel également chez une femme que j'opérai avec le thermo-cautère. La plaie s'ulcéra un peu, mais après quelques semaines la malade guérit également. Dans ces deux cas, j'avais eu recours au procédé de M. Panas.

Le rétrécissement était situé, chez mon malade, à 3 centimètres au-dessus de l'anus. Le malade étant chloroformé par le docteur Rappaz et placé dans la position de la taille, je fis maintenir un gorgeret dans le rectum, au-dessous du point rétréci, et je pus inciser librement la partie postérieure de l'anus et le sphincter externe dans une étendue de 2 centimètres du côté de la peau. Écartant les lèvres de l'incision avec les doigts de la main gauche, j'incisai en remontant à une hauteur de 3 centimètres. Arrivé au point rétréci et craignant d'ouvrir quelque vaisseau, je passai la chaîne de l'écraseur, au moyen d'une aiguille, par-dessus la partie postérieure du rétrécissement que je divisai en quelques instants.

Lorsque j'introduisis l'aiguille qui conduisait la chaîne, j'eus soin de protéger la paroi antérieure du rectum au moyen d'une petite spatule creusée en gouttière, dont je me sers pour d'autres opérations.

Après la division du rétrécissement, j'introduisis une énorme canule de caoutchouc.

Il y eut à peine quelques gouttes de sang versé.

Le malade fut placé dans son lit avec un pansement antiseptique.

Je lui prescrivis 4 centigrammes d'extrait thébaïque à prendre journellement pour éviter les évacuations intestinales.

Il fut pansé d'abord deux fois par jour, plus tard une fois. La plaie était toujours bien lavée à l'eau phéniquée et j'avais soin d'interposer un long tampon de coton imbibé d'eau phéniquée

entre la partie incisée et la paroi postérieure de la canule de caoutchouc.

Tout alla parfaitement jusqu'au treizième jour.

Du 18 au 23, le malade se levait, se promenait dans la chambre et il commençait à manger. Il se trouvait parfaitement.

Le 23, malgré ma recommandation, il commit l'imprudence de rester assis une partie de la journée.

Le 24, il y eut un frisson, du malaise et des troubles généraux. La petite tumeur hémorroïdale et les saillies que j'ai signalées sur la peau du périnée étaient tuméfiées, rouges et luisantes.

Le 25, douleurs de ventre, hoquet; il se forme une péritonite.

Le 26 et les jours suivants les symptômes de l'infection purulente s'accentuent davantage, et, le 31 janvier, à onze heures et demie du soir, le malade meurt.

Autopsie. — Le crâne n'est pas ouvert.

La plèvre gauche est le siège d'un épanchement séro-purulent.

Les deux poumons sont fortement hyperémiés et le gauche renferme un grand nombre d'abcès métastatiques.

Le péritoine renferme une quantité énorme de liquide purulent; les intestins sont fortement dilatés par les gaz.

Il n'y a rien dans les viscères dont il n'est pas fait mention, à part une arborisation vasculaire du péricarde et des plèvres.

Le rectum est extrait du bassin. On voyait l'incision de l'opération produite par le bistouri et par la chaîne de l'écraseur et mesurant en tout une longueur qui n'atteignait pas 5 centimètres. La paroi rectale n'avait pas été divisée dans toute son épaisseur.

Ce cas est assurément un cas malheureux; mais doit-on, pour un insuccès, renoncer à une opération aussi simple et aussi facile dans son exécution que l'opération de Panas? Stafford, Nélaton, Panas, Poinsot lui doivent des succès. Pour mon compte, je la préfère à la rectotomie interne de Verneuil et je la conseillerais dans tous les rétrécissements, quelle que soit leur nature, même dans les rétrécissements cancéreux. Mon malade n'est pas mort parce que je lui ai pratiqué la rectotomie externe; il est mort parce qu'il avait une plaie et l'on sait que malheureusement toutes les plaies peuvent se compliquer d'infection purulente, étant donné certaines conditions de leur situation et de la difficulté du pansement.

Je ne suis pas éloigné de croire qu'il s'est produit quelque modification dans la plaie le jour où le malade est resté assis une partie de la journée; c'est en effet le jour suivant que se sont montrés les premiers symptômes de l'infection purulente.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er avril 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Siredey dans la section de pathologie médicale; M. Delisle adresse un rapport présenté à M. le préfet d'Eure-et-Loir sur la statistique des nourrissons nés en 1881 dans ce département; M. Burlureaux, médecin-major, adresse une étude sur les maladies observées en Tunisie de 1881 à 1883.

M. le Président informe l'Académie que M. Henri Gueneau de Mussy accepte la mission de représenter l'Académie à la célébration du centenaire de la fondation de l'Université d'Édimbourg.

DISCUSSION SUR LA LOCOMOBILITÉ DU CERVEAU

M. Colin (d'Alfort), à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Luys, dit que le déplacement du cerveau dans le crâne est évident sur le cadavre; mais, sur l'animal vivant, les mouvements du cerveau sont beaucoup moins marqués. On peut les constater toutefois en fixant soit une circonvolution cérébrale, soit un vaisseau. On observe ainsi les mouvements produits sous l'influence de la pesanteur en avant, en arrière et latéralement, suivant les diverses inclinaisons imprimées à la tête de l'animal. Ces mouvements cessent lorsque cessent les inclinaisons et l'on ne voit plus que les mouvements produits sous l'influence de la respiration et de la circulation.

Longet avait nié à tort les déplacements du cerveau par l'action de la pesanteur. M. Colin les a constatés sur le cerveau mis à nu des animaux vivants. Il a vu que cette locomobilité était plus marquée sur certains points que sur d'autres, en particulier au niveau de la scissure interlobaire et dans le voisinage des tissus.

M. Luys a constaté, dans ses expériences, des déplacements très étendus, mais cela tient à diverses causes : 1° M. Luys a observé sur le cadavre, alors que le cerveau a subi une réduction sensible; 2° il a enlevé la dure-mère et détruit ainsi les petits tubes séreux qui vont de la face externe de l'arachnoïde à la dure-mère et qui, contribuant à maintenir les circonvolutions cérébrales, limitent les mouvements du cerveau; 3° sur le cadavre il n'existe plus de liquide sous-arachnoïdien, ce qui contribue à augmenter le vide de la cavité et à favoriser le déplacement; 4° sur le cadavre le sang est coagulé dans les sinus, ce qui ne permet plus à ce liquide de se déplacer.

Telles sont, suivant M. Colin, les raisons pour lesquelles M. Luys a observé des déplacements aussi étendus. Sur l'animal vivant, ils sont beaucoup plus restreints et ne sont à peu près marqués que vers les sinus.

M. Luys répond que les expériences de M. Colin ont porté seulement sur les animaux et que les conditions très différentes, chez l'homme, de la direction de l'axe cérébro-spinal changent complètement les résultats de l'observation. Les régions sur lesquelles M. Luys a fait ses observations n'existent pas chez les animaux. Quant à l'objection du vide sur le cadavre, M. Luys y avait répondu d'avance en faisant, d'une part, des injections coagulables dans les vaisseaux et destinées à rétablir l'équilibre; d'autre part, en injectant des liquides dans l'encéphale.

M. Béclard aurait quelques observations à présenter sur la communication de M. Luys; mais comme l'ordre du jour est chargé, il remet ce qu'il aurait à dire à la séance prochaine.

LECTURES

Chromidrose. — M. Dechambre, après avoir fait quelques remarques relatives à l'état de l'opinion sur ce sujet, montre que la préoccupation de supercherie quant à la chromidrose faciale a fait perdre de vue l'existence possible de sueurs colorées sur d'autres parties du corps. Il rapporte l'observation d'une femme de vingt-sept à vingt-huit ans chez laquelle la supercherie ne pouvait être invoquée, étant donné l'état moral et la vie très réglée et laborieuse de cette femme Quatre jours après ses couches, la malade vit apparaître des taches qui occupèrent d'abord le cou, le dos et le devant de la poitrine, puis s'étendirent aux seins et au ventre, respectant la face. Quatre mois après ces couches, ces taches étaient d'un bleu clair, d'autres vertes ou jaunes.

L'enduit coloré tachait fortement le linge; on l'enlevait aisément par le frottement qui laissait cependant persister un fond très nettement coloré; il se dissolvait très bien dans l'eau chaude.

L'examen de divers morceaux de linge imbibés, confiés à MM. Personne, Videau, Schutzenberger, chimistes, et à M. Hénocque, histologiste, donna les résultats suivants :

M. Personne crut à l'existence de principes relevant de la bile; M. Videau rejeta cette manière de voir; M. Schutzenberger regarda cette matière colorante comme analogue à l'uroxanthine.

M. Hénocque, qui avait examiné cette matière colorante au microscope, y constata la présence de cellules épithéliales, de granulations graisseuses colorées, de cristaux et de paillettes bleues, enfin de granulations pigmentaires.

M. Colin. M. Dechambre a rappelé l'opinion de M. Personne

sur l'origine biliaire de la matière colorée de la chromidrose. C'est une hypothèse qui mériterait d'être examinée. Il y a effectivement dans la bile une matière jaune qui devient bleue sous l'influence de certains réactifs. Je me demande si cette matière colorante jaune de la bile amenée sur certains points de la peau, plus ou moins recouverte d'une sueur acide, ne trouverait pas dans l'acidité de cette sueur le réactif sous l'action duquel elle passerait au bleu.

Recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, en son nom et au nom de M. Audigé, communique les résultats des recherches expérimentales sur l'alcoolisme chronique, qu'ils viennent de faire en commun.

Ce travail fait suite à celui qu'ils ont publié en 1879, et dans lequel ils avaient appelé l'attention sur les deux points suivants; savoir : 1° que pour les alcools primordiaux fermentés, l'action toxique suit d'une façon pour ainsi dire mathématique la formule atomique de ces alcools ; 2° que plus on s'éloigne de l'alcool vinique, plus l'action nocive est grande et proportionnée aux quantités d'alcool élevées dans la série qu'ils renferment. Ces propositions ayant donné lieu à quelques objections, c'est pour répondre à ces objections qu'ils ont entrepris de nouvelles recherches sur les porcs. C'est la relation de ces expériences qui fait le sujet de ce nouveau travail. En voici les conclusions :

De toutes ces expériences, les auteurs ont cru devoir conclure :

1° Que les alcools administrés d'une façon lente et continue déterminent chez le porc, au bout d'un certain temps, des lésions anatomiques qui consistent en des congestions et des inflammations du tube digestif et du foie, sans atteindre cependant dans cet organe le degré d'hépatite interstitielle que l'on observe chez l'homme ; en des congestions du parenchyme pulmonaire qui peuvent aller quelquefois jusqu'à l'apoplexie; en des dégénérescences athéromateuses des gros vaisseaux et en particulier de l'aorte, et enfin en des suffusions sanguines dans l'épaisseur des muscles et du tissu cellulaire.

2° Que les alcools de vin et ceux qui sont complètement rectifiés produisent des lésions peu appréciables, tandis que, au contraire, elles sont très accusées avec les alcools bruts ou mal rectifiés provenant soit des betteraves, soit des graines, soit des pommes de terre.

3° Que la liqueur d'absinthe et l'essence d'absinthe déterminent chez les animaux de l'excitation et finissent par déterminer des phénomènes convulsifs.

M. Dujardin-Beaumetz, dans une deuxième partie de sa communication, entretient l'Académie d'un autre point plus délicat de cette question de l'emploi des alcools, des modifications qu'ils subissent dans l'économie. On connaît les deux opinions opposées, qui ont été soutenues, l'une voulant que l'alcool passe dans l'organisme entier sans y subir de modification, l'autre prétendant, au contraire, que l'alcool subit, par le fait de la combustion, des transformations plus ou moins profondes. M. Dujardin-Beaumetz, après examen de ces deux opinions, a voulu soumettre la question de la combustion à la critique expérimentale; ce sont les résultats auxquels il est arrivé qu'il va faire connaître. Voici en quels termes il résume cet examen.

Lorsqu'on introduit l'alcool dans l'économie à dose non toxique, une certaine quantité subit une transformation en acide acétique, puis en acétate alcalin, puis enfin en carbonate, une autre partie est éliminée en nature. L'alcool est donc un aliment, mais c'est un aliment d'épargne, c'est-à-dire un aliment qui, au lieu d'activer les combustions, les ralentit, au contraire, en soutirant une certaine quantité d'oxygène aux globules sanguins. C'est cette action sur les globules qui explique le pouvoir antithermique des alcools, pouvoir antithermique qui atteint son summum d'intensité lorsqu'on atteint des doses toxiques. Dans ce cas, en effet, il n'y a pas absorption de l'oxygène de l'hémoglobine, mais bien destruction du globule sanguin lui-même. La portion de l'alcool qui n'est pas comburée agit alors directement sur certains points de l'axe cérébro-spinal et y détermine alors les phénomènes d'ivresse de toxicité et des modifications vaso-motrices variables suivant les doses d'alcool employées.

Cette explication, dit en terminant M. Dujardin-Beaumetz, me semble rendre bien compte des effets multiples de l'alcool et en particulier de ces effets thérapeutiques, effets qui ont pris dans ces dernières années une si grande place dans la cure de différentes affections et qu'il me semble difficile d'expliquer si l'on adopte exclusivement la théorie de la non-combustion de l'alcool.

M. MAURICE PERRIN désire présenter quelques observations au sujet de la lecture que vient de faire M. Dujardin-Beaumetz. Mais, vu l'heure avancée, il demande que la parole lui soit réservée au commencement de la séance prochaine.

RAPPORT

Eaux minérales. — M. BOUCHARDAT fils, au nom de la Commission des eaux minérales, donne lecture du rapport général sur le service des eaux minérales pendant l'exercice 1883.

Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Avezou est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IVe arrondissement de Paris.

— MM. les médecins du XIe arrondissement de Paris sont informés que, le jeudi 17 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours pour la nomination à deux places de prosecteur a commencé lundi dernier 31 mars. La question donnée aux seize candidats pour la première épreuve (épreuve écrite) a été : 1° La veine porte, anatomie et physiologie ; 2° L'anatomie pathologique des hémorroïdes.

— Le doyen de la Faculté de médecine de Paris rappelle aux intéressés qu'il y aura lieu de décerner, en 1884, le prix Lacaze : 1° *pour la période biennale* 1881-1882 (*Fièvre typhoïde*), reportée successivement à 1883, puis à 1884; — 2° et *pour la période biennale* 1883-1884 (*Phtisie*).

La valeur du prix Lacaze est de 10,000 francs pour chacune des périodes biennales.

— Par décret, en date du 25 mars, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve (emplois vacants par organisation) :

MM. les docteurs Capou, Massaloux-Lamonnerie, Guérin, Goutier, Brebiou, Abeille, Sauvat, Beausoleil, Pasturaud, Descourtis, Galliard, Coulbault, Gaultier de Beauvallon, Pruvost, Butte, Genty, Hay-Margirandière, Beaufils, Godefroy, Courréjou, Audouin, Doreau, Bouvier, Luce, Joseph-Lafosse, Mandinaud, Mamot, Peyraudeau, Gimié, Guasco, Nutte, Ferrand, d'Astros, Chataing.

— Par décret, en date du 29 mars 1884, il est créé, à la Faculté des sciences de Lyon, une chaire de physiologie.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 mars 1884, la chaire de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

— Par décret, en date du 31 mars 1884, M. Bondet, professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est transféré, sur sa demande, à ladite Faculté, dans la chaire de clinique médicale, en remplacement de M. Teissier, nommé professeur honoraire.

— Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. Edmond Simonin, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Nancy, ancien directeur de l'École de médecine, correspondant national de l'Académie de médecine, etc., etc.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Des conférences de chimie organique à l'usage des candidats à la licence ès sciences et à l'agrégation des sciences auront lieu, cette année, tous les samedis, à midi et demi, sous la présidence de M. le professeur Wurtz. Ces conférences commenceront samedi prochain 5 avril 1884.

— M. le docteur Verrier, préparateur à la Faculté, reprendra son cours d'obstétrique comparée suivant les races, à l'École pratique (amphithéâtre nº 3), le vendredi 4 avril, à une heure et demie et le continuera, à la même heure, les mercredis et vendredis suivants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie, par A. Rabuteau, docteur en médecine, etc. Quatrième édition revue et considérablement augmentée. 1 fort vol. in-8º avec 58 figures intercalées dans le texte. — Prix : 19 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire, par le professeur J. Hutchinson, ouvrage traduit et annoté par le docteur Hermet avec une préface de M. le professeur A. Fournier. 1 vol. in-8º avec figures et deux planches. — Prix : 6 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Sur le rapport qui existe entre une variété de la kératite grave dite scrofuleuse et l'astigmatisme de la cornée, par le docteur G. Martin. In-8º. — Prix : 75 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16001.

9

Dragées Sainte-Lucie
ou PILULES DRAGÉIFIÉES
TONI-PURGATIVES.

Préparées par E. HUYON, pharmacien à Solesmes (Nord), à la podophylline, extrait de quinquina et thridace, souveraines contre *les maladies de foie et les troubles digestifs* accompagnés d'embarras gastriques et intestinaux, *constipation, manque d'appétit, migraines, biles, glaires, lumbagos*, etc.

UNE ET DEUX PAR JOUR.

Nous ne saurions trop attirer l'attention de MM. les Médecins sur cette heureuse association de la Thridace soigneusement préparée et de l'Extrait de Quinquina à la Podophylline.

Des échantillons leur seront adressés sur demande. — Prix : 1 fr. 50.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

77

Pancréatine Defresne
Admise officiellement dans les Hôp. de Paris.

La **Pancréatine** est le digestif le plus puissant et le plus complet; elle n'a rien à redouter de l'acidité du **chyme** (*comptes rendus de l'Institut et de l'Académie, année 1879*). C'est pourquoi il faut l'administrer à la fin des repas.

Un gramme pancréatine Defresne.....	Peptonisent 30 grammes d'albumine.
Ou cinq pilules Defresne...........	Dédoublent 11 grammes de corps gras.
Ou une cuillerée sirop digestif.......	Saccharifient 10 grammes d'amidon.

Dégoût des aliments, Digestions difficiles, Lientérie, Dyspepsie, Gastralgie, Gastrite, etc. etc.

PANCRÉATINE DEFRESNE en poudre, 2 à 4 cuillerettes, **4** francs.

PILULES DIGESTIVES DEFRESNE, 3 à 5 pilules, **3** francs.

SIROP DIGESTIF DEFRESNE à la pancréatine, 2 à 3 cuillerées à café, **4** francs.

Pharmacie DEFRESNE, 2, rue des Lombards. et toutes les Pharmacies.

27

Elixir chlorhydro-pepsique **Grez**
(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux. dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

PARIS, ph^le^ GREZ, 34, rue de la Bruyère.

60

Podophyllin Delpech
contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

44

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

10

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté
AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

143

Hélénol du docteur de Korab
MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

97

Saint-Raphaël, Vin tannique,
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

65

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par RÉCAMIER, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur BOUCHARDAT, MM. FRÉMY, MONOD, RICORD, médecins des hôpitaux; MM. PORTALÈS, RIÉGÉ, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies*, *ménorragies*, *etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées*, *les diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.

Ph^ie^ SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

36

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci contre, en rouge. P. Rigollot

162

Vin de Bugeaud, toni-nutritif
AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

46

Pilules suisses
(*Pilules de coloquinte composées*).
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

81

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacée.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

50

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE

Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Marcellin Pouillet

Fl. p^r^ 10 litres d'eau. 2^f^,50
Fl. pour un bain.. 1 fr.

Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique**.

Approuvé par l'Académie de médecine.

CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

46

Iode libre. CAPSULES BOUÉ.
Spécifique des bronchites et des affections de poitrine.

Ces capsules contiennent chacune 1 centigr. d'iode libre, en dissolution oléique, seule préparation supportée par les voies digestives.

4 à 8 par jour avant les repas. — **3** fr. le flacon.

Paris, 34, rue Grenier-Saint-Lazare.

75

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris.

113

Le phosphate monocalcique
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharm^ies^.

41

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte Pierre Lamouroux
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

42

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE **Gille**
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 41. — SAMEDI 5 AVRIL 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 5 AVRIL 1884. — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Phlegmatia alba dolens. — Élimination de kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires. — Considérations sur le diagnostic différentiel des tumeurs dures de la voûte palatine. — Plaie par arrachement de l'oreille (morsure de cheval). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Phlegmatia alba dolens.

De la phlébite à la phlegmatia alba dolens, la transition est assez naturellement indiquée pour que nous ayons cru devoir faire suivre ce que nous avons dit de la première, dans notre précédente Revue, de quelques considérations cliniques nouvelles sur la seconde. Le texte va nous en être fourni par une très bonne étude sur ce sujet de M. le docteur H. de Brun.

L'histoire de cette affection a donné lieu, jusqu'à présent, à des interprétations très diverses. M. de Brun, ayant eu l'occasion d'en observer un assez grand nombre de cas, s'est livré à un examen attentif des symptômes et des manifestations qu'il a relevés, et l'analyse à laquelle il les a soumis l'a conduit à une classification des diverses modalités cliniques distinctes de cette affection et à leur interprétation pathogénique.

Voici d'abord quelques-unes des particularités signalées par M. de Brun au sujet de chacun des symptômes réputés caractéristiques de l'affection : la douleur, l'œdème.

La douleur manque quelquefois ; elle manquait complètement dans un cas recueilli par M. A. Legroux dans le service de son père. Cette absence est, il est vrai, rare. Parfois, au contraire, la douleur est le premier phénomène révélateur de la maladie et, dans quelques circonstances, on l'a vu précéder de longtemps l'apparition des autres symptômes. Une malade observée par M. de Brun, trois semaines avant la manifestation de l'œdème, fut prise de vives douleurs du membre inférieur gauche. Le plus habituellement, cependant, les phénomènes douloureux précèdent de peu de jours l'enflure du membre.

Une fois constituée, la douleur est variable comme intensité. Parfois elle est très supportable. Dans d'autres cas, les douleurs sont intolérables, d'une violence telle qu'elles torturent les malades, les empêchent de dormir et ne leur permettent pas une seule position dans laquelle ils puissent trouver le moindre soulagement. Les mouvements les exagèrent notablement ; mais c'est surtout la pression qui donne la mesure de l'hyperesthésie, de son étendue et de ses points d'élection.

Enfin il est des cas, moins nombreux sans doute, dans lesquels la douleur, au lieu d'être limitée, est diffuse.

L'œdème, comme la douleur, dans certains cas rares, fait complètement défaut. Par contre, il en est dans lesquels il constitue à peu près à lui seul toute la symptomatologie. La première observation rapportée par M. de Brun en est un remarquable exemple.

Le plus souvent, il est lié à la douleur. En général, c'est par la partie inférieure du membre qu'il commence ; il y reste localisé pendant quelques jours, puis monte rapidement, gagnant le genou et la cuisse. Quelquefois cependant, dans la phlegmatia alba dolens puerpérale, c'est par la partie supérieure de la cuisse qu'il débute.

Cet œdème est habituellement blanc, luisant et lisse. Mais il ne garde pas ces caractères pendant toute la durée de la maladie. Dans quelques cas il prend une teinte rosée, particulièrement dans la dothiénentérie. M. de Brun a vu, dans le service de M. Legroux, chez un sujet atteint de fièvre typhoïde, l'œdème rose foncé, pourpre, dès le début même de l'affection.

Parmi les autres symptômes, M. de Brun signale le cordon dur résultant de l'oblitération des troncs principaux, ainsi que les dilatations veineuses, indice d'une circulation collatérale ; l'impotence du membre, l'hydarthrose, enfin les modifications de la température.

La phlegmatia se présente sous deux formes bien différentes. Tantôt, dès le début, elle s'affirme comme une maladie maligne et bientôt mortelle ; tantôt, au contraire, elle n'est qu'un incident survenant au cours d'un état général plus ou moins grave, et si alors elle détermine la mort, ce n'est que par une complication rare, fortuite et le plus souvent inattendue. Ce sont la forme infectieuse et la forme non infectieuse : c'est de cette dernière seulement qu'il s'agit dans le travail de M. de Brun.

La forme non infectieuse ne revêt pas toujours le même aspect. Voici les distinctions auxquelles elle peut donner lieu.

Dans certains cas, la phlegmatia passe absolument inaperçue : pas de douleur, pas ou peu d'œdème. Cependant ces cas, qui n'attirent l'attention ni du médecin ni du malade, ne sont pas sans danger ; leur gravité tient à l'absence même de leurs manifestations symptomatiques. Les malades atteints d'une phlegmatia latente sont parfois surpris au milieu de leur marche ou d'un effort par une embolie pulmonaire, qui les foudroie. M. de Brun en a observé un cas

à l'hôpital Saint-Louis, en 1882, chez une malade qui avait été opérée trois ou quatre jours auparavant d'un épithélioma du sein et il a réuni depuis plusieurs exemples semblables, notamment un recueilli par M. Chantemesse dans le service de M. Fernet à l'hôpital Beaujon, deux publiés dans un travail de MM. Charcot et Ball, celui présenté par M. Duguet à la Société médicale des hôpitaux en 1881, celui de M. Hanot, etc., qui montrent que la thrombose des veines des membres peut souvent passer inaperçue, soit parce que le caillot n'obture pas complètement la lumière du vaisseau, soit parce que l'affaiblissement du malade émousse en lui la sensibilité.

Cette forme latente de la maladie s'observe aussi bien dans la tuberculose pulmonaire que dans le cancer, aussi bien après la dothiénentérie que pendant la puerpéralité ; il n'est pas rare qu'après une opération chirurgicale la thrombose ait passé inaperçue et que la mort subite en soit en quelque sorte la première manifestation ; enfin, dans d'autres circonstances, le symptôme principal, l'œdème, est la seule manifestation de la coagulation veineuse.

Les remarques de M. de Brun relatives à l'étiologie se bornent à constater que la phlegmatia alba dolens se développe, dans la majorité des cas, par suite d'une altération plus ou moins grave du sang. Toutefois il y a des exceptions. Tel est, par exemple, le cas dont il a été témoin à l'hôpital de la Pitié, dans le service de la clinique, de la manifestation, sans cause appréciable, d'une violente phlegmatia chez un jeune homme, ayant envahi successivement les deux membres. Pendant tout le temps du séjour de ce malade à l'hôpital, les recherches les plus minutieuses d'une lésion organique quelconque, soit dans l'estomac, soit dans les poumons, susceptible d'entraîner une thrombose veineuse, ou d'une phlébite rhumatismale, furent absolument sans résultats. Force fut d'admettre une coagulation spontanée, indépendante de tout état cachectique. La phlegmatia, dans ce cas, comme dans quelques autres analogues, aurait-elle été en quelque sorte la première manifestation d'un état morbide grave dont les symptômes auraient éclaté après que ceux de la coagulation veineuse auraient disparu ? C'est ce qu'il eût été intéressant de chercher à savoir ; mais le malade a été perdu de vue. Ce qui donne une certaine valeur à cette supposition, aux yeux de M. de Brun, c'est l'existence bien avérée de phlegmatia survenue au début de la tuberculose pulmonaire avant que les symptômes locaux aient permis d'affirmer l'existence de lésions dans les poumons. M. de Brun en rapporte un cas qu'il a observé à l'hôpital Saint-Louis et M. Hanot lui en a communiqué deux semblables. La phlegmatia pourrait donc se manifester à toutes les périodes de la tuberculose, aussi bien, quoique moins souvent sans doute, à ses périodes initiales qu'aux périodes ultimes.

La thrombose a été observée aussi comme une sorte de prodrome du carcinome avant que tout symptôme fonctionnel ou douloureux en ait fait soupçonner l'existence. Enfin, contrairement à ce qui a été plusieurs fois affirmé, M. de Brun a observé la phlegmatia avec une égale fréquence après les fièvres typhoïdes graves et les fièvres typhoïdes légères, pendant la convalescence et le plus souvent lorsque les malades commençaient à se lever.

La phlegmatia, au point de vue pathogénique, se produit dans deux conditions bien distinctes : elle succède à une phlébite utérine (la phlegmatia puerpérale), ou elle résulte d'une coagulation sanguine spontanée, loin de tout foyer phlegmasique. Considérer cette dernière comme la conséquence de « l'inopexie », ne satisfait nullement M. de Brun. Quelles sont les conditions qui déterminent la coagulation du sang ? Adoptant sur ce point les idées professées par M. le professeur Renaut (de Lyon), M. de Brun considère l'endophlébite comme la cause première de la coagulation ; mais il restait à chercher encore sous quelle influence se produit cette lésion vasculaire. Il pense que, dans la majorité des cas, l'altération de l'endothélium reconnaît pour cause soit une nutrition viciée par un liquide sanguin pathologique (cachexies), soit une endophlébite subaiguë comme on en voit dans la fièvre typhoïde, dans le rhumatisme. Les faits à l'appui de ces deux interprétations ne manquent pas. Mais il est des cas dans lesquels ni l'une ni l'autre n'est admissible ; quelle est l'influence pathogénique dans ces cas ? C'est le système nerveux. Tel est le dernier point que M. de Brun s'est proposé d'établir. Il le fait en s'appuyant sur trois observations dont deux ont été recueillies par lui-même, l'une dans le service de M. le professeur Fleury, à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, l'autre dans le service de M. Péan à l'hôpital Saint-Louis, la troisième lui a été communiquée par M. Letulle. Dans celle de l'Hôtel-Dieu de Clermont, il s'agissait d'un homme qui s'était tiré deux coups de revolver, dont l'un, pénétrant dans la région auriculaire droite, avait produit une hémiplégie gauche et une phlegmatia alba dolens consécutive du même côté : à l'autopsie, on trouva un ramollissement cortical du cerveau portant sur une grande partie du lobe sphénoïdal et sur les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites ; la veine fémorale était remplie par un caillot fibrineux adhérent aux parois de la veine. Dans celle de l'hôpital Saint-Louis, c'était à la suite d'une chute sur la colonne vertébrale, suivie d'accidents paraplégiques, que se manifesta une phlegmatia alba dolens double. Celle de M. Letulle est relative à un cas de syphilis cérébro-spinale avec accidents paralytiques (névrite optique double, paraplégie progressive), précédés d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche survenue au huitième jour de la maladie.

Dans certains cas, effectivement, l'intervention du système nerveux ne paraît pas contestable. La lésion veineuse était assimilable aux troubles trophiques, arthropathies ou altérations cutanées d'origine nerveuse.

Élimination de kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires.

Nous assistions, il y a quelques jours, à une opération pratiquée par M. Verneuil sur une jeune malade qui lui avait été confiée par son voisin d'hôpital, M. Lancereaux, pour un kyste hydatique suppuré du foie. La relation de l'opération, l'étude des indications et des divers procédés opératoires, ainsi que la description du procédé qu'emploie habituellement M. Verneuil dans ces circonstances et qu'il a mis en œuvre chez cette malade, seront ultérieurement publiés dans la *Gazette*. M. Verneuil ayant incidemment parlé, à propos de ce fait, des divers modes d'issue soit naturelle, soit accidentelle, de kystes hydatiques, dont il a été témoin, a rappelé notamment deux faits que nous nous souvenons vaguement avoir vus dans son service : celui d'un homme porteur d'un kyste de cette nature et qui, ayant été renversé par une voiture dont la roue lui passa sur le corps, dut à cette circonstance de voir se vider et guérir son kyste, et celui d'un jeune garçon de la campagne

qui fut également redevable d'une guérison du même genre à un coup de poing vigoureusement asséné sur sa tumeur, — deux modes de guérison, par parenthèse, assez chanceux, et que l'art ne cherchera sans doute guère à imiter. — Il nous a paru intéressant, à cette occasion, de compulser une étude que vient de faire M. le docteur Berthaut, ancien interne des hôpitaux de Paris, sur l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires. Il y a dans ce travail une nombreuse collection de faits dont l'issue a été moins heureuse que celle des deux cas que nous venons de rappeler, puisque la plupart ont été communiqués à la Société anatomique, mais qui renferment presque tous un enseignement utile. Nous en citerons quelques-uns.

Les kystes hydatiques du foie, comme ceux de toute autre région, peuvent se terminer de manières bien différentes. L'hydatide peut être anéantie par le fait de l'épaississement de la paroi kystique, de sa transformation calcaire, ou par le mécanisme décrit par Davaine. Il consiste en une compression de la vésicule hydatique par suite de la diminution graduelle de la cavité kystique et le retrait de sa membrane sous l'influence de la formation et du dépôt d'une matière d'aspect sébacé qui s'accumule incessamment entre la membrane vésiculaire et la poche, jusqu'à l'oblitération complète de cette dernière. La mort du parasite peut être produite par une inflammation du kyste, spontanée ou traumatique. C'est à ce dernier processus que les deux malades cités ci-dessus, l'homme à la roue de voiture et celui au coup de poing, ont dû leur guérison. Enfin quelques-uns sont éliminés par diverses voies. On connaît les exemples que nous avons rapportés, dans le temps, d'ouverture de ces kystes dans les plèvres, dans les bronches, dans l'estomac ou dans les intestins. On a cité également des cas d'ouverture dans la veine porte ou la veine cave inférieure, dans les trompes utérines, dans les voies urinaires, enfin dans les voies biliaires. C'est de ces derniers cas seulement qu'il va être question ici.

Le premier phénomène de l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires, qui a été d'ailleurs très bien décrit par Davaine, est la rupture de la vésicule mère. Le liquide contenu dans cette vésicule traverse les canaux biliaires pour arriver dans l'intestin. En même temps ou plus tard les vésicules filles s'engagent les unes après les autres et à intervalles variables dans l'orifice ou le canal qui établit la communication, et continuent à progresser dans les canaux excréteurs de la bile pour arriver dans le duodénum.

La guérison peut être la conséquence de cette élimination. Mais cette heureuse terminaison est rare. La migration des hydatides à travers les voies biliaires détermine souvent des lésions du foie telles que la mort survient plus ou moins rapidement. On trouve dans ce cas des lésions multiples, les unes dues au développement même de la tumeur hydatique (hépatite scléreuse), les autres à la migration des hydatides, comparables à celles que produit la migration des calculs biliaires (angiocholite aiguë), se reproduisant à plusieurs reprises et ayant pour résultat, lorsque l'élimination est terminée, une dilatation souvent considérable des voies biliaires.

L'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires donne lieu ordinairement à deux ordres de symptômes très importants : la colique hépatique et l'ictère qui suit de près la colique. En même temps que ces deux symptômes, il survient souvent des accès fébriles (fièvre hépatalgique de Charcot). Les vésicules hydatiques ou les débris des membranes vésiculaires, quand ils s'arrêtent dans leur migration, peuvent déterminer l'obstruction prolongée ou permanente des voies biliaires avec toutes leurs conséquences, ictère permanent, matières fécales décolorées au moins pendant un certain temps et fétides, constipation et diarrhée alternatives, augmentation de volume du foie par suite de la rétention de la bile et de son accumulation dans l'organe, enfin angiocholite purulente, dont le symptôme le plus important est la fièvre intermittente hépatique.

Les lésions étendues du foie produites par l'angiocholite purulente donnent lieu à des troubles profonds dans les fonctions de l'organe. Les troubles de la circulation dans la veine porte expliquent les diarrhées séreuses abondantes qui surviennent chez quelques malades ; la stase sanguine dans ce système peut avoir pour conséquence des hémorragies gastriques ou intestinales.

Les phénomènes généraux indiquent ordinairement un état général très grave. La température est élevée, il y a dans quelques cas un état typhoïde avec ataxo-adynamie, ou bien prostration, stupeur, parfois délire et coma terminal. La présence de la bile dans le sang et l'albuminurie exposent le malade à mourir avec les symptômes de l'urémie. Enfin les troubles nerveux constituent un syndrome clinique très analogue à celui de l'ictère grave.

Par tout ce qu'on vient de voir, les plus grandes analogies symptomatiques existent entre l'élimination des kystes hydatiques du foie à travers les voies biliaires et la migration des calculs biliaires. Une différence, assez sensible cependant, les distingue et aggrave le pronostic de ces premiers accidents : c'est la gravité généralement beaucoup plus grande des lésions hépatiques. Tandis que, en effet, dans l'obstruction calculeuse, la bile seule exerce son action sur les canaux biliaires, l'angiocholite chronique et fréquente et l'angiocholite aiguë rare, dans l'obstruction par les hydatides, la bile est altérée par la présence des membranes vésiculaires, l'angiocholite aiguë est presque constante.

Voici les principales conclusions que M. Berthaut a tirées de l'analyse des treize observations de kystes hydatiques ouverts dans les voies biliaires rapportées dans son travail, aux points de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique de ces accidents :

Le diagnostic est basé sur les quatre caractères suivants : coliques hépatiques, ictère, diminution de volume de la tumeur, présence de vésicules hydatiques entières ou rompues dans les matières fécales ou dans les matières vomies, lorsque l'élimination a lieu par les voies digestives, circonstance la plus favorable.

L'ictère persistant indique une obstruction permanente du canal hépato-cholédoque et doit faire craindre le développement de l'angiocholite suppurée.

La communication du kyste avec les veines donne lieu aux mêmes symptômes et ne peut guère être distinguée de l'angiocholite suppurée.

La diminution du taux de l'urée indiquerait des lésions étendues de l'organe hépatique ; l'ascite révèle la stase sanguine dans le système de la veine porte ; l'œdème des membres inférieurs est un symptôme de la compression de la veine cave inférieure.

L'albuminurie, signe de lésions rénales, et la faiblesse cardiaque expliquent l'anasarque qui survient quelquefois à la fin de la maladie.

La présence du liquide bilio-purulent et de membranes

kystiques dans les urines serait une preuve que la tumeur hydatique est en communication avec le bassinet.

Les signes d'un épanchement pleural n'indiquent que le contenu du kyste a passé dans la plèvre que lorsqu'un épanchement abondant se produit immédiatement après un accès de douleurs violentes, semblables à celles de la pleurésie diaphragmatique.

Enfin les signes d'une excavation pulmonaire indiquent le passage dans les poumons, rendu certain par l'expectoration d'un liquide bilio-purulent contenant des membranes hydatiques colorées par la bile.

Le pronostic ne présente des chances favorables de guérison que lorsque l'élimination du kyste a lieu par les voies digestives ou par les bronches. A part ces deux circonstances et celle de la coexistence de calculs biliaires, la mort est la terminaison à peu près constante.

Le traitement ne peut être utilement institué, et le seul possible est l'intervention chirurgicale, que lorsque l'on peut préciser le siège de la tumeur dont on a reconnu l'élimination à travers les voies biliaires. Ici nous rentrons dans la question du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie, dont nous parlerons lors de la relation du fait et de l'opération de M. Verneuil, qui a été l'occasion de ce que nous venons de rapporter.

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES TUMEURS DURES DE LA VOUTE PALATINE.

Par le docteur E. Magitot.

Les tumeurs dures de la voûte palatine sont rares (1); leur historique est donc facile : sous le nom d'enchondromes, on trouve dans les auteurs *trois* observations. Deux d'entre elles sont dues à Abernethy et à Jourdain (2); mais les obscurités de leur histoire ne permettent guère de leur assigner une origine précise. La troisième, désignée par M. Trélat sous le terme d'adénochondrome (3), fut disséquée par M. Malassez, qui crut devoir la rattacher à une dégénérescence d'une glandule salivaire du voile.

Les ostéomes ne sont pas plus communs, ni surtout mieux définis. A l'exception de ces productions dures qui, d'après Chassaignac, marqueraient le début des accidents syphilitiques tertiaires, on ne rencontre que quelques relations d'exostoses signalées par Vidal de Cassis et Toirac et qui, d'après les auteurs, seraient très communes à la surface de la voûte.

Or nous savons ce qu'il faut penser aujourd'hui de la valeur seméiologique de l'exostose médiane palatine au point de vue de la syphilis tertiaire, depuis que MM. Richet, Cullerier et Duplay ont refusé à ce signe tout caractère spécifique.

Quant aux exostoses mentionnées comme fréquentes, nous sommes tenté de les considérer comme de simples nodosités, osseuses il est vrai, et fréquemment observées aussi bien à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure, et qui ne se rattachent ni à la syphilis ni à la goutte, ni à aucune diathèse.

Nous avons eu assez fréquemment l'occasion de les observer soit sur le vivant, soit sur des pièces anatomiques. Quelques naturalistes les ayant rencontrées sur des crânes de nos collections, et frappés de leur densité et de leur aspect éburné, avaient soupçonné dans leur composition anatomique la présence de l'ivoire et même de l'émail, comme cela se rencontre sur les plaques dentinaires de certains vertébrés inférieurs, les poissons. Un examen histologique a permis de reconnaître que ces nodosités, de forme presque toujours hémisphérique, soit isolées, soit en chapelet, sont uniquement composées de tissu osseux compact et éburné, avec prédominance de la substance fondamentale sur les ostéoplastes et leurs ramifications.

Restent les kystes de la région palatine au sujet desquels nous n'avons recueilli dans les auteurs que deux ou trois faits : l'un d'eux est dû à Saucerotte (1) et désigné sous le nom de *kyste séreux*, le second à Cruveilhier (2), et les détails de ce dernier semblent devoir le rattacher à un abcès d'origine dentaire.

Un troisième fait, dû à M. Henrot (3), est désigné par lui sous le nom de kyste sébacé, terme bien impropre en tous cas, la muqueuse palatine ne renfermant, comme on sait, aucune glande de cette nature.

Tel est l'état de la littérature chirurgicale sur les tumeurs dures de la voûte palatine ; nous entendons parler exclusivement ici de celles qui ont leur origine première dans cette région, car nous évitons de comprendre sous ce terme les tumeurs ou les kystes qui, ayant pris naissance dans les mâchoires, n'ont envahi la voûte que consécutivement.

Quant aux productions molles, toute la nomenclature des néoplasmes s'y trouve représentée : les sarcomes, les papillomes, les épithéliomes, les carcinomes, etc. Nous n'y insistons pas, le problème diagnostique que nous désirons soulever s'adressant exclusivement aux tumeurs dures.

Or nous avons observé personnellement, dans ces derniers temps, deux tumeurs dures de la voûte palatine, et toutes deux ont été l'occasion de difficultés si considérables dans le diagnostic que nous avons cru utile de les faire connaître.

Le premier de ces faits a d'ailleurs été publié récemment (4). Nous rappellerons donc seulement qu'il était relatif à l'apparition lente et progressive d'une tumeur chez une femme de soixante-quatorze ans entièrement dépourvue de dents depuis longtemps. La tumeur, du volume d'une petite amande, resta d'abord indolente pendant plusieurs années, puis devint le point de départ de phénomènes névralgiques très intenses qui engagèrent plusieurs chirurgiens des plus expérimentés à une intervention opératoire. Une sage réserve les arrêta cependant, et plusieurs années après le début de la tumeur celle-ci livra passage à une dent canine qui fut reconnue par une enquête rétrospective comme effectuant son éruption à la fois tardivement et hétérotopiquement au centre de la voûte.

Cette observation est loin d'être isolée : il existe en effet dans les auteurs, dans Jourdain entre autres, diverses relations analogues, soit chez l'adulte, soit chez le vieillard.

Nous en avons recueilli nous-même un certain nombre qui figurent à leur place spéciale dans un livre publié en 1877 sur les anomalies de l'appareil dentaire (5). Nous constatons seulement avec quelque surprise le silence de la plupart des traités chirurgicaux sur cette variété de tumeurs palatines.

Notre second fait, absolument inédit, se rattache par un côté au précédent, car la tumeur palatine a encore pour origine une anomalie dentaire ; mais il en diffère par le volume bien plus considérable de la masse, par l'intensité et l'étrangeté des accidents, et par les difficultés plus grandes encore du diagnostic.

Voici le sommaire de cette observation :

Tumeur dure de la voûte palatine ; douleurs névralgiques intenses du côté droit de la face ; paralysie du muscle droit externe du globe oculaire du même côté; strabisme interne ; incertitude du diagnostic; hypothèse d'une tumeur spécifique ; impuissance du traitement antisyphilitique ; inflammation brusque de la masse ; ouverture d'une vaste poche osseuse au fond de laquelle est implantée une couronne de canine ; affaiblissement graduel des parois ; cessation immédiate des accidents.

---

(1) Voir Fano. *Des tumeurs de la voûte palatine et du voile du palais.* Thèse de concours, 1857.

(2) Jourdain. *Maladies de la bouche*, 1778, t. I, p. 417.

(3) Trélat. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1877, p. 714.

(1) Saucerotte. *Gaz. méd. de Paris*, 1856, p. 415.

(2) Cruveilhier. *Essai sur l'anatomie pathologique*, 1816, t. I, p. 320.

(3) Henrot. *Union médicale du Nord-Est*, juillet 1880, p. 27.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 461.

(5) Voir *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères.* Paris, 1877.

Le sujet qui fait l'objet de cette observation est un homme âgé de trente ans, d'une santé parfaite, et n'ayant à aucune époque souffert de la bouche ou des dents. On ne retrouve non plus dans ses antécédents aucun accident syphilitique.

Il y a huit mois apparut à la voûte palatine, presque au centre de la région, un peu à droite de la ligne médiane, une grosseur dure, incompressible, absolument indolente et sans aucune mobilité. Cette tumeur se développe avec une extrême lenteur et ne produisit tout d'abord comme seul phénomène qu'une gêne légère dans les fonctions de la bouche.

Au bout de deux mois de cette première apparition, la masse avait acquis le volume d'une amande ; les autres caractères étaient les mêmes : même indolence locale; mais bientôt après des douleurs s'éveillèrent dans le voisinage, affectant le caractère névralgique avec points d'élection sus et sous-orbitaires et irradiation à tout le tégument du côté correspondant de la face.

Peu de temps après apparut un nouveau phénomène : le malade s'aperçut qu'il louchait en dedans de l'œil droit.

Inquiété par ces différents symptômes, le malade consulta plusieurs médecins qui ne purent formuler un diagnostic et se bornèrent à des prescriptions banales sans effet. L'un d'eux pourtant le conduisit chez un de nos syphiliographes les plus distingués qui n'hésita pas à déclarer de nature tertiaire la tumeur de la voûte, la névralgie faciale et la paralysie oculaire.

Un traitement spécifique fut institué et poursuivi rigoureusement pendant six semaines, sans amener aucun effet. La tumeur palatine continua de s'accroître; les douleurs de voisinage et le strabisme persistaient sans aucun changement, lorsque, brusquement, et par suite peut-être de quelques contusions causées par certains aliments pendant la mastication, la masse s'enflamme, devient douloureuse à la pression et augmente rapidement de volume.

C'est à ce moment que nous voyons le malade pour la première fois. La tumeur, du volume d'une noix, a envahi presque toute la voûte; elle est rouge, tendue, très sensible à la pression. Nous constatons l'existence évidente d'un foyer et nous en pratiquons immédiatement l'ouverture.

Le bistouri rencontre au-dessous de la muqueuse une résistance évidemment osseuse qui arrête l'instrument et nous force à limiter l'incision. Il s'écoule un liquide abondant manifestement composé de pus et d'une sérosité visqueuse et filante.

La tuméfaction cependant ne s'affaisse pas et reste tendue comme avant l'incision.

Nous n'avions nous-même à ce moment fixé aucun diagnostic, nous bornant à répondre à l'indication simple d'un foyer purulent. C'est alors que nous fîmes, au moyen d'un stylet, une exploration de la cavité : l'instrument parcourt alors une poche à parois dures au fond de laquelle il vient se heurter sur un corps résistant, saillant, arrondi, lisse et poli. C'est évidemment la couronne d'une dent. Notre conviction fut aussitôt arrêtée; nous étions en présence d'un kyste folliculaire de la voûte palatine.

Un segment de la paroi, détaché au moyen d'un coup de ciseaux, permet de reconnaître la superposition des tissus suivants de dehors en dedans :

1° La muqueuse palatine notablement épaissie et injectée ;

2° Une coque osseuse mince, mais compacte et résistante ;

3° Une couche feutrée de tissu conjonctif, en forme de membrane lâche et tapissée à sa face libre par une couche épithéliale pavimenteuse qui paraît simple, sans épaississement par places, ni villosités.

Dans le liquide qui baigne la préparation, on reconnaît la présence des leucocytes du pus et quelques cristaux de cholestérine.

Examinant alors l'appareil dentaire, nous reconnûmes l'absence en son siège normal de la canine supérieure droite qui, au dire du malade, n'avait jamais paru.

L'ouverture du kyste fut suivie d'un tamponnement de la cavité, puis de lavages quotidiens qui amenèrent en une quinzaine de jours l'affaissement complet de la poche, la résorption progressive de la coque osseuse, et la couronne de la dent canine apparut finalement entre les lèvres de l'ouverture de la muqueuse. Elle y est encore actuellement, je suppose, car, outre que son peu de saillie la rend insaisissable aux instruments, son état indolent et le peu de gêne qu'elle occasionne sont des raisons suffisantes pour imposer l'abstention complète d'une intervention chirurgicale qui ne saurait s'effectuer sans délabrement sérieux.

Tel est le fait que nous désirions faire connaître. Il nous paraît autoriser les conclusions suivantes.

Conclusions. — 1° Il existe dans la voûte palatine une variété de tumeurs ayant pour origine l'hétérotopie d'un follicule dentaire. Cette variété se divise en deux sous-variétés : *a*) Une première comprend les faits de simple éruption d'une couronne coiffée seulement de la muqueuse correspondante; *b*) Une seconde sous-variété comprend les kystes développés au sein même d'un follicule frappé lui-même d'hétérotopie préalable.

2° Dans ce dernier cas, le follicule devient le siège d'une transformation kystique dont l'enveloppe n'est autre que la paroi du follicule lui-même coiffée d'une coque osseuse empruntée à la lame inférieure de la voûte.

3° Le diagnostic différentiel des tumeurs de la voûte devra toujours être subordonné à l'examen attentif de l'état de l'appareil dentaire. Toute anomalie par diminution numérique établie soit par l'examen actuel, soit par les renseignements rétrospectifs, devra toujours faire émettre l'hypothèse d'un fait d'hétérotopie dentaire kystique ou non.

PLAIE

PAR ARRACHEMENT DE L'OREILLE (MORSURE DE CHEVAL). — REUNION PARTIELLE PAR PREMIÈRE INTENTION. — PANSEMENTS PHÉNIQUÉS. — GUÉRISON PROMPTE.

Par M. le docteur E. Daprey (de Crécy-en-Brie).

Le 30 décembre 1883, le nommé H..., de la commune de Guérard, jeune homme de dix-huit ans, conduisait deux chevaux qui jouaient en se mordant. Un coup de dent, se trompant d'adresse, saisit l'oreille du conducteur et la détacha en partie de la tête.

Si l'on compare l'attache de l'oreille à une ellipse et qu'on tire deux diamètres, un vertical et un horizontal, le segment antérieur et supérieur représente assez bien la portion qui tenait encore chez notre blessé; les trois autres segments étaient absolument séparés et leurs ligaments arrachés. Le nerf issu de l'auriculo-temporal pendait sur la joue; il avait été, non pas rompu à son entrée dans l'oreille, mais extirpé du pavillon avec plusieurs de ses ramifications.

L'accident était arrivé depuis une heure, l'hémorragie était presque nulle, la sensibilité très amoindrie. La seule complication qui existât était un gonflement assez considérable occasionné par la morsure du cheval.

Je cherchai néanmoins à réunir par première intention; j'affrontai bien exactement les surfaces et appliquai huit points de suture métallique. J'appliquai immédiatement un pansement phénique renouvelable deux fois par jour.

Le tiers supérieur environ de la solution de continuité se réunit immédiatement; le reste, qui avait été fortement serré, ne se réunit que par suppuration. La cicatrisation était complète au bout de vingt-deux jours, sans aucun autre accident que la perte définitive de la sensibilité de la moitié inférieure du pavillon, par suite de l'arrachement des filets nerveux correspondants.

Cette observation montre la bénignité relative des plaies par arrachement de l'oreille quand la réunion est faite peu de temps après l'accident et encore on me permettra de faire remarquer que, dans le cas présent, la morsure du cheval avait ajouté une gravité spéciale à l'accident.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Statistique. — **M. TERRIER** fait connaître la statistique de son service au point de vue de l'infection purulente. Sur sept cas d'infection purulente, il a eu un seul décès.

Considérations sur le diagnostic différentiel des tumeurs dures de la voûte palatine. — **M. MAGITOT** fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, page 324.)

Monstre pseudencéphale. — **M. MONOD** présente une pièce anatomique. Ce monstre, dit-il, qui m'a été adressé par M. le docteur Carrive (de Sauveterre-en-Béarn), appartient à la famille des monstres *pseudencéphaliens*, genre *pseudencéphale*. On sait que cette famille a été divisée par Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire en trois genres, tous trois caractérisés par l'absence presque complète de l'encéphale, qui est remplacée par une tumeur vasculaire où l'on ne retrouve que quelques vestiges de substance nerveuse. Ils se distinguent entre eux par ce fait que dans les deux premiers (nosencéphale et thlipsencéphale) il n'y a pas de fissure spinale concomitante, tandis que dans le troisième, — les *pseudencéphales*, — le canal vertébral est fendu sur une plus ou moins grande longueur. Les deux premières variétés sont relativement fréquentes, la troisième, au contraire, exceptionnelle. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire n'en cite que sept exemples, dont trois personnels.

C'est en raison de cette rareté même que nous avons cru devoir vous soumettre cette pièce.

Ce fait est du reste absolument conforme à la description qu'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire nous a donnée des pseudencéphales.

C'est le même aspect du monstre qui l'a fait comparer, par l'apparence de la tête, à un singe, ou mieux encore à un crapaud. Le tronc et les membres sont bien conformés.

La fissure ici se prolonge jusqu'à la région lombaire. Entre les os du crâne écartés apparaît la masse charnue vasculaire qui tient lieu de cerveau. Au niveau du dos une masse osseuse, régulière, aplatie, occupe la ligne médiane; de chaque côté règnent deux fentes latérales. La pièce sera disséquée et examinée avec plus de soin.

Je me borne à signaler quelques particularités cliniques de ce cas.

Ce petit être appartient au sexe féminin, comme dans la majorité des cas rapportés par Geoffroy-Saint-Hilaire.

Sa mère est une vigoureuse campagnarde de trente ans, mariée depuis six ans, ayant déjà deux enfants vivants, l'un de cinq ans, l'autre de deux ans et deux mois, garçons tous deux.

Elle est accouchée avant terme, à sept mois. La grossesse avait été absolument normale; elle n'avait en rien différé des précédentes. La jeune femme s'était même, disait-elle, sentie cette fois beaucoup moins incommodée et plus vaillante. Elle avait seulement remarqué qu'elle avait toujours été fort grosse.

Particularité intéressante : elle avait senti remuer à l'époque ordinaire; et ces mouvements, bien que plus faibles, avaient encore été perçus l'avant-veille de l'avortement. L'enfant avait donc vécu, et ceci répond à l'assertion de ceux qui disent que chez les êtres qui sont privés de centres nerveux l'existence est impossible. On sait du reste que quelques-uns de ces individus ont pu survivre quelques jours après l'accouchement. Ici la mort était survenue au moment de la naissance. Les tractions avaient d'ailleurs été laborieuses, et avaient pu compromettre l'existence du fœtus.

Élongation et résection nerveuse. — **M. SCHWARTZ** fait une communication sur l'élongation combinée avec la résection du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique. Comm. : MM. Polaillon et Tillaux, rapporteur.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

102. M. Renouard. Du lupus et de ses rapports avec la scrofule et la tuberculose. — 103. M. Leleu. De la kératite interstitielle et de son traitement. — 104. M. Crosnier de Varigny. Recherches expérimentales sur l'excitabilité électrique des circonvolutions cérébrales. — 105. M. Hamel. Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. — 106. M. Gilson. De la cirrhose alcoolique graisseuse. — 107. M. Menon. De l'acide phénique dans le traitement de la fièvre typhoïde. — 108. M. Contancin. Essai sur la dilatation du cœur droit consécutive à la pneumonie lobaire, franche, aiguë. — 109. M. Birabeau. Étude sur l'extraction des sondes tombées dans la vessie. — 110. M. Proust. De la pneumonie traumatique. — 111. M. Bennezon. Étude sur l'étiologie et la pathogénie des abcès de la région mammaire. — 112. M. Noury. De la peptonurie. — 113. M. Denis. L'acide phénique dans le traitement des affections oculaires à forme sécrétante. — 114. M. Dagonet. Étude sur quelques points de la méningo-myélite expérimentale. — 115. M. Bertrand. Des tumeurs solides du médiastin. — 116. M. Reissein. Traitement préventif des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement. — 117. Mlle Lowry (Agnès). De certains accidents de croissance. Des ostéomyélites (fièvres de croissance). — 118. Mlle Lowry (Isabel). Des hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris sera fermée le vendredi saint 11 avril 1884.

— La première épreuve, — épreuve clinique, — du concours pour la nomination à trois places de médecins des hôpitaux et hospices de Paris s'est terminée, hier soir jeudi 3 avril 1884.

Ont été reconnus admissibles les vingt-six candidats dont les noms suivent : MM. Muselier, Merklen, Galliard, Hirtz (Edgar), Renault, Barié, Dreyfous, Brissaud, Lorey, Oulmont, Lucas-Championnière, Martin, Josias, Leroux (Marie), Comby, Faisans, Gauchas, Marie, de Beurmann, Jean, Hirtz (Hippolyte), Leduc, Béclère, Gaucher, Havage, Juhel-Rénoy.

— Le jury pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris se compose de MM. Porak, Marchand, Ribemont, Benjamin Anger, Pinard, Lailler et Berger.

Le nombre des candidats est de neuf. Ce sont MM. les docteurs Auvard, Bureau, Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Olivier, Rey, Schweich et Stapfer.

— La Société française de tempérance, association contre l'abus des boissons alcooliques (reconnue d'utilité publique par décret du 5 février 1880), tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. le docteur Jules Bergeron, membre de l'Académie de médecine, le dimanche 6 avril 1884, 3 heures précises du soir, à l'hôtel de la Société d'horticulture, rue de Grenelle, 84.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa séance générale le mercredi 9 avril 1884, à huit heures du soir, et le jeudi 10 avril, à une heure de l'après-midi, à la mairie du Ier arrondissement (place Saint-Germain-l'Auxerrois).

— MM. les docteurs Bar et Auvard recommenceront leur cours d'accouchements complet en 50 leçons, le mardi 22 avril à quatre heures et demie du soir, 20, rue Dauphine. — MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres obstétricales.

On s'inscrit chez M. Auvard, 105, boulevard Saint-Michel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des fièvres palustres avec la description des microbes du paludisme, par A. LAVERAN, médecin-major de première classe, professeur agrégé de l'école de médecine militaire du Val-de-Grâce. 1 vol. in-8° de 550 pages avec figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, par le docteur P. GARNIER (année 1883). 1 vol. in-12. — Prix : 7 francs. — Paris, Félix Alcan.

Traité pratique de massage et de gymnastique médicale, par le docteur J. SCHREIBER, ancien professeur libre à l'Université de Vienne, etc. 1 vol. in-18 cartonné, diamant, de 360 pages avec 117 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin.

Étude clinique et expérimentale sur la vision mentale, par le docteur CROUIGNEAU. In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Annuaire de thérapeutique pour 1884, par M. le professeur BOUCHARDAT et M. le docteur J. BOUCHARDAT, médecin-major. 1 vol. in-18. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16006.

9

Poudre de viande de bœuf DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.
(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies^.

19

Poudre de viande de bœuf
DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE
De Trouette-Perret
(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies^.

12

Affections cardiaques, Hydropisies, Albuminurie. Palpitations.

Sirop de Convallaria Maialis
LANGLEBERT, 2 à 3 cuillerées par jour.

Pilules de Convallaria Maialis
LANGLEBERT, 6 par jour.

Pharmacie LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs, Paris.

39

Liqueur des Dames
A BASE D'ANÉMONINE

Retirée de l'Anémone Puls, vulgairement appelée « FLEUR DES DAMES ».
(*Off. de Dorvault*, x^e^ édit., p. 252.)

Très efficace dans les cas d'AMÉNORRHÉE et de DYSMÉNORRHÉE.

FACILITE L'ACCOUCHEMENT

MM. les docteurs qui voudraient bien faire l'essai de cette Préparation et constater ses excellents résultats, sont priés d'écrire au préparateur, M. ENJOLRAS, pharmacien, 16, cours de Brosses, à Lyon, *qui se fera un plaisir de leur en envoyer gratis un ou deux flacons à titre d'expérimentation.*

17

Cachets digestifs H. Mourrut
PEPSINE ET DIASTASE
PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine 12 aout 1879.)

Ph^ie^ CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

58

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).
SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

106

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier
Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

82

Globules du docteur de Korab
A L'HÉLÉNINE DE KORAB

116

Topique Bertrand aîné

Seul breveté. Vente permise par arrêt de la Cour de cassation, 8 juillet 1854. **40 ans de succès.** Contre : *Douleurs rhumatismales, fluxions de poitrine, douleurs de reins, sciatiques, toux rebelles.* Prix : 0^f^50 à 3^f^. Envoi cont. timbres. — Ph. **BERTRAND aîné**, 21, pl. Bellecour, Lyon.

SE MÉFIER DES IMITATIONS.

Exiger la signature BERTRAND AÎNÉ. — Envoi échantillons gratis à MM. les Médecins qui nous en feront la demande pour l'expérimenter.

65

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

Quina-Laroche phosphaté

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina, sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition du système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22, rue Drouot. *J. Laroche*

13

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives
PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

56

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

96

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par MARIO LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux.**

contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

111

Bain de Pennès, hygiénique,
RECONSTITUANT, STIMULANT.

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux,** surtout les **bains de mer.**

Eviter contrefaçons en exigeant le timbre de l'Etat.

Gros : 2, r. de Latran. Détail : toutes pharm.

7

Vins d'Ossian Henry,
membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences,* etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales ph^ies^.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

6

Tamar indien Grillon
FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent. *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique,* etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc. Ph. GRILLON, 28, r. Grammont, Paris. B^te^, 2 f. 50.

21

Santal Citrin **Capsules à 0^gr^,40 d'essence pure.**

Préparées par CAVAILLÈS, ph., suc^r^ de ROGÉ.

Ces Capsules, journellement prescrites par les célébrités médicales, ne contiennent que de l'essence de Santal pure rectifiée. Elles remplacent avec avantage le copahu et le poivre cubèbe.

Ph^ie^ **Rogé-Cavaillès**, 9, r. du 4 Septembre, Paris.

96

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

55

Vin du docteur Forestier
TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.* Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

87

Ergotinine de Tanret
Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, ph^ie^ TANRET, 64, rue Basse-du Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.	3 mois : 10 fr.	». — 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Bacille de la tuberculose et traitement de la phtisie. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Chronique et nouvelles scientifiques.

Paris, le 7 avril 1884.

Nous recevons de M. le docteur Després communication de la lettre suivante qu'il vient d'adresser à M. le président du Conseil municipal de la ville de Paris :

« Paris, le 7 avril 1884.

Monsieur le président,

A l'occasion d'une interpellation adressée au directeur de l'Assistance publique par M. Pichon, conseiller municipal du quartier de la Salpêtrière, jaloux sans doute de se concilier le bon vouloir de deux cents et quelques électeurs de l'hospice laïque de la Salpêtrière, le Conseil municipal a, par 42 voix sur 48 votants, *invité* M. le directeur de l'Assistance à remplacer cent cinquante employées congréganistes par des laïques, c'est-à-dire à renvoyer cent cinquante religieuses. Ce vote, dont l'illégalité est flagrante puisqu'il s'agit de l'organisation intérieure des hôpitaux, constitue une nouvelle menace pour le bon ordre de ces établissements auxquels le conseil n'a point voulu faire grâce, même aux derniers jours de son mandat.

Tout a été dit sur le mérite et la valeur des sœurs hospitalières, en dehors de toute idée religieuse. Seules, sans famille, sans intérêts pécuniaires, vivant en réfectoire, couchant en dortoir, elles offrent pour 200 francs par an aux malheureux ce qu'aucune autre femme ne peut leur donner à moins de vivre matériellement comme une religieuse. Tout a été dit aussi sur le prosélytisme. C'est le côté faible du religieux de toute nature. Mais j'ai jadis montré qu'on le réprimait facilement, et mes convictions de libre-penseur et de républicain ne m'ont pas aveuglé au point de méconnaître que, si le prosélytisme au chevet du malade n'était pas à surveiller, la religieuse hospitalière serait, seule dans le monde, l'idéal de la perfection. Ces vérités, reconnues dans le monde entier, n'ont été jusqu'ici méprisées que par le Conseil municipal et le directeur de l'Assistance publique.

Ce dernier, en effet, s'est plu à exposer au Conseil un tableau flatté des infirmières et surveillantes laïques et à négliger ce qui eût pu éclairer le Conseil.

Voici ce qui devait être dit :

L'administration a reçu des plaintes contre le personnel laïque d'un grand hôpital, plaintes dont le journal *l'Intransigeant* même s'est fait l'écho l'année dernière. L'exploitation des malades de la Maison de santé par les gens de service avait scandalisé ce journal. Ces plaintes ne sont pas nouvelles : on sait depuis longtemps que l'on met de l'argent dans la main d'une laïque et qu'on n'en met point dans la main d'une religieuse.

Une enquête a été faite pour savoir le coût d'un hôpital laïcisé comparé au coût du même hôpital avant la laïcisation. Le travail a montré que la dépense avait doublé depuis le renvoi des sœurs.

Et si le Conseil avait demandé des détails, M. le directeur aurait pu parler d'un certain trafic du lait à l'hôpital de la Pitié, hôpital laïcisé depuis deux ans.

M. Quentin a jugé inexplicable la protestation des médecins et chirurgiens des hôpitaux en faveur des sœurs. Cette argumentation est facile. Ce qui n'est pas moins facile, c'est de suspecter notre intention et notre but. M. Quentin raisonne comme il administre, et nous lui répondons simplement : « Nous n'avons, Monsieur le directeur, d'autre but que de sauvegarder les intérêts des pauvres que vous avez compromis et que vous vous proposez de compromettre encore. » Il ressort, en effet, du discours de M. le directeur, — triste spectacle des folies de notre temps ! — que le service hospitalier le meilleur, le moins cher et le plus propre a été condamné par celui qui était le plus en mesure d'en démontrer la supériorité. Pour ce qui est des insinuations de M. Quentin à l'égard des médecins et chirurgiens que M. le directeur ne nous force pas à le lui rappeler; pour faire un homme comme lui, il a fallu une place vacante et l'amitié de Gambetta; pour faire des hommes comme nous, il a fallu trente ou quarante ans de travail et de dévouement aux besoins des malheureux de qui nous tenons en retour le savoir, la considération et la clientèle.

Monsieur le président, le directeur de l'Assistance publique est des vôtres; vous avez en commun engagé Paris sur la question des hôpitaux sans consulter la population. Sans écouter les avis des républicains les plus sincères sur ce point comme sur d'autres, vous vous êtes laissé aller à un genre de despotisme qui n'est pas moins odieux que celui des pires souverains; et si nous perdons jamais la République, s'il nous faut un siècle pour la reconquérir, c'est peut-être vous qui en aurez été la cause.

Veuillez agréer, etc.

Armand DESPRÉS,

Chirurgien à l'hôpital de la Charité, etc.

P. S. — La citation d'un fragment d'un article du *XIXe Siècle*, dû à la plume de M. F. Sarcey, dont M. Quentin veut

bien m'attribuer la prose, montrera je l'espère aux esprits les plus prévenus que le directeur de l'Assistance publique voit à côté de la vérité. J'ai publié, en effet, une lettre dans le même journal et j'y venais lutter contre l'administration de M. de Nervaux, comme je lutte aujourd'hui contre l'administration de M. Quentin pour les empêcher l'un et l'autre de troubler le repos et le bien-être des pauvres malades de nos hôpitaux. J'étais même seul alors ! MM. Quentin et Bourneville tenaient cependant une plume à cette époque. Mais plus froids ou plus calculateurs, ils n'ont parlé qu'avec timidité, pour m'adresser même, dans le *Progrès médical*, un petit blâme de réserve ! Ah ! c'est qu'il y avait alors quelque danger à parler.... le cléricalisme n'était pas encore abattu et la situation n'était pas encore descendue à leur portée. »

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

Bacille de la tuberculose et traitement de la phtisie.

I

La découverte du bacille de la tuberculose a-t-elle eu quelque influence sur le traitement de cette affection ? Telle est la question que je veux traiter avec quelques développements aujourd'hui. Et tout d'abord parlons de la prophylaxie.

La découverte remonte à 1882 ; or, dès 1880, voici ce que j'écrivais dans mon livre sur la curabilité et le traitement de la phtisie pulmonaire. Les notions étiologiques de la tuberculose, ainsi que je l'ai fait remarquer, il y a déjà bien des années, imposent au médecin des obligations nouvelles quant aux précautions à prendre dans l'entourage des malades ; il n'a plus seulement à se préoccuper de les traiter, il doit encore s'attacher, dans la mesure du possible, à préserver de tout danger d'infection les personnes qui sont habituellement en rapport avec eux, et, par suite, il faut s'efforcer de concilier les règles de la prudence avec les entraînements dévoués de l'affection. La bonne aération de la chambre, les pulvérisations biquotidiennes d'acide phénique ou de benzoate de soude, les soins les plus minutieux de propreté, la présence permanente d'un liquide désinfectant dans les vases qui reçoivent les crachats, la désinfection des linges et des pièces de literie maculés par l'expectoration : voilà les principales, les plus importantes de ces obligations. J'appelle expressément l'attention de mes auditeurs sur les pulvérisations destinées à assainir le milieu ; cette pratique est de mon fait, et j'ai pu, dans bien des cas, en apprécier les avantages, non seulement pour l'entourage du malade, mais aussi pour le malade lui-même, qui y trouve un utile auxiliaire du traitement. Cet ensemble de précautions n'est pas encore suffisant ; une autre condition doit être remplie qui est parfois difficilement réalisable, mais qui doit être imposée sans transaction par l'autorité du médecin, c'est la séparation des époux, auxquels il ne faut permettre ni lit commun, ni chambre commune. Même règle absolue pour les enfants, qui ne doivent, sous aucun prétexte, partager la chambre d'une personne affectée de phtisie, quelque peu avancée d'ailleurs que soit la maladie.

On voit donc les modifications profondes que doivent introduire dans la pratique médicale les données étiologiques de la tuberculose ; la conséquence n'en est pas moins importante au point de vue de la question plus spéciale du traitement prophylactique de cette affection. Cette conséquence, la voici : tout individu qui a été exposé pendant un certain temps à l'une de ses influences nocives doit être considéré comme menacé de tuberculose, et ce fait constitue par lui-même une indication du traitement préventif ; cette indication est formelle et pressante, si l'individu ainsi menacé présente l'état constitutionnel qui prédispose à la maladie.

Tels sont les principaux éléments indicateurs du traitement prophylactique qui sont issus des conditions étiologiques de la phtisie. Eh bien, je vous le demande, a-t-on fait et peut-on faire quelque chose de plus depuis les découvertes de Koch ? Non, absolument rien. Non, et l'une des preuves en est encore dans ce qui se passe en Allemagne. En effet, l'année dernière, en 1883, le département de la guerre de l'empire d'Allemagne, toujours à l'affût de ce qui peut intéresser la santé de l'armée, a adressé aux chefs de corps une circulaire leur enjoignant : 1° de renvoyer dans leurs foyers tout individu atteint ou même seulement suspect de tuberculose, afin de ne pas le laisser en contact au milieu de soldats sains ; 2° de désinfecter avec soin les linges, vases et crachats de ces mêmes individus, malades ou suspects. La circulaire est du mois d'août dernier et n'ajoute rien aux prescriptions que j'enseigne depuis maintes années, car, en réalité, on ne peut pas faire davantage. On ne peut pas enfermer les tuberculeux, et, du reste, ne leur faut-il pas un certain personnel pour les soigner ? Ce personnel lui-même devrait donc à son tour être séparé du reste du monde. Non, je le répète encore, on ne peut pas faire plus que ce que j'écrivais avant la découverte du bacille. Donc cette découverte n'a eu aucune influence sur les mesures prophylactiques et ne les a en rien modifiées.

Je rappellerai aussi que j'ai dit et répété que l'on devait redouter toute agglomération de tuberculeux au milieu de sujets sains. Mais alors que doit-on penser des établissements consacrés exclusivement aux phtisiques ? Pareille agglomération n'est-elle pas dangereuse, condamnable ? Oui, certainement, si avec ces tuberculeux se trouvent d'autres malades et surtout si ceux-ci sont atteints de quelques affections des voies respiratoires, car aucun terrain ne sera plus favorable au développement de la tuberculose. Donc pas de mélange. Là-dessus je reste absolu.

Mais cette agglomération de phtisiques est-elle mauvaise pour eux-mêmes ? Pas du tout, et l'expérience l'a démontré depuis nombre d'années.

Autre chose. L'agglomération des phtisiques est-elle dangereuse, condamnable, pour le personnel sain appelé à les soigner ? Oui et non, cela dépend. En effet, si dans cet établissement les précautions relatives à la désinfection ont été rigoureusement suivies, surtout si la ventilation fonctionne bien, cette agglomération n'est pas dangereuse pour un personnel sain. Mais si, au contraire, aucune précaution n'a été prise, ce même personnel sera dans les plus mauvaises conditions, sauf qu'il n'y aura pas cohabitation nocturne.

Ainsi donc toute agglomération de phtisiques est mauvaise pour des individus atteints déjà d'affection des organes respiratoires ; elle est insignifiante pour les phtisiques eux-mêmes ; enfin elle est innocente ou dangereuse pour l'entourage et pour le personnel, suivant que des mesures préservatrices auront été ou non prises. C'est pourquoi les *sanitaria* de montagnes sont d'excellents établissements, les mesures de désinfection les plus rigoureuses y ayant toujours

été prises avec soin, de telle sorte que pas un cas de contagion n'y a été observé depuis leur fondation, c'est-à-dire depuis une quinzaine d'années.

En résumé, donc, la découverte du bacille de la tuberculose reste sans aucune influence sur la prophylaxie de cette maladie.

Maintenant voyons ce qu'il en est pour le traitement prophylactique.

Au début de la phtisie, que doit-on faire, si ce n'est remédier à une nutrition mauvaise, imparfaite, dont le premier effet est de favoriser le développement, l'éclosion du tubercule? Donc il faut modifier cette nutrition, quelquefois même dès la naissance. Eh bien, je le demande encore, la découverte du bacille de la tuberculose a-t-elle ajouté quelque chose à nos connaissances prophylactiques? Non, absolument rien. Je vais encore vous donner lecture du passage suivant que j'écrivais en 1881 : Dans un groupe de cas malheureusement trop nombreux, la prophylaxie doit commencer dès le berceau, dès la naissance ; il en est ainsi pour les enfants des familles dans lesquelles on a à redouter la transmission héréditaire de la maladie. Lorsque c'est l'hérédité directe qui est en cause, c'est-à-dire lorsque la tuberculose existe chez les générations, l'allaitement maternel doit être absolument interdit; on pourrait croire que cette précaution est moins nécessaire lorsque le père seul est tuberculeux: telle n'est pas mon opinion, et alors aussi j'impose formellement l'allaitement non maternel; la mère est saine, c'est vrai, mais elle est incessamment exposée, par le fait de la cohabitation, à contracter la maladie de son mari, de sorte qu'à un moment quelconque de la période d'allaitement, son lait peut devenir pour l'enfant un agent efficace de transmission. Par suite, la prudence exige que l'on se comporte exactement comme si cette possibilité était une certitude. Donc, dans tous les cas à transmissibilité héréditaire directe, quel que soit le générateur affecté, il est nécessaire de proscrire l'allaitement maternel et d'y substituer celui d'une nourrice saine et vigoureuse.

Eh bien, encore une fois, peut-on dire plus? Je n'insiste pas, vous connaissez la réponse : Une hygiène excellente, une alimentation riche, des médicaments hydrocarbonés, le séjour à la campagne, un air pur, de l'hydrothérapie et de l'aérothérapie. Voilà quels sont et quels étaient les moyens réellement prophylactiques de la tuberculose et nous ne saurions rien y ajouter. Voilà, je le répète, les moyens en possession desquels nous étions avant la découverte du bacille de la tuberculose. Vous voyez donc que celle-ci n'a eu aucune influence sur le traitement prophylactique de cette affection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 29 mars 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATIONS

Anesthésiques. — M. RABUTEAU fait une communication ayant pour but de démontrer que tous les éthers à radical monoatomique sont de mauvais anesthésiques et, réciproquement, que tous ceux à radical diatomique sont de bons anesthésiques.

Contagion de la tuberculose. — M. BOULEY présente le recueil de ses leçons sur la contagion de la tuberculose par les animaux alimentaires. Il fait ressortir toute l'importance de la question et insiste sur la nécessité de mesures prophylactiques.

Influence des lésions cérébrales sur la température. — M. CH. RICHET a fait une série d'expériences sur ce sujet qui lui ont permis de constater que, généralement, les lésions cérébrales faisaient monter plus ou moins considérablement la température générale. A la suite de la lésion de certaines parties du cerveau, il y a d'abord de l'abaissement thermique.

M. OLLIVIER a constaté cliniquement que cet abaissement pouvait être très considérable dans certains cas d'hémorragie cérébrale et être suivi d'une élévation.

Paralysies psychiques. — M. GILLES DE LA TOURETTE fait, au nom de M. P. Richer et au sien, une communication sur les *Caractères cliniques des paralysies psychiques expérimentales.* Il résulte des expériences entreprises sous la direction de M. Charcot par ces deux auteurs que, sous l'influence de l'injonction type : « Vous ne pouvez plus remuer votre bras, il est inerte et retombe le long du corps, » la paralysie qui survient alors soit pendant la veille chez les sujets hypnotisables ou non, soit pendant la période cataleptique ou somnambulique de l'hypnotisme ou persistante à l'état de veille, présente les caractères suivants plus ou moins accentués selon les sujets :

1° Flaccidité complète du membre ; abolition totale de la motilité et de la sensibilité.

2° Exagération considérable des réflexes tendineux.

3° Trépidation spinale.

4° Perte du sens musculaire dans le membre paralysé.

5° Déformation considérable de la secousse musculaire obtenue au moyen de l'électricité faradique ou galvanique (Kathoke, fermeture du courant). Pendant l'état paralytique, la secousse atteint une hauteur double de celle qu'elle avait avant ou après la paralysie. Elle est très prolongée et son sommet est remplacé par un plateau accidenté se terminant brusquement par une descente rapide. La secousse électrique n'est plus sentie dans le membre paralysé.

6° Troubles vaso-moteurs : sensation de froid subjective et objective dans le membre paralysé ; zone de rougeur diffuse autour de la plus légère piqûre.

Ces caractères, qui jusqu'à présent avaient été laissés complètement dans l'ombre, sont de la plus haute importance et méritent d'attirer l'attention de tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent à la pathologie nerveuse.

Métallothérapie. — M. BURQ. Il y a nombre de gens qui, pour une raison ou pour une autre, n'ont pu encore prendre leur parti du triomphe, pourtant si tardif, de la métallothérapie, et qui déchireraient volontiers, s'ils le pouvaient, les rapports signés Charcot, Luys et Dumontpallier qui ont valu à son auteur la première récompense après plus de trente années de travaux. M. Rabuteau paraît tenir à prouver qu'il fait partie de ces inconsolables, et cependant il s'est associé à ses honorables collègues dans le vote de la récompense susdite (prix Godard), et, de plus, c'est lui, le premier, qui a trouvé juste de baptiser du nom de *Burquisme* la nouvelle méthode thérapeutique.

Dans la séance du 15 juillet 1882, déjà M. Rabuteau avait tenté d'établir que la métallothérapie n'est nouvelle ni en fait ni en principe, et que nous avons eu de nombreux précurseurs. Dans la séance du 16 février dernier, il a renouvelé les mêmes tentatives et les a même accentuées, en reprochant à la Société de biologie, qui a dû bien être quelque peu étonnée, à raison des votes auxquels M. Rabuteau lui-même avait pris part, la bienveillance dont elle a bien voulu nous honorer, et cela malgré la réponse topique que lui avaient faite MM. Bouley et Grimaux, dans la séance précitée du 15 juillet.

Comme nous n'avons, nous, aucun goût pour les redites, et que nous estimons d'ailleurs que les moments de la Société sont trop précieux pour la distraire par des discussions oiseuses, et que nous tenons à la réserver pour des questions autrement intéressantes, qui, depuis trente-cinq années, attendent leur tour de mise à l'ordre du jour, nous nous bornerons à renvoyer notre adversaire de la dernière heure à la réponse de MM. Bouley et Grimaux,

à celle que nous lui fîmes nous-même dans le Bulletin qui suivit, page 513 et suivantes, sous ce titre : *le Burquisme et le Perkinisme*, à notre récent ouvrage sur les *Origines de la métallothérapie*, etc., et, dût l'amour-propre de M. Rabuteau en pâlir, nous répondrons encore qu'il n'a même point la primeur de ses revendications tardives.

La question a été, en effet, longuement débattue avec MM. Despine (neveu), dans la *Gazette médicale*, en 1877, et Monard, dans le *Lyon médical*, et afin que la Société puisse, au besoin, achever de s'édifier sur les raisons décisives qui firent que ces deux honorables confrères eurent, eux, le bon goût de ne point revenir sur un sujet si épuisé, nous avons l'honneur de lui faire hommage d'un exemplaire du tirage à part des articles qui clôturèrent le débat.

La séance est levée.

Séance du 5 avril 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATIONS

Le cuivre et le choléra. — **M. MÉGNIN**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Burq, cite plusieurs passages d'une brochure sur l'épidémie de choléra dans l'arrondissement de Montbéliard, en 1854, qui contient un assez grand nombre de faits absolument opposés à l'opinion soutenue par M. Burq.

M. BOCHEFONTAINE rapporte, de son côté, plusieurs cas de mort par le choléra survenus à Villedieu.

Quant à l'action du sulfate de cuivre, les faits de MM. Charpentier, Mary, etc., ont démontré que les solutions de sulfate de cuivre ne deviennent microbicides qu'au centième. Or il suffit pour tuer un animal de lui injecter dans le tissu cellulaire une dose de sulfate de cuivre qui équivaut au dix-millième du poids du sang de l'animal. La dose suffisante pour tuer est de beaucoup inférieure à la dose à laquelle le cuivre deviendrait microbicide. Il n'y a donc aucune comparaison à établir entre l'action topique d'un médicament et son action thérapeutique.

M. LABORDE confirme ce que vient de dire M. Bochefontaine, et il ajoute qu'un lapin rendu septicémique meurt même plus vite quand il est traité par le sulfate de cuivre.

La tétrachlorure de carbone. — **M. BLANCHARD**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Rabuteau sur les anesthésiques, rappelle les expériences qu'il a faites, en 1881, avec le tétrachlorure de carbone. Contrairement à M. Rabuteau qui considère ce corps comme un mauvais anesthésique, mais comme un anesthésique, M. Blanchard a été conduit, par ces expériences, à admettre qu'il n'était nullement anesthésique. Quand il amène l'anesthésie, celle-ci précède de très peu la mort de l'animal. Il y aurait donc un très grand danger à se servir du tétrachlorure de carbone comme agent anesthésique.

Phénomènes de suggestion. — **M. BERNHEIM** (de Nancy) adresse une note dans laquelle il combat les idées émises par M. Gilles de la Tourette dans une récente communication sur les paralysies suggérées.

Conservation des cadavres. — **M. QUINQUAUD** présente une note de la part de M. Philippeaux sur un moyen de conservation des cadavres. Ce moyen, qui consiste dans l'emploi du son et du charbon, lui a permis de conserver des cadavres quinze mois sans la moindre odeur.

Action de la paraldéhyde. — **M. QUINQUAUD** fait une communiation relative à l'action de la paraldéhyde sur le sang. Lorsqu'on injecte de la paraldéhyde sous la peau d'un animal, on constate une diminution considérable dans l'exhalation de l'acide carbonique. L'analyse des gaz du sang montre également une diminution extrêmement considérable dans la proportion de l'acide carbonique de ce sang. L'oxygène reste à l'état normal. Les phénomènes des échanges sont donc très ralentis et l'animal meurt en vingt-quatre ou vingt-six heures par défaut de nutrition.

M. LABORDE fait observer que les animaux ne meurent pas en vingt-quatre ou vingt-six heures par défaut de nutrition. Il faut qu'une des principales fonctions de l'économie soit profondément troublée ou même supprimée pour expliquer une mort aussi rapide.

M. QUINQUAUD répond que le phénomène ultime est l'arrêt de la respiration.

Du croisement des membres et de la façon de s'asseoir. — **M. DELAUNAY** fait une communication sur ce sujet, dont voici le résumé :

Certaines races de chiens croisent les pattes de devant : havanais, terre-neuve, caniche. Tous ceux que M. Delaunay a observés avaient la patte droite sur la gauche.

Dans l'espèce humaine, les Chinois et les Japonais croisent le bras gauche sur le droit. Les races européennes croisent le droit sur le gauche.

Beaucoup de femmes croisent le bras gauche sur le droit.

Il résulte d'expériences faites par M. Delaunay dans les crèches et dans les salles d'asile que les enfants croisent le bras gauche sur le droit de zéro à trois ans, puis se mettent à croiser le droit sur le gauche. A six ans, le nombre des enfants qui mettent le bras droit sur le gauche est de 69 p. 100.

Au point de vue de la constitution, ce sont les enfants les plus forts qui croisent le bras droit sur le gauche. M. Delaunay a observé, avec M. le docteur Charpentier, que, parmi les idiotes de la Salpêtrière, celles qui fréquentent l'atelier croisent le bras droit sur le gauche tandis que celles qui sont incapables de travailler, c'est-à-dire les plus idiotes, croisent le bras gauche sur le droit.

Croisement des membres inférieurs. — Les Chinois, les Japonais, les Cochinchinois étant assis croisent la jambe gauche sur la droite. Au contraire, les Kalmouks, les Arabes, les races européennes croisent en général la jambe droite sur la gauche.

Beaucoup de femmes croisent la jambe gauche sur la droite. Parmi les danseuses de l'Opéra, quelques-unes croisent la jambe droite sur la gauche, pas une la gauche sur la droite; la majorité croise indifféremment la droite sur la gauche ou la gauche sur la droite.

Dès qu'un enfant croise la jambe, vers six mois, il met la gauche sur la droite, puis en évoluant il met la droite sur la gauche. A six ans, la très grande majorité des enfants croise la droite sur la gauche.

Les enfants forts croisent la jambe droite sur la gauche avant les autres.

Manière de s'asseoir. — Cette question dérive de la précédente. En effet, quand la jambe droite est croisée sur la gauche, le corps repose surtout sur la fesse gauche et inversement.

Les enfants, après s'être assis sur la fesse droite jusqu'à environ six ans, à partir de cette époque s'assoient sur la fesse gauche. Les pédagogues protestent contre cette attitude à laquelle ils attribuent la production de la scoliose. Ils veulent placer les écoliers dans des *accoudoirs* qui les obligent à reposer également sur les deux fesses et les deux coudes. Ils auront beau faire, ils n'empêcheront pas les élèves de s'asseoir sur la fesse gauche parce que cette position est conforme à l'évolution.

En effet, les adultes, eux aussi, s'assoient sur la fesse gauche; car, d'après le témoignage des culottières, ils usent davantage leur fond de culotte à gauche qu'à droite. Les tailleurs et leurs apprentis, assis sur leurs établis, s'appuient également surtout sur la fesse gauche.

Les gauchers s'assoient, au contraire, sur la fesse droite.

Conclusion. — En résumé, les membres droits au repos se font porter par les gauches; mais, en revanche, ils les protègent et leur position au dessus et en avant des autres est la plus favorable à l'action défensive et offensive.

Il résulte des faits qui précèdent que l'évolution va de la prédo-

minance du cerveau droit sur le gauche à celle du cerveau gauche sur le droit.

M. Delaunay se propose d'étudier, suivant la même méthode, les mouvements en général, les sensations et les facultés morales et intellectuelles.

Xanthelasma. — M. HANOT communique l'observation d'une malade de son service qui est atteinte d'ictère noir et de cette curieuse affection cutanée qui a été désignée sous le nom de xanthelasma. Cette affection a été attribuée à la présence d'un microbe. M. Hanot a fait de nombreux examens microscopiques des nodosités qui caractérisent cette affection et il n'y a jamais constaté la présence d'aucun microbe.

Origine des kystes dentaires. — M. MAGITOT présente plusieurs pièces anatomiques et histologiques à l'appui de l'opinion qu'il a plusieurs fois émise sur l'origine des kystes dentaires. (Voir *Gazette des hôpitaux*, années 1882 et 1883.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

VII

Je voudrais présenter ici une sorte de galerie descriptive des savants avec lesquels j'ai eu des relations pendant mon premier séjour à Paris. Je me réserve de faire connaître plus tard ceux d'une autre époque.

LATREILLE.

Dès la première année de mon séjour à Paris, je me liai d'une amitié qui devint intime avec le législateur de l'entomologie, l'illustre Latreille. Il ne tarda point à s'apercevoir de mon goût prononcé pour l'étude et la recherche des insectes; il s'empressa de le seconder et il mettait une bienveillance extrême à m'en aplanir les difficultés. Je devins son disciple chéri et il fut toujours pour moi un maître aimé et vénéré. Pendant plus de trente ans, nous avons conservé des relations de science que n'obscurcit jamais le moindre nuage. A Paris, comme dans le midi de la France, et pendant mon séjour septennal en Espagne, quand je découvrais un insecte ou nouveau ou rare, je mettais mon bonheur à le lui offrir; mon amitié pour lui et mon culte pour la science l'emportait sur ce qu'a de séduisant pour l'amour-propre la possession d'un objet dont on apprécie toute la valeur; je ne balançais jamais dans ce sacrifice, et jamais non plus il n'oublia dans ses publications d'indiquer la source où il avait puisé : c'est ainsi que l'amitié s'acquittait de part et d'autre.

Latreille avait une taille au-dessous de la moyenne, une constitution maigre, un tempérament nerveux-sanguin, un front largement chauve, une physionomie exprimant la bonté, des pommettes s'animant facilement, une santé délicate, une force musculaire médiocre. Il était essentiellement bienveillant, d'une simplicité antique, d'un accès facile, d'une complaisance à toute épreuve envers la jeunesse, d'une humeur égale et aimable dans l'intimité. Il avait de l'esprit naturel, de la finesse dans la répartie, beaucoup d'instruction, un tact exquis, un coup d'œil sûr pour la classification des insectes. La science demeure encore veuve d'un entomologiste de cette trempe qui avait embrassé avec un égal savoir tous les ordres de l'immense classe des animaux articulés. Le principal titre à sa gloire est sans contredit son *Genera,* dont la publication commença quand j'étais encore à Paris. Ce cadre admirable est empreint du génie de la classification porté à son apogée : c'est le code de la législation entomologique. Dans le but de rendre la science plus accessible, plus abordable aux adeptes, il montra une grande sobriété dans la fondation de nouveaux genres et une sage réserve dans l'introduction des mots techniques. Il se borna, dans les genres à espèces nombreuses, à établir des divisions que ses successeurs empressés ont converties en genres propres.

J'ai reçu de l'auteur lui-même tous les ouvrages qu'il a publiés. En 1814, à mon retour de l'armée d'Espagne, j'avais à m'occuper sérieusement de mon établissement médical à Saint-Sever : ma vénération pour le prince de la science et mon amour de celle-ci me déterminèrent à lui envoyer, sans aucune réserve, tous les insectes recueillis pendant sept années en Espagne et constituant avec mes plantes la seule conquête de mes campagnes dans la péninsule.

Latreille était fils naturel d'un seigneur de la cour de Louis XV, qui le fit élever à Brive dans un séminaire. Au temps où Latreille était obligé de se cacher dans Paris, un étudiant en médecine, M. M. de Tartas, qui logeait dans une rue obscure du quartier Saint-Jacques, l'avait souvent recueilli chez lui. N'ayant pas de famille et sachant que sa succession tomberait dans les mains du fisc, Latreille vendit une première fois sa collection à un prix modéré, ainsi que sa bibliothèque, au comte Dejean : c'est ainsi que mes insectes passèrent dans la possession de celui-ci qui a souvent cité mes dénominations des espèces nouvelles.

Latreille avait soixante-douze ans lorsqu'en 1833 il succomba aux atteintes d'une affection vésicale : il s'obstina, par pudeur, à ne pas se laisser sonder.

OLIVIER.

Au temps où je cimentais une longue amitié avec Latreille, je voyais souvent le célèbre Olivier, son devancier dans la science entomologique. Ce fut pour moi un honneur recherché et vivement apprécié que de connaître l'auteur de la partie entomologique de l'*Encyclopédie méthodique*, ouvrage qui m'était devenu familier au début de mes études entomologiques à Saint-Sever. Olivier avait aussi publié un grand ouvrage avec figures sur les coléoptères, et son ouvrage en Orient entrepris aux frais de l'État. J'allais souvent le consulter pour la détermination des insectes, et il me faisait toujours bon accueil. Originaire de la Provence, il avait alors cinquante ans, une taille plus qu'ordinaire, un corps maigre, le teint pâle, la figure plate, l'attitude grave, l'abord froid. Il logeait près du Panthéon et mourut peu d'années après mon départ de Paris.

BOSC-DANTIC.

A cette même époque, je me liai d'affection avec l'excellent Bosc-Dantic, de l'Institut, auteur de plusieurs écrits sur la botanique, l'agriculture et les insectes. J'allais fréquemment chez lui, rue des Maçons (Sorbonne), et il me recevait toujours fort bien. Il favorisait mon penchant pour l'histoire naturelle par le don généreux d'un grand nombre d'insectes et de plantes : c'était alors un homme de quarante-huit ans, taille moyenne, corps maigre, peau de la face un peu rigide, caractère sérieux, peu expansif, mais ami solide. Bosc-Dantic était de la Société de la célèbre madame Roland, femme d'un Girondin, et c'est lui qu'elle reconnut et salua dans la foule lorsqu'elle était conduite sur la fatale charrette à la guillotine. Des amis que Bosc avait dans ce temps au pouvoir, et qui connaissaient ses sentiments républicains, lui firent obtenir un consulat, dans la Caroline américaine : en peu d'années, il y fit d'immenses découvertes dans les sciences naturelles, et c'est peu de temps après son retour à Paris que je fis sa connaissance.

FABRICIUS.

A deux reprises, en 1804 et en 1805, j'eus l'honneur inespéré de connaître à Paris l'illustre Fabricius, de Kiel en Danemarck. Il avait été disciple de Linné; ses nombreux ouvrages d'entomologie descriptive avaient une réputation européenne; sa nomenclature était la plus universellement accréditée et elle l'est encore.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 mars 1884.

Ce professeur avait à cette époque la soixantaine, une taille moyenne, une figure pâle, peu expressive, une forte constitution, une mise peu soignée. Je le vis souvent chez Latreille et Bosc, dont il visitait les collections dans l'intérêt de la publication de son dernier ouvrage.

J'eus aussi l'honneur d'être présenté à sa vieille femme Mme Fabricia : c'était une dame fort originale et instruite. Je lui ai entendu dire qu'elle était travaillée par trois manies : le républicanisme, le jeu d'échecs et les tableaux ; elle était laide et grotesquement coiffée ; elle avait une antipathie prononcée pour la couleur rouge. J'eus avec elle un long entretien sur les tableaux du Muséum, où elle va faire ses observations toutes les fois que la salle est ouverte au public, et sur le théâtre qu'elle avait beaucoup aimé autrefois. J'accompagnais ce soir-là Mme Bosc-Dantic, qui était l'amie de la maison. Mme Fabricia raisonnait très juste et notre conversation lui plut ; ce qui me surprit le plus, ce fut de voir que cette femme, après m'avoir un peu considéré, porta la main sur ma tête, et, redressant les cheveux que j'avais sur le front, elle m'engagea à les faire couper parce que, disait-elle, cela m'irait beaucoup mieux. Je me gardai bien de rire de cet acte singulier : je pensai, *in petto*, qu'elle connaissait le système du docteur Gall, et j'appréhendais son jugement sur l'exagération de certaine protubérance de la partie postérieure de mon crâne.

SAVIGNY.

J'ai entrevu deux fois à l'Institut le savant entomologiste Savigny, peu de temps avant qu'il fût complètement aveugle. Ses belles recherches sur les insectes d'Égypte au temps de la célèbre expédition de Bonaparte l'avaient illustré au plus haut degré ; c'était un homme petit de taille, maigre, pâle, de trente-cinq ans au plus, d'une mise recherchée. Si on excepte Latreille, personne n'a traité cette étude avec autant de supériorité et de philosophie ; personne n'a mis une aussi habile sagacité dans l'anatomie et la représentation des organes buccaux ; on est effrayé des innombrables détails consignés dans l'atlas du grand ouvrage sur l'Égypte... *Monumentum œre perennius!* Les larmes me viennent aux yeux quand j'envisage ces sublimes planches privées et du texte et de l'explication de l'auteur, livrées au pillage d'interprètes ou aventureux ou mal renseignés ; que l'entomologiste ne déplore pas le sort d'un trésor de science si habilement préparé et si chèrement payé !

Savigny fut le Bichat de l'entomologie : comme ce dernier, il fut arrêté dans son élan sinon par la perte de la vie, du moins par celle plus cruelle encore de la vue. La cécité de Savigny a duré quarante années en s'accompagnant de douleurs atroces. Dans le courant de l'année qui précéda la mort de Savigny, j'avais chargé mes deux fils d'aller lui faire en mon nom une visite à Versailles. Je tenais à ce qu'il sût qu'au milieu des admirateurs de ses œuvres, j'étais un de ceux qui leur portaient un culte profondément senti. Hélas ! il se trouvait en ce moment très souffrant et il ne put pas les recevoir : j'en conserve un grand regret.

GODART.

J'ai fait aux environs de Paris plusieurs excursions entomologiques avec Godart ; il était à cette époque le lépidoptérologiste le plus distingué de la capitale : il est l'auteur d'un gros volume de l'*Encyclopédie méthodique* sur les *Papillons* et les *Phalènes*. Latreille en faisait grand cas. Il avait une taille plus qu'ordinaire, une figure ovale, blême, grave, peu expressive ; il était peu communicatif.

BAUMAER.

C'était un phlegmatique Germain adonné spécialement à la recherche des Diptères ; j'ai fait avec lui quelques courses autour de Paris ; il était presque exclusivement collecteur ; il avait exploré le midi méditerranéen de la France jusqu'à Marseille ; sa collection est souvent citée par le célèbre diptérologiste Meigen.

GRAVENHORST.

Avant de publier son travail monographique sur les *Staphylins*, Gravenhorst vint consulter les collections de Paris et ne dédaigna point de visiter la mienne toute modeste qu'elle était : je ne l'ai vu qu'une seule fois ; depuis lors, il a publié sur les *Ichneumons* trois gros volumes qui font partie de ma bibliothèque.

DESMAREST.

Anselme Desmarest était de mon âge, mon camarade habituel des excursions entomologiques, mon ami de science et de cœur. Fils d'un membre de l'Institut, il devint plus tard professeur de zoologie de l'École d'Alfort et bientôt après correspondant de l'Institut. Il a publié dans divers recueils des observations sur plusieurs branches de l'histoire naturelle et un ouvrage monographique sur les *Crustacés*, ouvrage dont il a enrichi ma bibliothèque. Il était grand, élancé, joli garçon pendant la première année de notre liaison, mais il fut bientôt atteint d'une petite vérole confluente qui laissa ses profondes empreintes sur sa figure ; il n'avait pas cinquante ans quand il est mort à la suite de plusieurs atteintes de goutte ; il a laissé un fils qui est un membre très distingué de la Société entomologique de France.

Régley de Paris, qui, en 1807, était venu me voir à Saint-Sever avec Goupilleau d'Auxerre, étaient aussi à la même époque mes aimables compagnons d'excursions ; l'un et l'autre ont cessé de vivre, il y a au moins vingt ans.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le sujet de la question écrite (première épreuve) donnée aux candidats du concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices de la ville de Paris a été : 1° Paroi antéro-latérale de l'abdomen ; 2° De l'effort.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les vacances de Pâques auront lieu du lundi 14 avril 1884 au dimanche 20 du même mois inclusivement. Quant aux cours et aux travaux pratiques, ils sont suspendus du vendredi 11 au dimanche 20 avril inclusivement.

— MM. les étudiants qui auraient des réclamations à présenter au sujet de leurs inscriptions sont priés d'adresser une demande écrite soit au doyen de la Faculté, soit au secrétariat.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bertrand de Saint-Germain. Ses obsèques auront lieu aujourd'hui mardi 8 avril à midi très précis en l'église Saint-Thomas d'Aquin.

— Un concours public pour la nomination à la place de chirurgien en chef de l'hospice d'Elbeuf s'ouvrira, à l'hospice général de Rouen, le lundi 16 juin 1884, à huit heures du matin. Les candidats devront s'inscrire, avant le jeudi 15 mai, au secrétariat de l'hospice d'Elbeuf, rue Petou.

Le candidat nommé entrera en fonctions le mardi 1er juillet 1884. La durée des fonctions sera de quinze années et le traitement annuel sera de 1,000 francs.

Les épreuves sont au nombre de trois : 1° épreuve clinique sur deux malades ; 2° deux opérations sur le cadavre ; 3° une composition écrite sur un sujet d'anatomie normale et de pathologie.

— La Société française de tempérance, dans sa séance solennelle du 6 avril, a décerné : une médaille de vermeil à M. le docteur Pierre Boyer, rédacteur en chef du *Bon Conseiller* ; des médailles d'argent avec 250 francs à MM. les docteurs Devoisins et Legendre ; 250 francs à M. le docteur Jaillet (lauréat de 1882) ; des médailles d'argent avec 200 et 150 francs à MM. Paul Timon et docteur Victor Bridou ; des médailles d'argent à MM. Bachy, L. Évrard, Ludovic Fauconnier, Charles Lecoq et docteur Plonquet.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que M. le docteur Tillaux, chirurgien de

l'hôpital Beaujon, directeur des travaux anatomiques, ouvrira le cours de médecine opératoire, le lundi 21 avril 1884, à quatre heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie de l'Assistance publique. M. le docteur Tillaux traitera des résections et des opérations spéciales, les lundis et vendredis. — M. le docteur Le Bec, premier prosecteur, traitera des amputations, les mardis et jeudis. M. Ricard, deuxième prosecteur, traitera des ligatures des artères, les mercredis et samedis. Des répétitions seront faites après chaque leçon sous la direction des professeurs.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront, chaque jour, exercés sous sa direction au maniement du microscope. Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique. Les séries devant être réformées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes sont reçues à l'amphithéâtre, à partir du 7 avril 1884.

— Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 19 avril à sept heures et demie du soir, dans les salons du Grand Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Hardy. Le prix de la cotisation, 20 francs pour les anciens internes, 16 francs pour les internes en exercice, pourra être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde ou bien versé entre les mains de l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, 23, rue Saint-Georges, Bottentuit, 45, rue de Londres, et Émile Tillot, 42, rue Fontaine Saint-Georges.

Traité des déviations utérines, par le docteur B.-S. Schultze, professeur de gynécologie à l'Université d'Iéna, traduit de l'allemand et annoté par le docteur F.-J. Herrgott, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Nancy. Un vol. in-8° de 470 pages avec 120 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16006.

N° 43. — JEUDI 10 AVRIL 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 10 AVRIL 1884. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Bacille de la tuberculose et traitement de la phtisie. — HÔPITAL NECKER. I. Abcès froid de la cuisse. — II. Abcès périnéal, trajets fistuleux, filtration urineuse. — III. Lésions osseuses, amputation de cuisse. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — NÉCROLOGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au commencement de la séance, l'Académie a entendu une lecture d'un honorable praticien de Caen, M. le docteur Maheut sur une question essentiellement pratique, le danger de l'emploi du purgatif après le troisième septénaire de la fièvre typhoïde. Notre confrère donne d'excellentes raisons sur les indications des purgatifs au début de la fièvre typhoïde, et sur leurs contre-indications dans les périodes plus avancées.

Le travail sur la locomobilité ou les changements de position du cerveau dans les différentes attitudes du corps, lu par M. Luys, dans la séance du 25 mars dernier, a donné lieu ensuite à une discussion qui a occupé à peu près, à elle seule, toute la séance.

Déjà, dans la précédente séance, M. Colin (d'Alfort) avait présenté quelques observations à l'occasion de ce travail. Tout en confirmant le fait énoncé par M. Luys, savoir : que le cerveau peut se déplacer dans le crâne par l'action de la pesanteur, ce qu'il a constaté lui-même dans des vivisections sur les animaux, il exprimait l'opinion que M. Luys en avait exagéré l'étendue et l'importance et qu'il y avait lieu de la réduire à de plus minimes proportions. Une question de plus ou moins dans l'étendue du mouvement, du moment où les vivisections, comme les recherches anatomiques, paraissent établir également le fait, n'était que d'une importance très secondaire. Il n'y avait point contradiction. Mais la contradiction s'est posée en plein, hier, lorsque M. J. Béclard est venu exposer à la tribune, avec sa clarté et sa netteté habituelles, les raisons empruntées à la physiologie et à l'anatomie qui l'empêchent d'admettre la possibilité d'un pareil déplacement en masse du cerveau, si minime d'ailleurs qu'on le suppose.

Ici M. Béclard rappelle l'expérience à double fin rapportée dans son *Traité de Physiologie* : la première, qui consiste à montrer chez un animal trépané le double mouvement d'abaissement et d'élévation de la masse encéphalique pendant les deux mouvements respiratoires, au moyen d'un tube de verre rempli d'eau, introduit et fixé hermétiquement dans l'ouverture cranienne; la seconde, dans laquelle ayant ajouté au tube de verre un robinet que l'on ferme après avoir complètement rempli le tube d'eau, la colonne liquide reste immobile pendant l'inspiration et l'expiration, preuve qu'après avoir supprimé l'influence de la pression atmosphérique, il ne se forme plus de vide dans la cavité cranienne, au moment de l'inspiration.

E pur si muove, a répondu, mais en d'autres termes, M. Luys, en maintenant l'exactitude de ses expériences et le bien fondé des propositions qu'il en a déduites. Du reste, ne faisons pas M. Luys plus affirmatif ni plus ambitieux qu'il ne l'est en réalité. « Le faible contingent d'idées nouvelles que j'ai eu l'honneur de vous exposer, disait-il en terminant sa communication, prouve une fois de plus à tous ceux qui s'intéressent aux nouveautés que, dans ce microcosme infini qui constitue l'ensemble des centres nerveux, il y a encore bien des mystères à pénétrer, bien des découvertes à faire; qu'à mesure que nous avançons dans la carrière, des problèmes nouveaux se posent, et que c'est plus que jamais le moment de répéter ces paroles de Serres : « On dissèque le cerveau depuis Galien, et, depuis ce temps, il n'y a pas d'anatomiste qui n'ait laissé quelque chose à glaner à ses successeurs. »

S'il n'y avait là qu'un point de physiologie à élucider, ce qui serait déjà assurément assez intéressant en soi, nous ne porterions peut-être à cette discussion qu'une attention un peu distraite. Mais ce point de physiologie implique des phénomènes pathologiques qu'il ne faudrait pas laisser dans l'ombre et qui mériteraient qu'on s'en occupât un peu si cette discussion devait continuer. Qu'il y ait ou non locomotion, déplacement plus ou moins appréciable du cerveau par suite de certains mouvements ou de certaines attitudes du corps, ou qu'il n'y ait qu'un ébranlement ou une simple modification dans l'activité de la circulation cérébrale sous l'influence de ces mouvements ou de ces attitudes, toujours est-il qu'il y a là une cause de troubles ou de perturbations qui, peu sensibles sans doute sur des sujets sains et bien constitués, ne laissent pas que d'avoir dans certains états morbides, chez les aliénés, chez les cérébraux confirmés ou simplement prédisposés, par exemple, des conséquences d'une grande importance, au double point de vue de l'étude et de la pratique. C'est sur ces points indiqués dans le travail de M. Luys que nous aimerions à voir s'étendre le débat.

A cette occasion, M. J. Guérin a rappelé, comme se rattachant par certains points d'analogie avec la question de physiologie soulevée, le très remarquable mémoire qu'il communiquait, il y aura bientôt quarante-cinq ans, à l'Académie

des sciences, sur l'intervention de la pression atmosphérique dans le mécanisme des exhalations séreuses, mémoire dans lequel il a établi physiologiquement et expérimentalement que la formation de toutes les cavités closes, normales ou anomales, temporaires ou permanentes, était le résultat immédiat nécessaire de la formation d'espaces vides, sous l'influence du mouvement des parties, c'est-à-dire de leur déplacement et changement continuel de rapport au sein de l'organisme.

Ce fait n'était lui-même qu'un cas particulier d'une loi plus générale formulée par M. J. Guérin dans ce mémoire et qui embrasse tous les viscères, le cœur, les poumons, le cerveau et la moelle.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

Bacille de la tuberculose et traitement de la phtisie (1).

II

Après avoir montré l'influence absolument nulle de la découverte du bacille de la tuberculose sur le traitement prophylactique de cette affection, il me reste aujourd'hui, pour en finir, à vous entretenir du traitement médicamenteux de cette maladie et à vous montrer que là encore la découverte de Koch n'a exercé aucune influence, qu'elle n'a en rien modifié notre manière d'agir.

Mais auparavant je dois vous parler en quelques mots d'une question importante aussi, relative aux moyens prophylactiques de la phtisie, c'est-à-dire de la question de l'aérothérapie. Voici, du reste, comment, dans mon livre sur la curabilité et le traitement de la phtisie pulmonaire, j'ai résumé son action bienfaisante : augmentation temporaire, puis persistance de la capacité respiratoire, augmentation de la ventilation pulmonaire, augmentation de la dilatation ou du déplissement des poumons, augmentation de la pression intra-thoracique inspiratoire, augmentation d'activité dans la petite circulation, voilà les effets mécaniques de l'inspiration répétée de l'air comprimé. Il est donc bien évident que cette méthode est merveilleusement adaptée au groupe de cas que nous étudions. Elle fait disparaître l'inertie des portions supérieures des poumons, elle en assure la ventilation et la circulation, et prévient ainsi les stases issues de l'inertie qui sont si favorables aux productions d'ordre inférieur, comme le tubercule; le meilleur préservatif contre ces formations imparfaites est l'activité circulatoire et fonctionnelle, et cette double activité, la méthode l'assure au maximum.

Maintenant arrivons à cette seconde partie de la question de la découverte du bacille de Koch. Cette découverte a-t-elle apporté quelques modifications dans la pratique médicale, a-t-elle eu quelque influence dans l'ordre médicamenteux? Non, pas davantage. En effet, quels sont les médicaments constituant la thérapeutique qu'on peut opposer à la tuberculose? L'arsenic, l'iode, l'iodoforme, la créosote, l'acide salicylique, l'acide phénique, etc. Est-ce donc depuis la découverte du fameux bacille que nous les employons? Certainement non. Il est vrai qu'un médecin de Munich vient de découvrir que l'arsenic doit être employé contre les bacilles de Koch. Mais depuis des années nous ne faisions pas autre chose que de le conseiller chez les tuberculeux, et pour ma part depuis que je tiens une plume médicale j'en recommande l'emploi, car il répond tout à la fois à des indications générales et à des indications locales.

Quant aux autres médicaments, depuis combien d'années ne les prescrivons-nous pas? L'acide salicylique? J'ai peut-être même été le premier à le conseiller dans la phtisie, surtout lorsque celle-ci s'accompagne d'un état fébrile assez prononcé ; je le conseille même aussi, mais à plus petites doses, aux phtisiques apyrétiques. L'acide phénique? Ne l'ordonnons-nous pas, soit en inhalations, soit en désinfectant les pièces occupées par les malades? Un mot encore sur l'acide salicylique auquel, dès 1880, j'attachais une si grande importance que quand il n'était pas toléré par l'estomac, je le faisais administrer en injections sous-cutanées sous la forme de salicylate de soude.

La découverte de Koch n'a donc eu aucune influence sur la thérapeutique de la tuberculose, et la médecine pratique ne lui doit rien. Quand je dis « ne lui doit rien », je me trompe : il vaudrait mieux qu'elle ne lui dût rien que ce dont elle lui est redevable. Elle lui doit certains essais malheureux faits à Berlin l'année dernière, non pas seulement des essais d'inhalations d'agents antibactériens (acide salicylique, acide phénique, benzoate de soude, hydrogène sulfuré) qu'on avait déjà tentés avant la découverte du bacille, mais des expériences d'injections directes dans le tissu pulmonaire, dans le parenchyme même du poumon avec le sublimé au millième, avec l'acide borique, avec l'acide salicylique. L'auteur, qui a recueilli les observations, déclare que sur dix-neuf malades soumis à ce traitement, c'est-à-dire à une trentaine d'injections chacun, on n'a pas vu une seule fois la moindre modification survenir dans l'état local, non plus que le nombre des bacilles diminuer dans les crachats. Par contre, ces injections ont toujours été fort douloureuses : chez un malade, elles ont amené une hémoptysie très grave; chez un autre, déjà épileptique, elles ont déterminé non pas une attaque isolée, mais une série d'attaques auxquelles, en fin de compte, le malade a succombé.

Ainsi donc la découverte du bacille de la tuberculose peut être, au point de vue de la médecine pratique, si l'on ne sait pas résister à l'entraînement, le point de départ d'un traitement parasiticide aveugle et des plus dangereux. Aller faire des injections jusque dans le parenchyme pulmonaire ! N'y a-t-il pas de quoi trembler ?

Enfin, pour en terminer avec la question du traitement des phtisiques et de l'influence de la découverte du bacille de la tuberculose, il nous reste à parler des stations climatériques.

Où en étions-nous il y a quelques années avant la découverte de Koch? A ceci, que toutes les fois que l'état du malade permettait au médecin d'avoir son entière liberté d'action, c'est-à-dire que toutes les fois que l'on pouvait s'occuper uniquement de la nature de la maladie sans être arrêté par aucune considération provenant du malade lui-même, le médecin avait recours comme moyen thérapeutique au séjour prolongé dans les stations d'altitude, dans les stations de montagne. Malheureusement, il faut le reconnaître, l'action du médecin est souvent assez entière pour le prescrire comme il le voudrait.

Eh bien ! la notion du bacille a-t-elle changé quelque chose à cela ? Pas le moins du monde, car pareille théra-

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 avril 1884.

peutique est basée sur l'action mécanique de l'air raréfié, sur l'action tonique d'une température basse, enfin sur la pureté exceptionnelle de l'air. La notion du bacille ne saurait donc rien changer au traitement qui reste et doit aujourd'hui rester le même qu'avant la découverte de Koch.

Voici encore ce que j'écrivais en 1880 : « Lorsqu'il s'agit de prophylaxie ou de la maladie confirmée ne présentant aucune des contre-indications que j'ai signalées, il faut s'adresser aux stations d'altitude. Voici pour l'Europe l'énumération des principales d'entre elles dans l'ordre de l'altitude croissante : Falkenstein dans le Taunus, 500 mètres ; — Görbersdorf en Silésie, 557 mètres ; — Aussee en Styrie, 700 mètres ; — Gaudal en Norwège, 805 mètres ; — Davos-Platz en Suisse, 1,556 mètres ; Samaden et Sainte-Marie en Suisse, dans l'Engadine supérieure, 1,743 et 1,855 mètres. » Et plus loin je disais encore : « L'action éminemment reconstituante des climats d'une certaine altitude n'est que l'un des éléments de leur incontestable utilité ; la raréfaction de l'air est un facteur thérapeutique d'importance au moins égale, si ce n'est supérieure... » Cette raréfaction de l'air, qui se traduit à Davos par une moyenne barométrique de 626 millimètres, et dans l'Engadine par une pression de 616 millimètres, n'est pas le seul effet de l'altitude dans ces régions ; l'association de la hauteur avec une latitude relativement méridionale a pour conséquence une sécheresse particulière de l'air, qui devient une circonstance éminemment favorable, parce qu'elle coïncide avec une faible élévation de la température ; le froid est infiniment mieux supporté, et l'action tonique qu'il exerce sur l'organisme est à son maximum de puissance parce qu'elle n'est point affaiblie par l'influence contraire de l'humidité. Ces conditions maintiennent en outre dans l'atmosphère une pureté sans égale, et même sans examen direct ; il est bien permis d'affirmer l'absence des vibrions et de tous les organismes inférieurs, puisque la simple exposition à l'air est le procédé mis en usage pour la dessiccation de la viande, qui peut ensuite être conservée quasi indéfiniment sans aucune altération. »

En résumé, la découverte du bacille de Koch ne change rien au traitement climatérique de la phtisie.

Donc, pas plus pour le traitement climatérique que pour le traitement pharmaceutique ni pour l'hygiène, la découverte du bacille de la tuberculose n'a eu aucune influence. Sa portée est purement nosogénique ; elle ajoute seulement un moyen, un élément au diagnostic : c'est là, en somme, le seul service qu'elle puisse rendre, car pour la symptomatologie, l'étiologie et le traitement, elle n'a rien fait et ne pouvait rien faire.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Abcès froid de la cuisse. — II. Abcès périnéal, trajets fistuleux, filtration urineuse. — III. Lésions osseuses, amputation de cuisse.

Nous aurions toute une série de malades à passer en revue, mais l'heure ne nous permettra de vous parler avec quelques détails que des principaux :

I. D'abord, nous avons un homme qui a eu un abcès froid de la cuisse gauche, dont les suites ont heureusement trompé nos prévisions. Il est entré au mois d'octobre dernier avec un abcès *immense* formé de deux foyers qui ne mesuraient pas moins, celui de la face antérieure de la cuisse 30 centimètres, celui de la face externe 35 centimètres. J'ai donné aussitôt issue au pus, j'ai évacué le plus possible les deux foyers, n'espérant guère obtenir d'autre résultat qu'un soulagement passager et redoutant vivement une mort assez prochaine, d'autant plus que nous avions constaté aussi l'existence d'une tuberculose pulmonaire. Il n'en a rien été, heureusement. Contre notre attente, cet homme, âgé de cinquante-six à cinquante-sept ans, va aujourd'hui beaucoup mieux ; la communication des deux foyers purulents n'existe plus ; l'abcès de la face antérieure de la cuisse est réduit au volume d'une pomme d'api, celui de la face externe est seulement un peu plus gros. Enfin, l'état du poumon s'améliore. Nous avons là un résultat thérapeutique partiel encore, il est vrai, mais qui n'en est pas moins intéressant.

II. Au n° 48, nous avons un petit jeune homme de vingt-deux ans qui nous a été envoyé par un de nos confrères qui le soigne depuis longtemps pour un abcès périnéal.

Ce malade a eu, en 1880, une blennorragie accompagnée d'une arthrite légère, et, après un traitement d'assez longue durée, il a été guéri. Au mois de juin 1883, il a eu un accès de constipation violente à la suite duquel il s'est plaint de ressentir de vives douleurs dans la région périnéale. Une collection purulente s'est formée et s'est ouverte seule, laissant seulement au médecin le soin d'en agrandir la plaie d'ouverture. Depuis lors, il ne s'est jamais bien remis, tantôt pouvant travailler comme garçon boucher, tantôt forcé de rester au lit ; car, malgré le traitement auquel on avait eu recours, la plaie persistait.

Le lendemain de son arrivée dans notre service, je l'examinai avec soin et je trouvai à gauche, le long du périnée, une plaie mesurant 5 centimètres de longueur, ulcérée, bourgeonnante. Introduisant dans cette plaie une sonde cannelée, je reconnus l'existence de deux trajets fistuleux : l'un allant dans la direction du rectum sans en atteindre cependant les parois qui sont restées lisses et polies, sa longueur est de 3 centimètres environ ; le second, beaucoup plus important et double de longueur, mesurait 6 centimètres. Il se dirigeait vers la partie supérieure dans la direction de la prostate. Sondant ensuite l'urètre avec des boules de différentes grosseurs, je vis d'abord que le n° 23 ne pouvait passer, ce qui est rare chez un garcon de vingt-deux ans, et amenait immédiatement du sang ; le n° 18 et le n° 19 ont pu passer, mais ce dernier était encore d'une introduction douloureuse et amenait aussi un peu de sang ; il donnait de plus la sensation d'un canal irrégulier. En somme, nous avions affaire à un canal atteint d'urétrite chronique à la suite de sa blennorragie, d'ulcérations urétrales consécutives, de *filtration* d'urine, enfin d'un de ces lents abcès urineux consécutifs et d'une fistule urinaire profonde.

J'ai soumis notre malade à la dilatation de l'urètre afin de régulariser le canal en commençant par le n° 40 qui correspond au n° 20 de la filière Charrière. Depuis lors une amélioration des plus marquées s'est déclarée, et la plaie est aujourd'hui très diminuée.

III. Je vais opérer tout à l'heure une pauvre jeune fille bien digne de compassion, qui a été amenée de la Suisse à Paris, comme domestique. A la fin de l'été, elle a commencé à avoir un peu mal au genou et est venue consulter M. Monod, qui l'a fait entrer dans mon service. A mon retour des

vacances, je l'ai vue et examinée; elle avait un peu d'arthrite, et bientôt je constatai l'existence d'un petit abcès voisin : j'ouvre, le foyer renfermait déjà des fongosités ramollies. Je les enlève avec la curette et j'applique un appareil. La plaie ne se cicatrise pas; la cavité reste indolore, sans présenter aucun phénomène particulier. Quelque temps après je découvre un autre foyer au côté externe. Je l'ouvre également, je procède au grattage des fongosités qu'il renferme aussi; j'applique un appareil inamovible. Des douleurs surviennent, la fièvre apparaît, l'état s'aggrave, des fongosités se développent dans l'articulation du genou, la température reste élevée. Par suite, le 28 décembre, je décide de procéder d'urgence à la résection du genou et je constate que les lésions dépassent nos prévisions. Déjà le fémur est altéré secondairement, ses cartilages ne tiennent plus; de même le tibia est envahi. Je trouve des abcès fistuleux le long de la cuisse et le long de la jambe. D'une part, je résèque alors les condyles du fémur, et de l'autre j'écorne la tête du péroné, je résèque l'extrémité supérieure du tibia et place le membre inférieur dans un appareil. La plaie allait à peu près bien, elle semblait tendre à se réunir, lorsque depuis quinze jours un nouveau spectacle s'est offert à nos yeux. Les appareils contentifs ne nous donnent pas une immobilité absolue et la malade qui dort mal et qui s'agite, se déplace constamment. La mine n'est pas encore très mauvaise, mais elle n'est pas satisfaisante. La jeune fille s'amaigrit, et la température présente une courbe tout à fait caractéristique : ce sont des élévations et des abaissements sans régularité. Les abaissements se produisent notamment à la suite des pansements. Le matin la température oscille autour de 37 degrés; le soir, elle remonte à 39°2, 39°5 et même 40 degrés parfois. Telle est la situation qui date aujourd'hui de vingt jours.

La courbe thermique que je viens de vous présenter n'est pas l'indice d'une infection purulente, mais elle nous montre une septicémie lente. Voilà déjà le premier motif pour lequel je juge utile d'intervenir chirurgicalement par une grande opération.

J'agirai aussi parce qu'un dernier examen des surfaces réséquées, fait hier matin, m'a démontré l'existence d'un de ces énormes craquements qui sont l'indice qu'il n'y a pas eu la moindre évolution capable d'amener la réunion, c'est-à-dire que depuis un grand mois, aujourd'hui, que nous avons procédé à une première opération, il ne s'est fait aucun commencement de réunion osseuse. Aussi, si nous laissions marcher les choses, nous aurions bientôt, selon toutes probabilités, une nécrose du tibia ou tout au moins un séquestre plus ou moins volumineux dans quelque temps, qui nécessiterait alors une opération dangereuse, surtout dans les conditions actuelles de santé générale de notre pauvre malade.

De plus, toutes les parties qui ne sont pas réunies, c'est-à-dire les deux fistules, malgré le traitement auquel elles ont été soumises, présentent une coloration grise, un aspect pultacé, ulcéroïde, en voie de destruction. Il n'existe donc en réalité aucune réparation des parties molles, non plus que des parties dures. Enfin tout concourt à nous montrer une septicémie subaiguë, tendant à acheminer plus ou moins vite notre malade vers une terminaison fatale.

C'est ainsi que nous nous trouvons amenés, après y avoir mûrement réfléchi, à pratiquer, dès maintenant et sans plus attendre, sous peine de voir les accidents s'aggraver de jour en jour, une opération radicale, la seule capable de sauver, si possible, les jours de la malade, l'amputation de la cuisse, amputation qui devra porter au-dessus du siège des parties molles qui seules se sont réunies.

Telle est l'opération à laquelle nous allons maintenant procéder.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 avril 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend une note de M. Henri Lefort relative à l'influence de l'exécution de la loi Roussel sur la diminution de la mortalité des nourrissons dans le Calvados.

LECTURES

Du danger de l'emploi des purgatifs après le troisième septénaire de la fièvre typhoïde. — M. MAHEUT (de Caen) lit un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° Les purgatifs sont utiles, nécessaires dès le début de la fièvre typhoïde, ne fût-ce que pour enlever de l'intestin les matières organiques qui pourraient par leur altération donner lieu à l'infection putride.

2° Ils doivent être administrés avec une sage réserve à une période avancée de cette maladie, alors qu'il y a lieu de supposer l'existence d'ulcérations intestinales et de craindre, par conséquent, la rupture des membranes affaiblies. (Comm. : MM. Marrotte, Proust et Peter.)

DISCUSSION SUR LA LOCOMOBILITÉ DU CERVEAU

M. BÉCLARD. Avant d'examiner les propositions un peu inattendues de M. Luys sur les mouvements du cerveau, il faut déterminer d'une manière nette le sujet. La question des mouvements du cerveau est déjà vieille; il y a plus de cinquante ans qu'elle reparaît dans tous les traités de physiologie. Aujourd'hui l'accord est complet à son égard. Je ferai remarquer d'abord que cette expression de mouvements du cerveau est trop ambitieuse; ce n'est pas d'un mouvement qu'il s'agit en réalité, mais d'un ébranlement, d'un changement de volume du cerveau, encore n'a-t-il lieu que dans des limites très restreintes. J'ajouterai que ce changement de volume n'a rien de spécial au cerveau, qu'il existe dans tous les organes pourvus de vaisseaux. Un physiologiste italien, Mosso, l'a constaté non seulement dans tous les viscères, mais même dans les membres. En un mot partout, dans toutes les parties du corps, il se fait des changements de volume en rapport à la fois avec les mouvements circulatoires et les mouvements respiratoires. Les expériences à l'aide desquelles Mosso a établi ce fait ont été vérifiées par M. Marey. Vous voyez qu'il n'y a là rien de spécial.

Quand, par exemple, sur un animal vivant, on enlève une rondelle osseuse du crâne, il est facile de voir à l'œil nu et mieux encore si l'on se sert d'instruments de précision, que le cerveau s'élève et s'abaisse alternativement, et que ces mouvements sont isochrones les uns avec les mouvements respiratoires, les autres avec les pulsations artérielles. Ce qu'on voit dans les expériences sur les animaux vivants, on peut le voir aussi chez l'homme, à la suite d'une opération de trépan par exemple, ou d'une plaie accidentelle avec perte de substance du crâne. On peut le constater aussi chez les enfants dont les fontanelles ne sont pas encore solidifiées.

Maintenant ce qui se passe sur les animaux en expérience, ce que l'on voit chez l'homme dans les conditions accidentelles dont il s'agit, et chez l'enfant, se passe-t-il aussi chez l'homme adulte et dans les conditions physiologiques? Assurément, oui. Il y a, en effet, dans le système nerveux central des mouvements qui peuvent être rendus sensibles grâce au liquide céphalo-rachidien qui l'en-

veloppe et au lacis veineux qui à chaque inspiration augmente ou diminue de plénitude.

Mais ce n'est pas de ces mouvements rythmés qu'a parlé M. Luys. Il nous a entretenus de déplacements en masse ou de totalité de l'encéphale, s'effectuant sous l'influence de la pesanteur et des changements d'attitude. Sa démonstration repose uniquement sur les preuves anatomiques. Ce sont ausssi des preuves anatomiques que je vais lui opposer. L'encéphale, la moelle, les plexus veineux et le liquide céphalo-rachidien remplissent complètement la cavité cranienne et la cavité médullaire. Il n'y a jamais de vide. Le vide dont parle M. Luys n'existe donc pas, il ne saurait exister. Il faudrait, pour qu'il pût se produire, que le cerveau luttât contre la pression atmosphérique représentée par une colonne de mercure de 76 centimètres, ayant une base de 200 centimètres carrés représentant l'étendue de la surface cranienne.

Rien ne vaut d'ailleurs, en fait d'argument, ce que démontre l'expérience. Or voici l'une de ces expériences qui me paraît péremptoire. Un orifice fait à la paroi du crâne d'un animal vivant, on fixe dans cet orifice un tube de verre muni d'un manchon de gutta-percha dans lequel on verse de l'eau, on voit la colonne liquide osciller sous l'influence des mouvements respiratoires et des impulsions artérielles. Mais qu'on place sur le trajet de la colonne liquide un robinet qui permette de fermer complètement la cavité cranienne, on a beau déplacer en tout sens la tête de l'animal, les oscillations du liquide ne se produisent plus. Il en serait tout autrement si, comme le dit M. Luys, il pouvait se faire un vide entre le cerveau et sa paroi osseuse.

En résumé, s'il existe dans le cerveau des changements de volume par le fait de la respiration et de la circulation, les mouvements en masse du cerveau sont encore à démontrer, j'ajouterai même qu'ils sont indémontrables.

M. LUYS répond à M. Béclard qu'il n'a pas voulu parler des mouvements du cerveau en rapport avec la respiration ou la circulation, qu'il a seulement insisté sur la locomobilité du cerveau sous l'influence des changements d'attitude. Il maintient les assertions qu'il a émises à ce sujet sur les variations de la cavité cranienne et il veut en fournir de nouvelles preuves.

Restant d'abord exclusivement sur le terrain anatomique, M. Luys s'applique à démontrer l'existence de ces mouvements par l'expérience suivante : Une petite ouverture étant pratiquée sur le crâne d'un cadavre, si l'on y introduit un petit index qui indique la distance qui sépare la surface cérébrale de cet orifice, on voit que cette distance varie de 5 à 6 millimètres selon que le sujet est placé dans une position verticale ou horizontale.

Matériellement parlant, ces variations de la cavité cranienne existent donc sur le cadavre. En outre, M. Luys a pu lui-même en constater l'existence chez un sujet vivant, hydropique.

Enfin il rappelle que l'arachnoïde est une séreuse; or partout où il y a une séreuse il y a mouvement : séreuse signifie mouvement. M. Luys n'en veut pour preuve que la formation des bourses séreuses professionnelles dans des points où s'accomplissent des mouvements anomaux. Cela seul signifie que dans le cerveau il y a quelque chose qui remue, puisqu'il y a une séreuse.

Il n'y a pas à proprement parler de vide, mais il y a des espaces. Une autre preuve : la cavité cranienne est plus grande que la capacité du cerveau. M. Sappey a justement fait observer que s'il y avait une pression de la masse cérébrale contre la voûte cranienne, celle-ci devrait conserver les empreintes des circonvolutions cérébrales; or ces empreintes n'existent pas. Enfin M. Luys en appelle aux cas chirurgicaux dans lesquels on a maintes fois constaté que la poche fluctuante déterminée par un épanchement et appréciable par une perte de substance osseuse était plus ou moins saillante, suivant la position couchée ou assise du patient.

M. JULES GUÉRIN rappelle une série d'observations et d'expériences qu'il a faites il y a quarante-cinq ans et qui lui semblent de nature à jeter un certain jour sur le sujet en discussion. Il était arrivé à démontrer que toutes les cavités closes sont le siège d'ampliations périodiques en vertu desquelles il se fait une tendance au vide. Il en résulte un défaut d'équilibre entre la pression intérieure et la pression extérieure ou atmosphérique.

Si l'on introduit un tube rempli de liquide dans l'articulation d'un animal, dit M. Guérin, si l'on fait exécuter ou l'on imprime à cet animal des mouvements de flexion et d'extension à l'articulation, il s'opère des changements de pression dans le tube et, par suite, des mouvements oscillatoires dans la colonne liquide.

Pourquoi ce qui est vrai pour les cavités articulaires ne serait-il pas applicable à la cavité cranienne ? Il n'y a pas de séparation entre le cerveau et cette cavité, il n'y a pas de vide, mais tendance au vide. M. Jules Guérin termine en disant qu'il a eu récemment l'occasion de vérifier le fait chez une femme syphilitique dont les os craniens avaient été perforés en plusieurs points.

M. COLIN (d'Alfort), dans la dernière séance, attaquait M. Luys; aujourd'hui il vient le défendre. Il y a, dit-il, entre eux deux, cette grande différence que M. Luys a étudié ces mouvements du cerveau sur le cadavre, tandis que moi je les ai étudiés sur l'animal vivant. Les objections présentées par M. Béclard ne semblent pas susceptibles de ruiner la théorie de M. Luys : il n'en est, à proprement parler, aucune qui puisse être opposée aux observations et aux expériences de ce dernier.

M. LAGNEAU. M. Luys, à l'appui du fait de déplacement du cerveau, a parlé de l'absence d'empreinte des circonvolutions cérébrales sur la voûte cranienne. Je rappellerai, à ce sujet, que dans une communication faite à la Société d'anthropologie, en 1861, Gratiolet disait avoir constaté l'existence de ces empreintes dans certaines races humaines, notamment sur le crâne d'un Mexicain totonaque.

La séance est levée à cinq heures.

NÉCROLOGIE

Edmond Simonin (de Nancy).

La mort du professeur Edmond Simonin termine la carrière médicale d'une famille dont le nom se rattache glorieusement à l'histoire médicale de la Lorraine.

Il y a plus d'un siècle, lorsque la Faculté de médecine de Pont-à-Mousson fut transférée à Nancy, nous trouvons l'aïeul de M. Simonin parmi ceux des cinq professeurs qui sont chargés d'enseigner la médecine à Nancy. Son père, Jean-Baptiste Simonin, joue un rôle important dans la création de l'École de médecine de Nancy, dont il fut le directeur pendant de longues années.

Né à Nancy en 1812, Edmond Simonin succéda à son père en 1850, dans la direction de l'École préparatoire de Nancy. En 1872, quand la Faculté de Strasbourg est transférée à Nancy, le directeur de l'École y prend les fonctions de professeur de clinique chirurgicale qu'il occupa jusqu'en 1879.

Pendant le cours de sa longue carrière médicale, Edmond Simonin remplit les fonctions les plus variées et les plus importantes : Assistance publique, vaccine, conseil d'hygiène, chemins de fer, lycées, etc., il dirige tous ces services médicaux avec des qualités incontestables d'administrateur et d'organisateur. Membre de l'Académie de Stanislas, il en est élu secrétaire perpétuel en 1850. En 1842, il créait la Société de médecine; puis il fonde l'Association locale des médecins du département et, plus tard, il entre au Conseil central de l'Association générale.

Malgré toute l'activité qu'exigeaient ces occupations multiples, E. Simonin trouva le temps d'écrire un grand nombre de mémoires et observations intéressantes, parmi lesquels nous citerons seulement les suivants : *Mémoire sur un appareil pour la fracture de la clavicule* (1842); *Observation d'éthérisation rectale d'après les procédés de Roux, Pirogoff et Simonin* (1847) (1) ; *Observation de plu-*

(1) Voir, à propos de ces observations d'*éthérisation rectale*, les dernières lignes de la première colonne de la page 307, *Gazette des hôpitaux*, 1884.

sieurs luxations rares; Tétanos guéri après inhalation de chloroforme (1871); *Dilatation du canal de l'urètre chez la femme; Une année de la clinique chirurgicale de Nancy* (1876); *les Ambulances de Nancy en* 1870-1871.

Mais la principale œuvre de E. Simonin est son *Traité de l'emploi de l'éther et du chloroforme à la clinique chirurgicale de Nancy.* Commencé en 1849, ce travail n'a été terminé qu'en 1879. Il comprend beaucoup d'observations personnelles. Il appartenait au chirurgien prudent qui maniait si bien le chloroforme, qui avait été un des premiers en France à appliquer l'heureuse découverte de Jackson (éthérisations pratiquées à Boston en septembre 1846 par le docteur Morton, répétées à Nancy en janvier 1847); il appartenait à E. Simonin de formuler les règles d'un art qu'il possédait au plus haut degré. Tous ses élèves se rappellent avec quelle sûreté il administrait le chloroforme, et, abstraction faite de ses théories scientifiques, aucun n'a oublié « le trépied physiologique », c'est-à-dire les trois faits principaux qui servaient de guide à Simonin dans ses anesthésiations, pour reconnaître la « vraie période chirurgicale ». C'étaient : 1° la manifestation de l'insensibilité périphérique, notamment celle des tempes et de la cornée; 2° la contraction des muscles de la mâchoire, alors que tout le reste du système musculaire est arrivé à l'état de révolution ; 3° la contraction de la pupille.

Après avoir rappelé les travaux du maître, sa bienveillante et paternelle direction de l'École de médecine, son dévouement aux malades et aux élèves, n'oublions pas son désintéressement, son exquise urbanité et sa tolérance absolue.

« Travail obstiné, dit un hommage ému qui lui a été rendu par un de ses élèves les plus affectionnés, dévouement sans borne, aménité des formes, dignité du caractère, noblesse des sentiments, telles furent les vertus de cet homme excellent qui laissera un souvenir ineffaçable dans la mémoire de tous ceux qui l'ont approché et qui restera, en face des préoccupations des générations actuelles, le modèle de la générosité et de la grandeur d'âme. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

MM. les médecins du XXe arrondissement de Paris sont informés que, le mercredi 30 avril 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par arrêté préfectoral, en date du 1er avril 1884, ont été nommés médecins-inspecteurs des écoles de Paris :

IVe arrondissement (deuxième circonscription), M. le docteur Mérijot; (quatrième circonscription), M. le docteur Guyard.

VIe arrondissement (première circonscription), M. le docteur Monin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Jalaguier, prosecteur, est maintenu dans ses fonctions jusqu'au 30 septembre 1884.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Denucé, professeur de clinique chirurgicale, est autorisé à se faire suppléer par M. Lagrange, agrégé.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Truc, aide d'anatomie, est nommé, pour quatre ans, prosecteur, en remplacement de M. Cénas, dont les fonctions sont expirées.

M. Giraud (Jean-Joseph-Georges) est nommé, pour trois ans, aide d'anatomie, en remplacement de M. Truc, appelé à d'autres fonctions.

M. Jabouley (Mathieu) est nommé, pour trois ans, prosecteur, en remplacement de M. Laguaite, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Vallas (Maurice-Louis) est nommé, pour trois ans, aide d'anatomie, en remplacement de M. Parizot, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Dubosc est chargé, à titre provisoire, des fonctions de préparateur du cours de physique, en remplacement de M. Boudréaux, démissionnaire.

— *École de médecine de Clermont-Ferrand.* — M. Girod, suppléant, est chargé du cours d'histoire naturelle en remplacement de M. Lamotte, décédé.

— M. le docteur Juglar est nommé membre de la section des sciences économiques et sociales du Comité des travaux historiques et scientifiques, en remplacement de M. Molinari, démissionnaire.

— M. le docteur Leuduger-Fortmorel est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Saint-Brieuc.

— *Erratum.* — C'est par erreur que, dans la séance de la Société de chirurgie du 2 avril dernier, on a fait dire à M. Terrier que sur 7 cas d'infection purulente survenus dans son service hospitalier il n'avait eu qu'un décès.

Aucun cas d'infection purulente n'a été observé dans le service de M. Terrier pendant l'année 1883.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de pathologie générale, par le docteur H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8° de VIII-724 pages avec 126 figures. — Prix : 11 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'hydrothérapie dans la broncho-pneumonie des enfants, par le docteur Lacour. In-8° avec planches. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens, par le docteur de Brun. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, par le docteur Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Grand in-8° de 110 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Études sur les classifications des maladies de la peau, par le docteur Rizat. Grand in-8° de 120 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Des accidents vertigineux et apoplectiformes dans le cours des maladies de la moelle épinière, par le docteur Giraudeau. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'influence de la congestion chronique du foie dans la genèse, par le docteur Poucel. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose externe, par le docteur Lucien Petitot, ancien interne des hôpitaux. Broch. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Contribution à l'étude du carcinôme de la parotide, thèse pour le doctorat en médecine, par Paul Michaux, ancien interne, lauréat des hôpitaux. Broch. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Leçons sur la vaginite non blennorragique, par le docteur Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine, etc. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16036.

N° 44. — SAMEDI 12 AVRIL 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 12 AVRIL 1884. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. De l'athérome artériel et de quelques-unes de ses conséquences. — L'artérite généralisée. — Affection rénale (pyélo-néphrite) et cystite chronique. — Quelques mots sur la percussion thoracique dans la tuberculose pulmonaire. — Société de Chirurgie. — Correspondance. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'athérome artériel et de quelques-unes de ses conséquences.

Il y a quelques jours, en assistant à la visite et à l'une des conférences de M. Lancereaux à l'hôpital de la Pitié, nous avons été frappé d'un double fait, qui, sans être précisément nouveau pour nous, n'avait cependant jamais fixé notre attention au même degré. C'est, d'une part, la fréquence d'une lésion restée longtemps mal connue et qu'on n'a commencé à bien étudier que dans ces dernières années, l'athérome artériel, et, d'autre part, la multiplicité et la variété des effets que cette lésion peut entraîner à sa suite dans l'économie. Une étude anatomo-pathologique attentive de cette lésion et surtout l'analyse clinique de son évolution et de ses symptômes ont jeté une vive lumière sur les caractères et la nature d'un certain nombre de phénomènes morbides insolites, souvent disparates en apparence et dont on ne se rendait que difficilement compte, en les rattachant à l'athérome artériel, comme à leur véritable origine commune. Ces phénomènes morbides, secondaires ou subordonnés, sont le plus souvent des désordres viscéraux : tantôt des troubles cérébraux, symptômes de l'ischémie cérébrale, du ramollissement ou de l'hémorragie; tantôt de l'albuminurie ou d'autres symptômes impliquant une affection rénale, le plus souvent atrophie et induration du rein ; d'autres fois des perturbations fonctionnelles digestives, de la dyspepsie ou de la cardialgie, symptômes d'ulcération stomacale ; ou bien des phénomènes dyspnéiques; enfin des troubles trophiques divers portant soit sur le système osseux, soit sur le tégument et ses annexes.

Quelques faits rapidement esquissés de souvenir en donneront une idée sommaire.

Un premier malade qui nous a été présenté est un homme qui, à la suite de vertiges, avait perdu connaissance. Lorsqu'il revint à lui, on reconnut qu'il était légèrement parésié du côté gauche; depuis lors il a beaucoup de peine à se tenir debout. Il est, en outre, tourmenté toutes les nuits par des insomnies entrecoupées de rêvasserie et de délire. En l'examinant, on constate qu'il a une légère déformation des pieds, des varices aux jambes, des déformations des ongles, qui sont cannelés ; enfin les artères temporales sont sinueuses.

Un deuxième malade, homme de soixante-dix ans, a été amené à l'hôpital à la suite également d'une perte de connaissance ; revenu à lui, il n'a plus pu parler, mais il a conservé la faculté d'écrire. Dans le jour, il est assez calme, mais la nuit il lui est impossible de dormir : il est agité, en proie à un délire d'action. Cet homme a les artères temporales sinueuses et l'artère radiale dure.

Une femme de cinquante-six ans a été prise brusquement en 1871 de perte de connaissance, à la suite de laquelle elle est restée paralysée, hémiplégique du côté droit et aphasique. Les muscles paralysés se sont contracturés depuis. Elle a été atteinte de blépharite ciliaire, elle est sujette à des névralgies faciales et elle présente quelques ostéophytes. Toutes ses artères superficielles sont sinueuses et dures.

Une autre femme de soixante-trois ans présente, avec la précédente, les plus grandes ressemblances ; elle est hémiplégiée du côté droit et aphasique comme elle, elle a aussi comme elle une blépharite ciliaire, elle est maigre, elle a peu de cheveux, elle a les ongles déformés et les mêmes lésions artérielles.

Enfin, un homme de cinquante-six ans, sujet aux migraines, ayant de l'acné et une blépharite ciliaire comme les deux précédentes malades, plus des douleurs articulaires dans les articulations carpo-métacarpiennes, s'étant couché bien portant le 9 février dernier, se lève au milieu de la nuit pour uriner; il se sent faiblir sur ses jambes et laisse tomber son vase. Le lendemain il est amené à l'hôpital, où l'on constate une hémiplégie droite, sans aphasie, hémiplégie flasque. Cet homme est gros, obèse, il a la face vultueuse, il est chauve et ses artères sont dures et sinueuses.

Voilà très sommairement quelques exemples de lésions cérébrales, ramollissement chez les quatre premiers, hémorragie plus probablement chez le dernier, liées à l'existence de lésions artérielles accusées par la dureté et les sinuosités des artères visibles et accessibles au doigt.

On peut déjà voir là au moins deux groupes distincts de phénomènes morbides cérébraux, développés sous l'influence de l'artérite : un premier groupe comprenant les faits d'ischémie cérébrale, caractérisés par l'insomnie, le délire nocturne ressemblant un peu au délire des buveurs,

amenant par la suite, à une période plus avancée, le délire diurne, maniaque, et se terminant par la démence ; lorsque ces malades viennent à succomber, on ne trouve autre chose que la lésion athéromateuse des artères, et un certain degré de ramollissement et d'atrophie de la substance cérébrale avec exagération du liquide céphalo-rachidien. Le deuxième groupe auquel appartient un de ces malades, comprend les faits de véritable apoplexie cérébrale, hémorragique.

Mais à côté des sujets représentant ces deux groupes se trouvent en même temps dans le service plusieurs malades atteints, les uns de lésions rénales (néphrites atrophiques), les autres de lésions cardiaques (insuffisance aortique), également liées à l'athérome artériel, et qui présentent, comme ceux-ci, à peu près le même groupe de symptômes : blépharite, calvitie, douleurs ou déformations articulaires, enfin dureté et flexuosité des artères.

On remarquera au milieu de cette symptomatologie variée, dont une partie revient à l'herpétisme, l'associée la plus constante de l'artérite, un signe commun constaté chez tous ces malades : c'est la dureté et la flexuosité des artères. Là est le cachet de la lésion primitive, antécédent et cause à la fois des lésions secondaires viscérales ou trophiques.

C'est ce qu'il faudrait démontrer.

Pour avoir la justification du diagnostic porté chez ces malades, il faut les rapprocher de faits analogues qui ont eu leur vérification complémentaire et qui ont fait le sujet de conférences précédentes. Nous les retrouverons dans un compte rendu de leçons faites par M. Lancereaux l'année dernière (1).

Un homme de trente-sept ans entre à la Pitié ayant éprouvé deux ans auparavant de la toux, des hémoptysies abondantes, un œdème généralisé, des accès de douleurs violentes partant de la poitrine, irradiant dans les bras, insomnie, cauchemars. Il se plaint de ne pouvoir faire de mouvements sans éprouver aussitôt des battements douloureux à la région cardiaque et des battements carotidiens, et il devient en proie à une dyspnée excessive. On constate un frémissement vibratoire à la base du cœur, dont la pointe est un peu abaissée, un bruit de souffle diastolique très intense ayant son maximum à la base et se prolongeant dans les vaisseaux du cou et dans l'aorte ; pouls de Gorrigan ; battements violents des carotides. Bref, M. Lancereaux diagnostique une aortite généralisée avec hypertrophie du cœur et néphrite interstitielle (les urines peu abondantes, foncées et très denses, albumineuses).

Ce malade étant venu à succomber, l'autopsie a montré effectivement : une hypertrophie du cœur gauche, dilatation du cœur droit, légère insuffisance des valvules sigmoïdes ; une aortite généralisée caractérisée par l'épaissement de la tunique interne formant des saillies plus ou moins volumineuses, etc.; plus les lésions de l'arthrite sèche des deux genoux ; enfin un léger degré de néphrite des deux côtés.

M. Lancereaux a rapporté deux autres faits d'aortite généralisée semblables à celui-là et coïncidant aussi l'un et l'autre avec des arthrites déformantes. Le rapprochement de ces trois faits met en saillie la circonstance que nous signalions au début, de la multiplicité et de la diversité des troubles symptomatiques suscités par une lésion égale.

(1) *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié par M. Lancereaux et recueillies par les docteurs Lapierre et Delpeuch*, broch. in-8°, Paris, 1883.

Ainsi l'albuminurie et la dyspnée excessive dont se plaignait le premier malade, ne se rencontraient pas chez les deux autres, qui avaient, au contraire, des troubles cérébraux que le premier n'avait point présentés.

Ces faits sont relatifs à l'aortite. Pour que l'assimilation fût plus exacte et partant la démonstration plus complète, il nous faudrait étudier ici, avec l'aide de M. Lancereaux, l'artérite généralisée, dans ses caractères anatomiques et cliniques les plus communs. C'est ce que nous allons faire.

L'artérite généralisée.

Les parois artérielles sont peu exposées aux inflammations exsudatives et suppuratives ; mais, par contre, les phlegmasies prolifératives ou scléreuses y sont très fréquentes. Ce processus inflammatoire s'étendant à peu près constamment, il vient un moment où la plus grande étendue du système artériel se trouve atteinte. C'est ce mode inflammatoire des parois artérielles que M. Lancereaux désigne sous le nom d'artérite généralisée, pour la distinguer des autres formes d'artérite, telles que l'artérite circonscrite ou oblitérante, le plus souvent d'origine syphilitique, qui n'atteint qu'une portion limitée du système artériel, les artères cérébrales par exemple, et l'artérite en plaques siégeant de préférence dans l'aorte, liée généralement à l'intoxication palustre et origine fréquente des dilatations anévrysmales. C'est cette artérite généralisée que l'on observe souvent chez des gens âgés, des saturnins et des goutteux, mais dont il est parfois impossible de découvrir la cause et qui est alors presque toujours liée, suivant M. Lancereaux, à l'herpétisme, qui devient la source des accidents graves et multiples dont nous avons présenté quelques spécimens.

L'aorte est le point de départ habituel de ces lésions et le siège de leur degré le plus élevé d'intensité. Cette artère présente tout d'abord des plaques de petite dimension, qui s'accroissent peu à peu, de demi-transparentes qu'elles étaient au début, deviennent opaques, fermes, saillantes et donnent à la surface interne du vaisseau une apparence mamelonnée. Au bout d'un certain temps, les saillies de la surface interne de l'aorte opaques, jaunâtres, se ramollissent, subissent l'altération granulo-graisseuse et arrivent à constituer ce magma grenu, cette sorte de bouillie à laquelle on a donné le nom d'athérome artériel.

Le sang, frottant incessamment sur la mince lame d'endothélium qui renferme ces foyers athéromateux, en met à nu le contenu, qui se déverse ainsi peu à peu ou brusquement dans le courant sanguin ; d'où parfois des accès fébriles dont on n'expliquait pas la cause. Ces ruptures partielles de l'endothélium ont d'autres conséquences, telles que le dépôt d'une certaine quantité de fibrine du sang, qui perd sa flaccidité, formation de concrétions (kystes fibrineux de l'aorte) qui rétrécissent le calibre du vaisseau et peuvent devenir le point de départ d'embolies, ou bien production de fissures par lesquelles le sang s'infiltre, et, refoulant devant lui les tuniques moyennes et externes, donne lieu à la formation d'un anévrysme.

Voici maintenant comment se forment ou se développent les lésions viscérales diverses, dont il a déjà été question. Nous ne parlerons que des principales.

Tous les viscères abdominaux sont altérés. La rate est petite, indurée, sa capsule épaissie. Les reins diminués de volume et de poids sont atrophiés ; l'atrophie porte presque exclusivement sur la substance corticale. Le tissu est partout

ferme, sclérosé. On constate ordinairement alors l'albuminurie.

L'estomac est d'habitude fortement congestionné; sa tunique muqueuse indurée, épaissie, couverte d'un mucus épais, est parfois semée de points hémorragiques et de petites ulcérations.

La muqueuse intestinale est fréquemment hyperémiée et le siège, par places, de petites extravasations sanguines ou même d'érosions superficielles.

Les muscles sont presque toujours atrophiés, décolorés et ramollis; les os friables. Dans les articulations, on trouve presque constamment une usure des cartilages et une hyperplasie du tissu osseux, en un mot les caractères de l'arthrite sèche.

C'est surtout dans le système cérébro-spinal qu'on trouve les désordres les plus considérables : la substance nerveuse décolorée, comme macérée, laisse voir surtout au niveau du corps strié et de la protubérance, des pertes de substance, des lacunes. On observe des ramollissements partiels qui ne sont que la première phase de ces lacunes, plus rarement des foyers hémorragiques circonscrits ou disséminés. Un grand nombre d'hémorragies cérébrales ne sont que des épiphénomènes, des accidents de l'artérite généralisée.

Des lésions aussi diverses ont nécessairement des manifestations multiples et variables, suivant leur mode de groupement et de succession. Les altérations communes et constantes, celles de l'appareil circulatoire, peuvent elles-mêmes au début passer inaperçues, ne déterminant souvent aucun trouble appréciable.

Le pouls a les caractères du pouls de Corrigan; on sent quelquefois sous le doigt une artère radiale indurée et sinueuse, mais souvent aussi ce vaisseau est normal, alors que les artères iliaques et fémorales sont dures, larges, profondément altérées. Le malade est généralement pâle, décoloré, parfois un peu jaunâtre, presque toujours profondément anémié. Il accuse, dans certains cas, de l'oppression, de l'angoisse et quelquefois des accès de crises douloureuses à la région précordiale simulant des accès d'angine de poitrine.

La bronchite est fréquente; les hémoptysies et l'apoplexie pulmonaire plus rares. L'estomac, le foie et la rate sont en général simultanément atteints, bien qu'à un degré inégal. La fonction urinaire est troublée; les urines augmentent de quantité en même temps que leur densité diminue; l'albuminurie se montre au bout d'un certain temps. Certaines formes de la néphrite interstitielle se rapportent à la dégénérescence artérielle.

Les troubles fonctionnels qui relèvent du système nerveux consistant d'abord en de simples vertiges, deviennent quelquefois, par la suite, de véritables attaques apoplectiques. Les facultés intellectuelles sont presque toujours atteintes; la mémoire diminue, la parole devient embarrassée, le caractère se modifie. Il survient assez souvent des troubles de la vision. La motilité est troublée : tantôt les mouvements ne sont que faibles, ralentis, maladroits; tantôt il y a un tremblement accusé; d'autres fois, une hémiplégie mal délimitée.

La sensibilité physique est peu modifiée. M. Lancereaux a observé cependant un malade qui accusait dans les deux jambes des douleurs intenses qui n'avaient d'autre origine qu'une induration des artères fémorales.

Le diagnostic de cette artérite athéromateuse généralisée n'est pas toujours aisé. Nous avons dit que l'un des indices les plus constants de cette affection était l'état de rigidité, de dureté et de flexuosité des artères. Partout où elles sont aisément accessibles, elles donnent au doigt qui les presse la sensation d'inégalités, de bosselures ou annelures transversales; leurs mouvements diastoliques sont presque imperceptibles. A ces signes il faut ajouter ceux que donne l'auscultation, un bruit de souffle assez rude. Mais ces signes pourraient facilement échapper à l'attention si le médecin n'était provoqué à les chercher par quelques-uns des symptômes secondaires que nous avons énumérés. C'est par leur coïncidence que le diagnostic devient possible.

Le pronostic est toujours grave. La mort est le résultat soit de l'altération des reins, soit d'un ramollissement ou d'une hémorragie du cerveau; elle peut être, exceptionnellement, l'effet immédiat d'une syncope ou d'une apoplexie pulmonaire.

La cause de cette altération échappe le plus souvent. M. Lancereaux avait cru d'abord pouvoir l'attribuer à l'alcoolisme, mais il a dû revenir sur cette opinion, une centaine d'autopsies d'alcooliques ne lui ayant fait rencontrer qu'une fois cette lésion. On l'a plusieurs fois observée dans le cours du saturnisme chronique ou de la goutte. Mais c'est surtout à l'herpétisme que M. Lancereaux la rattache plus volontiers.

La thérapeutique, dans son impuissance contre la lésion elle-même, n'offre guère, jusqu'à présent, de ressources que contre l'état général qu'elle entraîne. Les principaux moyens à mettre en usage sont l'iodure de potassium, les frictions, les douches écossaisses pour stimuler les fonctions de la peau, les préparations opiacées pour combattre l'insomnie et l'ischémie cérébrale.

Affection rénale (pyélo-néphrite) et cystite chronique.

Parmi plusieurs des cas intéressants que nous avons remarqués dans la dernière visite que nous avons faite dans ce même service, nous signalerons celui d'une jeune femme qui est entrée à la Pitié pour une affection assez complexe, et qui remonte déjà à plusieurs années. Cette femme dit avoir eu pour la première fois, il y a quatre ans, un accès de colique néphrétique; depuis lors, ces accès se sont renouvelés très fréquemment. Il y a dix-huit mois environ elle a rendu du sable dans ses urines, et la veille de son entrée à l'hôpital elle a rendu un petit gravier. Enfin depuis un an les urines déposent et il a été aisé de reconnaître au seul aspect que ce dépôt est en partie purulent.

En examinant la région rénale droite (c'est de ce côté seul que se plaint la malade), M. Lancereaux a constaté que le rein, de ce côté, est augmenté de volume, qu'il est douloureux à la pression. Il y a jusque-là, d'après toutes les apparences, une hydronéphrose ou une pyélo-néphrite. Mais ce n'est pas tout, l'exploration de la vessie par la voie vaginale a déterminé une douleur vive qui ne laisse pas de doute sur l'existence d'une cystite muco-purulente, ce que l'examen de l'urine avait déjà rendu présumable.

On se trouvait donc là en présence d'une pyélo-néphrite probable et d'une cystite.

Ce diagnostic formulé, quel était le pronostic et quelle était l'indication thérapeutique? Le pronostic ici est plutôt favorable, étant basé sur ce fait qu'il n'y avait qu'un seul rein atteint, l'autre restant sain et fonctionnant régulièrement. La seule circonstance que l'on pourrait avoir à craindre serait la propagation de l'inflammation de la vessie,

par un processus ascendant, au rein resté sain. C'est par dessus tout ce qu'il importe ici de prévenir. Aussi l'indication principale, la seule à laquelle s'est arrêté pour le moment M. Lancereaux, a été d'agir sur la vessie, de manière à combattre la cystite. Quoi qu'il puisse arriver du côté du rein malade, qu'il vienne même à se détruire par la suppuration, tant que l'autre rein restera sain on peut espérer la guérison, guérison relative bien entendu. La malade est d'ailleurs, à cela près de son rein et de sa vessie, dans un état général assez satisfaisant.

Le moyen que M. Lancereaux se propose de mettre en œuvre chez cette malade, consistera dans l'usage de l'acide benzoïque à l'intérieur et de l'acide borique en injections dans la vessie, d'après la méthode de M. Gosselin.

On sait, en effet, que M. Gosselin, dans un mémoire publié en collaboration avec M. Alb. Robin, dans les *Archives de médecine* de 1874, et depuis dans sa *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité* (1879), a fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus de l'usage de l'acide benzoïque administré dans le but de combattre la cystite ammoniaco-purulente, particulièrement chez les sujets qui ont à subir des opérations sur les voies urinaires. Il l'a donné avec succès pendant huit à quinze jours de suite, à plusieurs malades atteints de cystite ammoniacale, à la dose de 1 à 2 grammes dans les vingt-quatre heures, en suspension soit dans une potion gommeuse, soit dans un litre d'eau sucrée et aromatisée (limonade benzoïque). Dans un laps de temps de cinq à dix-neuf jours, en moyenne sept à huit jours, il a obtenu le passage des urines de l'état ammoniacal à l'état neutre ou à l'état acide. M. Gosselin a recours, concurremment avec l'acide benzoïque à l'intérieur, au traitement local de la cystite purulente par les injections, et notamment par les injections d'acide borique.

En conséquence, M. Lancereaux, qui a eu lui-même l'occasion de constater déjà plusieurs fois les bons effets de cette méthode, a fait la prescription suivante pour cette malade : acide benzoïque 1 gramme et glycérine 2 grammes dans un julep de 200 grammes. Plus tard, il fera pratiquer des injections d'acide borique dans la vessie.

QUELQUES MOTS SUR LA PERCUSSION THORACIQUE

DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par M. le docteur B. Chalmet.

Les signes plessimétriques, dans la tuberculose pulmonaire, consistent souvent en nuances qui peuvent passer inaperçues si l'on néglige les précautions suivantes recommandées par les auteurs : éviter le voisinage d'une boiserie sonore et d'un oreiller; bien placer le malade ; les bras mollement croisés sur la poitrine, les coudes non appuyés, la tête pas trop baissée (pour l'exploration de la région postérieure); percuter avec une force toujours modérée, un peu plus grande seulement au niveau de l'omoplate.

Il est possible de réaliser des conditions d'examen encore plus favorables au moyen de quelques artifices d'exploration. Ainsi, tandis qu'il est naturel de percuter en avant très faiblement sur le doigt placé parallèlement aux côtes dans les espaces intercostaux, la percussion de la fosse sus-épineuse doit être, à mon avis, pratiquée de deux manières : 1° avec une force assez grande, sur le milieu du doigt placé transversalement; pour obtenir la sonorité générale de la région; 2° avec une force modérée, sur le doigt placé verticalement et successivement porté de dehors en dedans, en commençant par les extrémités acromio-claviculaires, pour obtenir les sonorités partielles. Cette position est la plus commode; et, comme l'application du doigt est limitée par la saillie que forme l'épine du scapulum, on ne fait vibrer par tranches verticales que la partie du poumon correspondant à la fosse sus-épineuse.

Le regretté docteur Fabre (de Marseille) a conseillé, dans les phtisies latentes masquées par l'emphysème, d'explorer surtout attentivement l'extrémité externe de la fosse sus-épineuse où l'on découvrira quelquefois des îlots de matité. C'est un excellent conseil à suivre dans tous les cas, car les nuances de sonorité se perçoivent beaucoup plus facilement dans la moitié externe que dans la moitié interne des fosses sus-épineuses à cause du voisinage des gros troncs aériens (trachée et bronches). Pour les recherches minutieuses, on peut d'ailleurs employer le plessigraphe de M. Peter qui renforce les sons et permet de percuter sur la plus petite surface possible.

Quelque soin qu'on ait apporté à l'examen des sommets, on risque de laisser un complément de renseignements utiles si on ne percute pas les régions postéro-inférieures. Comme l'a dit M. Grancher, à la fin de sa remarquable étude sur les sonorités sous-claviculaires dans la pleurésie (1), les cinq lobes des poumons sont solidaires et la solidarité s'exerce d'abord dans le même poumon. Éclairé par cette phrase, j'ai recherché et constaté très souvent, même pour des lésions supérieures peu étendues, des modifications dans la sonorité des bases. Ces faits se comprennent aisément si, d'après Cruveilhier, les sommets des poumons respirent plus constamment que les lobes inférieurs. Mais ils semblent, au premier abord, en contradiction avec l'opinion de M. Peter qui a donné des explications très ingénieuses pour démontrer le moindre fonctionnement des sommets à l'état normal. En effet, si les lobes supérieurs n'ont qu'une faible activité physiologique, leurs lésions n'exigeront plus impérieusement la suppléance des autres lobes. Cependant un obstacle au déplissement des poumons en haut amènera encore le refoulement dans les parties inférieures de l'air de réserve et de l'air résidual qui, plus chauds que l'air courant, suivant les remarques de M. Peter, gagnent habituellement les alvéoles des sommets.

Le tympanisme constaté aux bases est le tympanisme grave produit par une plus grande quantité d'air. Il existe une cause d'erreur contre laquelle il faut être en garde : à l'état normal, j'ignore si cette particularité a déjà été signalée, les deux hypocondres en arrière n'ont pas la même sonorité. L'hypocondre droit donne à la percussion un tympanisme aigu qui s'explique facilement si l'on réfléchit que les conditions pathogéniques du tympanisme aigu (diminution de l'air et de sa tension) sont réalisées par le fait d'une languette de tissu pulmonaire qui descend entre le diaphragme et les parois thoraciques, la base du poumon droit étant, on le sait, oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

Quand il y a lésion du sommet droit, ce tympanisme aigu (son aigu plus intense) devient un tympanisme grave (son grave plus intense). Quand il y a lésion du sommet gauche et tympanisme grave de la base correspondante, le tympanisme aigu de la région postéro-inférieure droite devient moins net; car il est plus difficile à différencier du tympanisme grave que de la sonorité normale. Ainsi le tympanisme aigu constaté nettement à droite par la percussion des deux bases indique qu'il n'y a de lésions bien étendues à aucun des sommets.

Le tympanisme grave de l'une des bases indique des lésions du sommet correspondant qui se traduisent ordinairement par de la submatité. Dans quelques cas de vastes cavernes ou d'emphysème, le tympanisme grave inférieur coïncide avec la submatité supérieure conservée ou exagérée. Alors, avant même d'avoir ausculté, les signes de suppléant perçus au bas de la poitrine annoncent que, malgré la submatité de sommet, le tissu pulmonaire y est altéré.

Enfin l'examen des bases peut servir à faire reconnaître si la diminution de sonorité constatée à l'un des sommets est réelle ou relative d'un tympanisme du côté opposé (tympanisme signalé par

(1) *Technique de la percussion*, p. 103.

Lherminier, Andral, au début de la tuberculose quelquefois); le tympanisme grave inférieur n'existe que si la diminution du son est réelle.

Je termine ici cette petite note.

J'ai cru qu'il ne serait pas inutile d'appeler l'attention sur l'importance, dans la tuberculose, de la percussion de la moitié externe des fosses sus-épineuses, et de la percussion des bases, à la condition toutefois qu'on ne prenne pas pour un signe indirect de lésions du sommet le tympanisme aigu physiologique de la région postéro-inférieure droite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Luxation en avant du poignet. — M. CHAUVEL présente de la part de M. Dieu, membre correspondant, une observation, accompagnée d'un moule en plâtre, relative à un cas de luxation du poignet en avant. Il s'agit d'un mulâtre ayant reçu sur la main un coup de pied de cheval non ferré. Tous les efforts de réduction, même sous l'influence du chloroforme, sont restés sans résultats. M. Dieu ne peut s'expliquer les raisons de cette irréductibilité.

M. Chauvel ajoute que, dans ce cas, la luxation, admise par M. Dieu, lui paraît fort douteuse et croit bien plutôt qu'il s'agit d'une fracture du radius.

M. RICHELOT croit également que, dans ce cas, il s'agit simplement d'une fracture du radius avec déformation du cubitus et diastasis légère.

Anévrysme cirsoïde de la main. — M. DESPRÉS communique une observation d'anévrysme cirsoïde de la main qui lui paraît présenter un double intérêt : d'abord l'existence à l'extrémité du doigt atteint d'une altération trophique qui ne saignait pas, en second lieu le succès relatif obtenu par le traitement. Il s'agissait d'une femme de soixante-quatre ans, sans antécédents héréditaires, d'une bonne santé habituelle, qui vit le médius de sa main droite rapidement augmenter de volume. Un médecin de province fit une ponction qui n'amena que du sang, puis de petites saignées locales avec une lancette.

M. Després, ayant remarqué que la cubitale était grosse, irrégulière et sinueuse, fit une double opération : d'abord il disséqua la cubitale, la réséqua sur une étendue de 3 centimètres 1/2; puis, n'ayant pas obtenu le résultat qu'il en espérait, il se décida à enlever le médius avec son métacarpien. La malade a bien guéri. Au cas où, comme il était permis de le concevoir, l'anévrysme cirsoïde aurait eu pour cause un trouble quelconque dans l'artère cubitale, il était tout indiqué de tenter la résection de cette artère, quitte à recourir ensuite à l'amputation du doigt, si cette première intervention restait sans résultat.

M. TERRIER fait observer que l'ulcération trophique signalée par M. Després dans le cas dont il vient de parler est loin d'être un fait rare. Quant à l'intervention proposée par M. Després, d'abord sur le vaisseau, elle ne semble pas justifiée, puisque dans ces cas la tumeur est primitive et les dilatations vasculaires sont secondaires.

M. VERNEUIL rappelle, en effet, que, dans ces cas, lorsqu'on détruit la tumeur tout disparaît. Détruisez donc exclusivement la tumeur, la nature fera le reste. M. Verneuil cite plusieurs exemples tirés de sa pratique à l'appui de cette opinion.

M. TRÉLAT a observé autrefois un fait qui vient également à l'appui de cette opinion. Il s'agissait d'un homme qui portait une tumeur pulsatile ulcérée du médius de la main droite, tumeur qui était le point de départ d'hémorragies fort graves. Les injections coagulantes étaient restées sans effet. Il fallut pratiquer l'amputation de l'avant-bras où les artères étaient déjà flexueuses et dilatées. Ce malade guérit très bien et tous les troubles vasculaires de voisinage disparurent après l'opération, en particulier cette tension exagérée des artères qui se trouvent au-dessus de la tumeur.

M. POZZI croit plutôt à une diminution qu'à une augmentation de pression dans ces cas. Par suite de cette diminution de pression, l'acte nutritif ne s'accomplit pas et l'artère se dilate ; les examens histologiques qui ont été faits des artères, dans ces cas, ont montré une notable diminution dans le nombre des éléments musculaires et une augmentation dans celui des éléments conjonctifs.

M. CHAUVEL demande à M. Després quel avantage il trouve, dans les amputations des doigts, à remonter au-dessus du métacarpien.

M. DESPRÉS répond qu'il a démontré, en s'appuyant sur trois cas d'amputations d'orteils avec leurs métatarsiens, que les malades marchaient mieux après ces opérations qu'après une simple désarticulation.

Il répond à M. Terrier que l'ulcération présentée par sa malade était d'une nature toute particulière. Il fait observer, en outre, que, chez cette malade, l'artère cubitale seule était dilatée et flexueuse. Il y avait donc lieu de penser qu'elle pouvait être pour quelque chose dans la production de la tumeur et que sa résection pouvait donner un bon résultat. Enfin la guérison d'anévrysmes cirsoïdes des membres est un fait rare.

M. MARC SÉE, contrairement à M. Pozzi, croit que les troubles vasculaires qu'on observe dans le voisinage des anévrysmes cirsoïdes, loin d'être produits par une dégénérescence des parois artérielles, sont bien plutôt le fait d'une suractivité nutritive.

M. TRÉLAT, en réponse à l'opinion émise par M. Després relativement à l'influence possible de la résection des artères afférentes sur la marche de la tumeur, fait observer que c'est en agissant sur la tumeur elle-même qu'on modifie les vaisseaux et non en agissant sur ceux-ci qu'on modifie la tumeur; et ce qui semblerait prouver qu'il s'agit plutôt d'un fait physiologique dans cette modification des artères que d'un trouble pathologique, c'est qu'une fois la tumeur supprimée, ces modifications vasculaires disparaissent très rapidement.

Tumeur fibreuse utérine compliquée d'hydronéphrose suppurée, hystérectomie, ponction de l'hydronéphrose. guérison. — M. POZZI communique l'observation d'une femme de quarante-trois ans qui portait dans le ventre une volumineuse tumeur manifestement fibreuse et utérine et dans le flanc droit une tumeur fluctuante. M. Albert Robin, dans le service duquel se trouvait cette malade, diagnostiqua une hydronéphrose suppurée, fit une ponction et retira un pus verdâtre. Peu de temps après, cette malade revint dans un état très grave, avec une fièvre hectique et une notable dépression des forces. L'hydronéphrose s'était reproduite, la tumeur utérine avait augmenté de volume.

M. Pozzi, après quelques hésitations, se rendit aux instances de la malade et se proposa d'intervenir de la façon suivante : ponction de l'hydronéphrose, hystérectomie dont la guérison se ferait pendant le temps que l'hydronéphrose mettrait à se reproduire, puis traitement de cette dernière par l'incision, les lavages, le drainage.

Le 27 septembre, il pratiqua la ponction de la tumeur latérale droite, en retira 7 à 800 grammes d'un liquide purulent, épais, verdâtre, contenant une énorme proportion d'urée. Le lendemain, il pratiqua l'hystérectomie. Le fibrome ayant été mis à nu, on s'aperçut qu'il était largement adhérent à la poche de l'hydronéphrose. L'opérateur dut donc faire deux pédicules, l'un constitué par le col utérin, l'autre par la partie du fibrome adhérente à la poche de l'hydronéphrose. Ayant placé trois anses élastiques temporaires, il put énucléer la tumeur sans avoir d'hémorragie. Il restait alors une coque utérine adhérente à la tumeur latérale droite formant un pédicule et le col utérin formant l'autre pédicule. L'anse élastique placée sur le ligament large du côté gauche put être facilement remplacée par un fil de soie et le petit pédicule fut réduit dans la cavité péritonéale. Mais il fut impossible de remplacer l'anse élastique étreignant la coque utérine adhérente à l'hydro-

néphrose et ce pédicule dut être laissé au dehors avec son anse élastique. Pour en éviter la rétraction ainsi que celle du pédicule inférieur, M. Pozzi dut passer par derrière une broche passant de chaque côté par la paroi abdominale. L'opération avait duré trois heures trois quarts. Les suites en furent aussi simples que possible et la guérison se fit en l'espace de quinze jours.

La poche de l'hydronéphrose se remplit de nouveau, mais avec une extrême lenteur, seulement quatre ou cinq semaines après l'opération. La malade rentra donc à l'hôpital deux mois après son hystérectomie. M. Pozzi ponctionna de nouveau l'hydronéphrose, avec l'intention de recourir ultérieurement au traitement radical de cette affection ; mais, cette fois, le liquide ne se reproduisit pas et la malade fut complètement guérie de son hydronéphrose par la simple ponction.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Paris, le 10 avril 1884.

A Monsieur le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Mon cher et honoré confrère,

Je lis dans votre excellente feuille à propos de la mort de M. Edmond Simonin, de curieux détails sur son origine médicale, père et aïeul s'étant succédé comme lui dans le professorat. Cette note me rappelle une particularité que peut-être vous ne jugerez pas indigne de votre publication. Je vous la livre telle quelle.

En 1829, je suivais les cours d'accouchement du docteur « Capuron. Son savoir, sa diction claire et élégante étaient fort appréciés des élèves. Il savait surtout, entremêlant à ses leçons des citations et des anecdotes piquantes, les intéresser par son humour méridionale. Contemporain et intime du père de M. Edmond Simonin, rarement s'écoulait une vacance sans qu'il allât passer quelques jours chez son ami. Or voici d'une de ces visites la petite histoire qu'un jour il nous raconta :

On festoyait au milieu de joyeux convives, lorsqu'un messager inopportun vint réclamer Simonin pour un cas pressant. « Capuron, dit celui-ci, je t'emmène avec moi » et, chemin faisant, il l'instruit de ses inquiétudes. Il s'agit d'une cliente que, depuis plus de vingt ans, il a soignée à diverses reprises de maladies graves. Les symptômes actuels datent d'une quinzaine et après une série de haut et de bas, acquièrent finalement une intensité menaçante. « Je serai bien aise, ajoute Simonin, d'avoir ton avis. »

On arrive, on explore, le consultant surtout fait mine d'y apporter toute son attention. A peine confèrent-ils à l'écart, que ces mots glissés tout bas : « Mais, mon cher, ta malade va accoucher » jettent Simonin dans la stupéfaction. Le pronostic était juste.

Voici du reste l'excuse : la malade, âgée de quarante-huit ans, vivait conjugalement depuis vingt-deux ans avec celui qui passait pour son mari. Jamais elle n'avait eu de grossesse. Les accidents auxquels elle était fréquemment sujette avaient occasionné une tuméfaction habituelle du ventre, dont, en dernier lieu, on était loin de soupçonner le véritable caractère. Il fallait l'œil exercé du maître pour le deviner. Une circonstance aurait pu toutefois mettre sur la voie, si on y eût songé. Depuis trois ans, absence de règles. En sécurité, on n'observait plus les précautions coutumières.

La cessation de l'âge critique n'est pas toujours une garantie absolue d'inaptitude à concevoir. J'ai accouché à quarante-neuf ans une femme nouvellement mariée à un veuf d'une soixantaine d'années.

Certaines grossesses se compliquent aussi dès l'origine d'accidents qu'on ne croit pas devoir rapporter à la conception. Il n'est pas même rare qu'on y ait cru dans le principe et que la non-évolution des signes ordinaires ait fait renoncer à cette idée. Cela notamment s'obsrve quelquefeois dans les grossesses doubles où les mouvements de chaque fœtus se nuisent réciproquement. Dans mon pays, il y a quarante-huit ans, on s'est fort égayé de la déconvenue de plusieurs médecins en un cas semblable. Les douleurs étaient atroces, le volume du ventre démesuré. Deux médecins se concertèrent ensemble jusqu'aux derniers mois, sans soulever le doute. Un troisième, suivant les mêmes errements, se contenta de modifier le traitement. Il finit pourtant, en présence d'un péril apparemment croissant, par réfléchir et se persuader que sa malade était enceinte. Elle accoucha de deux enfants.

Grande fut la surprise dans le voisinage : un enfant inattendu, ça se voit, disait-on, deux c'est trop fort. Capuron, non sans fondement, pensait qu'il est bon d'être mis en garde contre de telles déceptions : moi aussi.

Votre bien dévoué,

Dr DELASIAUVE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine aura lieu le dimanche 27 avril, à deux heures très précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. le professeur Béclard, président.

Cette assemblée a pour objet :

1° La lecture du compte-rendu de l'année 1883 par M. le docteur Barth, secrétaire général adjoint.

2° L'élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général.

Les candidats proposés aux suffrages de l'assemblée par la commission générale sont : Président : M. Béclard. — Vice-présidents : MM. Richet et Blanche. — Secrétaire général : M. Orfila.

3° Le tirage au sort des membres titulaires de la commission générale et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Les recettes de l'année 1883 s'élèvent à la somme de 51,072 fr.

Dons faits pendant l'année 1883 :

M. Lunier, 200 francs ; M. Labarraque, 500 francs ; M. G. Wickam, 25 francs ; Mme D..., 25 francs ; un Anonyme, 40 francs ; M. Nedoux, 20 francs ; M. Depaul, 500 francs ; M. Rathery, 100 francs ; M. Richet, 500 francs ; Mme Homolle, 100 francs ; Mlle Piédagnel, 1,000 francs ; la Société médicale du IXe arrondissement, 100 francs ; Mme Braive, 400 francs ; la librairie Asselin, 50 francs ; M. G. Masson, 100 francs ; Mme Marjolin, 50 francs ; M. G. Marjolin, 20 francs ; M. Vautier, 20 francs ; M. Barth, 100 francs ; M. et Mme Casenave-Fouquier, 10 francs ; M. Potain, 1,000 francs ; M. Roger, 100 francs ; M. Gérin-Roze, 100 francs ; M. Després, 500 francs. — Total, 5,560 francs.

Il a été distribué en secours : 33,150 fr. Au 1er janvier 1884, l'Association possède 28,427 fr de rentes 3 p. 100 et 4 1/2 p. 100.

— La troisième épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminée avant-hier soir mercredi 9 avril. Les questions données pour cette épreuve orale ont été : 1° Des accidents des grosses hernies inguinales ; 2° Des rétrécissements du rectum ; 3° Anatomie pathologique et diagnostic des kystes et des tumeurs de l'ovaire ; 4° Des fistules uro-génitales chez la femme.

La prochaine séance dans laquelle le nom des huit candidats reconnus admissibles sera proclamé, aura lieu le mercredi 23 avril 1884.

— Les questions données jusqu'à ce jour pour l'épreuve orale d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central sont : 1° La pleurésie interlobaire ; 2° Du cancer de l'intestin ; 3° De l'hydronéphrose.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Trélat reprendra, à l'hôpital Necker, ses leçons de clinique chirurgicale, le mardi 22 avril 1884, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur Albert Gaudry commencera le cours de paléontologie le mercredi 23 avril 1884. Il traitera cette

année des temps quaternaires. Les leçons auront lieu le mercredi et le vendredi de chaque semaine, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. De plus, le lundi, le professeur fera une conférence dans le laboratoire de paléontologie ou dans les galeries publiques.

Après le cours, M. le docteur Paul Fischer, aide-naturaliste, exposera quelques-uns des résultats des dernières explorations sous-marines au point de vue de leurs applications à la paléontologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16057.

N° 45. — MARDI 15 ET JEUDI 17 AVRIL 1884. 57e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 AVRIL 1884. — N° 45.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — MORT ET OBSÈQUES DE M. J.-B. DUMAS. — HÔTEL-DIEU. Suppuration du sinus maxillaire, trajets fistuleux. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. L'urine des diabétiques. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Service médical de nuit de la ville de Paris. — Nouvelles.

MORT ET OBSÈQUES DE M. J.-B. DUMAS.

Notre grand chimiste, celui que l'on a pu appeler, depuis la mort de Berzélius, le plus grand chimiste du temps, est mort jeudi dernier à Cannes, où il était allé chercher un repos que l'on espérait devoir lui être plus salutaire.

L'Académie de médecine, après l'annonce faite par son président de cette perte cruelle, a levé la séance, comme l'avait fait la veille l'Académie des sciences.

Les obsèques ont eu lieu hier mardi, à l'église Sainte-Clotilde.

Le président de la République s'y était fait représenter par l'un des membres de sa maison militaire. Le gouvernement y était représenté par M. Fallières, ministre de l'instruction publique et son sous-secrétaire d'État, M. Cochery, ministre des postes et télégraphes, et M. Méline, ministre de l'agriculture. Une brigade rendait les honneurs militaires au grand'croix de la Légion d'honneur. Les cordons du poêle étaient tenus par M. le comte d'Haussonville, de l'Académie française, M. Rolland, président de l'Académie des sciences, M. Wurtz, de la Faculté de médecine, M. le vice-amiral Mouchez, de l'Observatoire, M. Cauvet, directeur de l'École centrale des arts et manufactures, et M. Melsens, de l'Académie de Belgique. Dans l'assistance beaucoup trop nombreuse pour que tout le monde ait pu trouver place dans l'église, on remarquait notamment un très grand nombre de membres de l'Institut, de membres de l'Académie de médecine, de professeurs et d'élèves de la Faculté de médecine, de la Faculté des sciences, de l'École centrale, et de membres de diverses Sociétés dont M. Dumas avait fait partie, telles que la Société d'encouragement pour l'industrie, la Société philotechnique, etc., etc.

L'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse. Des discours ont été prononcés sur la tombe par MM. d'Haussonville, au nom de l'Académie française, Rolland, au nom de l'Académie des sciences, Bertrand, au nom du *Journal des Savants*, Wurtz, au nom de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences, Cauvet, au nom de l'École centrale dont M. Dumas avait été un des fondateurs, et par M. Melsens (de Bruxelles).

Dire tout ce que la science doit à l'illustre savant que le monde vient de perdre, mesurer l'étendue de cette vaste et droite intelligence qui s'est prodiguée sur tant de sujets divers, qui a élargi et éclairé de plus vives lumières les voies déjà ouvertes par ses illustres prédécesseurs, qui en a tracé et ouvert de nouvelles à ses contemporains et à ses successeurs, serait au-dessus de nos forces et de notre compétence. Nous ne pouvons que constater le reflet glorieux qu'il a fait rejaillir sur la France qui en est justement fière. Tout au plus pourrions-nous, en remontant par le souvenir à l'époque bien lointaine où nous commencions nos études médicales, rappeler combien nous avions apprécié déjà à cette époque les premiers travaux de physiologie par lesquels le savant, tout jeune encore alors, préludait à ces magnifiques études de chimie générale qui devaient plus tard révolutionner cette science, et aux lumineuses considérations chimico-physiologiques qui allaient aboutir à ce merveilleux petit traité de statique chimique des êtres vivants, qui a fait le sujet de son enseignement trop éphémère à l'École de médecine. Mais si le peu qui est à notre portée dans ces immenses travaux a suffi à provoquer notre admiration, que serait-ce si nous recueillions les impressions et les souvenirs de cette nombreuse pléiade d'élèves dont plusieurs sont devenus maîtres et maîtres illustres à leur tour, qui ont entendu ces leçons répandues un peu partout, comme une manne céleste, au Collège de France, à la Faculté des sciences, à l'École polytechnique, à l'École centrale, à l'Athénée. Elles avaient pour eux tant d'attraits, elles élevaient si bien les esprits, montraient si nettement les principes de la science, constituaient chacune un chapitre si élégant et si parfait, comme le disait hier M. Bertrand sur sa tombe, que les praticiens, attentifs aux faits, les penseurs curieux de leur enchaînement, les juges délicats de l'élévation du langage, restaient également résolus à ne pas manquer la leçon suivante.

Mais nous allons laisser la parole à beaucoup plus compétent que nous, heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le discours prononcé par M. Wurtz.

Discours de M. le professeur Wurtz.

Aux couronnes déposées sur le cercueil de M. Dumas, l'Université vient ajouter les siennes. La Faculté des sciences et la Faculté de médecine de Paris adressent cet hommage suprême au professeur qui les a honorées entre tous, au savant qui a illustré le siècle, à l'homme excellent qui laisse un vide dans tous les cœurs. Notre deuil est un deuil public, et par-dessus les voix que nous écoutons ici, il me semble entendre la grande voix de la France.

Le pays a fait une perte irréparable. M. Dumas l'a servi avec

éclat pendant soixante ans, dans les situations les plus diverses. Il avait toutes les supériorités, il a connu tous les succès. Au génie pénétrant et à cette intuition qui mènent aux grandes découvertes et aux larges conceptions, il joignait les plus beaux dons de l'éloquence, les clartés de la parole et la grâce du style qui font l'orateur et l'écrivain. Il était le modèle accompli du savant français, et l'histoire lui assignera un rang très rapproché du maître qu'il a admiré et suivi, Lavoisier.

Il ne m'appartient pas et il serait impossible de rappeler, au bord de cette tombe, les phases diverses et les triomphes d'une carrière si longue et si bien remplie. Des interprètes autorisés l'ont fait et le feront mieux que moi. Organe de deux corporations savantes, je dois me borner à retracer, à grands traits, l'œuvre scientifique de M. Dumas.

Il était né à Alais en 1800, et c'est à Genève qu'il fit ses premières armes. Il s'y rendit pour occuper une place de commis dans une pharmacie. Il avait à peine vingt ans lorsqu'il publia, avec Prévost, des recherches sur divers sujets de physiologie et principalement des recherches sur le sang qui sont encore classiques aujourd'hui. Mais la pharmacie ne l'a pas absorbé et la physiologie ne l'a pas retenu. Arrivé à Paris en 1821, il se voua exclusivement à la chimie et fut bientôt en position d'entreprendre et d'achever les travaux les plus importants : développement indépendant de la chimie organique et réforme de la chimie minérale, telle est l'ère qui commence avec M. Dumas. Et si, depuis cinquante ans, la chimie est entrée dans des voies nouvelles qui l'ont, pour ainsi dire, transformée sous nos yeux, c'est grâce à la réalisation d'un programme qu'il a tracé le premier et dont ses propres découvertes ont jeté le fondement. Les idées qui avaient cours alors étaient tirées de l'étude relativement simple des composés minéraux. Toutes les combinaisons sont formées de deux éléments immédiats qui sont eux-mêmes ou des corps simples ou des composés du premier degré. Le grand chimiste suédois qui exerçait au commencement de ce siècle une autorité incontestée, Berzélius, avait adopté et développé cette conception qui remonte à Lavoisier et qu'il avait renforcée par l'hypothèse électro-chimique. C'est ce qu'on appelait le dualisme en chimie. M. Dumas l'a battu en brèche. Étudiant en 1843 l'action du chlore sur les composés organiques, il reconnut que ce corps simple possède *le pouvoir singulier de s'emparer de l'hydrogène et de le remplacer atome par atome*. Tel est le premier énoncé d'une loi qui s'appuie aujourd'hui sur des milliers de cas analogues et forme le point de départ de la théorie des substitutions et des doctrines qui en découlent. M. Dumas y a attaché son nom ; Laurent, d'illustre mémoire, y a collaboré ; mais l'idée première est énoncée clairement dans la proposition rappelée textuellement plus haut : et qui peut méconnaître, en pareil cas, la puissance de l'idée mère, de la pensée créatrice, de la première ébauche ? Sans doute, dans le tableau magnifique que nous possédons aujourd'hui, quelques détails ont disparu. Il n'importe, les lignes fondamentales sont ineffaçables, et c'est l'école française qui les a tracées, l'école française, dont M. Dumas fut longtemps le chef et le soutien, tandis que Berzélius en était l'adversaire dès le premier jour. Cette idée qu'un élément électro-négatif comme le chlore peut prendre la place de l'hydrogène, élément essentiellement électro-positif, le choquait dans ses convictions les plus fermes. De fait, elle renversait le système dualistique. C'était une révolution, une manière nouvelle de concevoir les combinaisons chimiques. Pour Berzélius, elles apparaissaient comme des entités doubles ; pour M. Dumas, comme des monuments uniques, dont les matériaux sont ordonnés d'une certaine façon, mais qui restent inébranlables lorsqu'une assise est remplacée par une autre. Cette conception a été développée dans une série de mémoires qui ont eu pour objet les types chimiques, notion forte et juste qui a été généralisée plus tard et simplifiée par un autre mort illustre que l'Université réclame comme un des siens, Charles Gerhardt.

Tels ont été les débuts d'une théorie qui devait exercer sur les progrès de la science une influence décisive. Elle a pris sa place lentement et avec effort, et, choquant les idées reçues, elle a rencontré la plus vive opposition. Témoins émus de ces grands débats, les hommes de ma génération, ses élèves, n'ont pu oublier que c'est M. Dumas qui a soutenu le choc et supporté victorieusement le poids d'une lutte qui était inégale et semblait désespérée. Il nous apparaissait comme un vaillant athlète, comme un triomphateur, quand nous l'entourions dans ce modeste laboratoire de la rue Cuvier, qu'il avait installé à ses frais et d'où sont sortis tant de mémoires et tant de disciples.

Hors d'état d'énumérer les travaux du maître, nous dirons seulement qu'aucun domaine de la science ne lui est resté étranger. Découverte et description de composés minéraux et organiques, analyse de nombreux corps et perfectionnement des méthodes d'analyses, M. Dumas apportait dans toutes ses recherches, avec la pénétration d'un génie inventif, cette sûreté de main et de jugement, cette exactitude dans les détails, cet esprit de critique qui sont les conditions indispensables et les instruments nécessaires de toute investigation scientifique, et les corps qu'il met au jour ne sont pas des êtres isolés, sans parenté et sans rapport. Ce sont des chefs de famille, des représentants de certaines propriétés générales, de certaines fonctions, comme on dit aujourd'hui. Il en est ainsi de l'oxamide qu'il a découverte en 1840, de l'esprit de bois qu'il a étudié dès 1835 et dont il a reconnu la nature alcoolique avec son élève et ami M. Péligot. Et que dire des vues théoriques qu'il a émises sur un grand nombre de sujets spéciaux et qu'il a consignées soit dans son grand *Traité de chimie appliquée aux arts*, soit dans cet incomparable volume intitulé : *Leçons de philosophie chimique*. Pour ne citer qu'un seul exemple, c'est à M. Dumas qu'on doit le premier essai de classification des corps simples non métalliques, essai que le temps a respecté. Rappelons enfin que, après avoir enrichi, au début de sa carrière, la chimie physiologique de découvertes importantes, il a doté, un peu plus tard, la physique d'une méthode nouvelle pour déterminer les densités de vapeur, entrant ainsi dans la voie ouverte par son maître, Gay-Lussac, dont il est convenable de prononcer ici le nom, afin d'associer dans un même hommage deux des gloires les plus pures de la France.

M. Dumas a été dans la science un réformateur plein d'initiative. Mais j'aurais donné de son activité et de son influence une idée incomplète si je passais sous silence sa carrière de professeur. Dès son arrivée à Paris, il ouvre un cours à l'Athénée où il se rencontre avec Mignet. Plus tard, il fonde avec Lavallée, Ollivier et Péclet l'École centrale des arts et manufactures, où il a fait le cours de chimie pendant un quart de siècle. En 1832, il remplace Thénard à l'École polytechnique et, la même année, il est appelé à la Faculté des sciences de Paris comme professeur adjoint. En 1841, il devint à la fois professeur titulaire et doyen de cette Faculté. Trois ans auparavant, il était arrivé, à la suite d'un brillant concours, à la chaire de chimie organique de la Faculté de médecine de Paris. C'est peut-être dans cette situation que son talent de professeur a atteint son apogée. Il était alors dans la période la plus brillante de son activité créatrice et il exposait les grandes idées qui le préoccupaient avec une chaleur et une conviction communicatives, avec une clarté et une abondance inimitables. Tout l'auditoire était suspendu à ses lèvres et l'on ne saura jamais dire ce qu'il a fallu de talent et d'art pour attirer et fixer un tel auditoire, pour l'intéresser aux choses élevées dont il était question. La tradition de cet enseignement n'est pas perdue, car il a fait époque à la Faculté de médecine. Pour la première fois on envisageait les réactions qui se passent dans l'économie à un point de vue général et élevé, on faisait le bilan des pertes et des gains, on pesait les bases de la statique chimique des êtres organisés. Ces leçons mémorables ont exercé une influence qui dure encore ; elles ont contribué à introduire en physiologie l'usage des méthodes exactes et l'habitude du raisonnement scientifique. Tel a été, en peu de mots, le rôle prépondérant de M. Dumas dans la science et dans l'enseignement. Dans les dernières années de sa vie, il s'est retiré de la lutte ; mais il ne s'est pas reposé. Il s'est recueilli pour se consacrer à des travaux d'un autre ordre.

Il était à la hauteur de toutes les tâches, il était l'âme des nombreuses commissions qu'il présidait, l'ornement des solennités aca-

démiques qu'il embellissait par sa présence et sa parole. Quoi de plus admirable que ce talent toujours jeune dont la souplesse se pliait à tous les genres, talent qui est allé en grandissant avec l'âge. Sous ce rapport, nulle fatigue et nulle défaillance. M. Dumas a eu le privilège de conserver jusqu'au bout la fraîcheur et la finesse de son esprit, la haute distinction de ses manières et, par-dessus tout, cet abord à la fois grave et bienveillant, signe visible des qualités de son cœur et qui inspirait à tous l'affection et le respect. Tel je l'ai vu pour la première fois il y a quarante ans, presque jour pour jour, tel je l'ai retrouvé à Cannes, il y a moins d'un mois.

Après une vie si longue et si glorieuse, que vous manquait-il, mon cher maître ? Une belle mort ! Elle vous a surpris au milieu des vôtres, dans la plénitude de vos facultés. Adieu, et reposez en paix. Vous avez droit à la reconnaissance publique et vous êtes certain du jugement de l'histoire. Maintes fois vous avez affirmé vos convictions religieuses et vous contemplez maintenant face à face les réalités que vous avez espérées si fermement. Adieu ! parmi les survivants, votre grande figure n'est pas de celles qui puissent disparaître dans l'oubli. Votre souvenir va se perpétuer et votre nom passera d'âge en âge. Vous vivrez par vos œuvres, par l'exemple que vous avez donné, par les productions immortelles et les rares qualités de votre esprit : *Forma mentis æterna.*

HOTEL-DIEU. — M. Humbert.

Suppuration du sinus maxillaire, trajet fistuleux.

Le malade que nous opérerons à la fin de la leçon est un individu qui a déjà subi une première opération, ici même, pratiquée par M. Richet il y a quelque temps, pour la même maladie.

Comme vous avez pu le voir dans la salle, il porte sur la joue droite, au niveau de l'arcade dentaire, et, pour préciser davantage, en face des premières dents molaires, une saillie rougeâtre, saillie qui n'est pas très considérable, mais qui présente à sa partie centrale un petit pertuis, qui n'est autre que l'orifice interne d'un trajet fistuleux, par lequel s'écoule constamment un peu de liquide purulent. Si, par cette ouverture, l'on cherche à introduire un stylet, celui-ci pénètre à une distance assez grande, à 5 centimètres environ, de telle sorte qu'on a tout lieu de penser que l'on arrive ainsi en un point peu éloigné de la ligne médiane.

Au premier abord, il est à peu près certain que le point de départ du mal, que la lésion doit être recherchée du côté du maxillaire supérieur droit, soit dans le sinus même de cet os, soit dans une cavité accidentelle voisine.

Or, quand une collection purulente se développe comme elle l'a fait ici, elle peut reconnaître plusieurs causes et occuper des sièges différents. C'est ainsi que l'on peut rencontrer des abcès du sinus maxillaire, abcès pouvant succéder soit à un traumatisme, ce que l'on observe rarement, soit à quelque inflammation du voisinage, ce qui est moins rare, soit à une inflammation développée dans l'os lui-même et le périoste, c'est-à-dire à une périostite alvéolo-dentaire, consécutive elle-même à quelque carie dentaire.

Supposons pour un moment qu'il s'agisse d'un abcès du sinus maxillaire. En quel point pourra-t-il s'ouvrir ? D'après les rapports même de ce sinus, rapports que je ne vous rappellerai pas ici, vous les connaissez certainement tous, les régions où cet abcès pourra chercher à se faire jour sont les fosses nasales, la voûte palatine, l'orbite, la cavité buccale ou la joue. Mais lorsqu'une ou plusieurs dents sont malades, qu'une ou plusieurs d'entre elles ont été, par suite, détruites, le pus peut aussi se faire jour entre les alvéoles et sourdre dans la bouche. Au contraire, si l'abcès s'ouvre un peu plus haut, par exemple dans le cul-de-sac formé par la muqueuse, l'écoulement du pus peut se faire par la joue. On peut observer aussi des collections purulentes, dépendant d'une affection dentaire, se formant en dehors du sinus, sous le périoste du maxillaire : on a alors ce que l'on appelle des abcès sous-périostiques du maxillaire supérieur, présentant, en gros, ce qui est en petit un abcès de la gencive succédant à une carie dentaire. Aussi, tandis que les abcès d'origine dentaire, formés aux dépens de la membrane fibro-muqueuse de la gencive, s'ouvrent dans la bouche, ceux qui siègent un peu plus haut, entre l'os lui-même et le périoste, tendent au contraire à faire saillie un peu plus haut et s'ouvrent spontanément dans la joue.

Chez notre malade, fait assez singulier, il n'y a pas eu d'altération dentaire, nulle souffrance du côté des dents, bien que le dentiste qu'il est allé voir ait cru devoir, en présence d'un abcès, lui arracher une dent qu'il avait pensé être cariée. Quel est donc bien le siège primitif du mal ? Il y a quelques années, on eût répondu sans hésitation : le sinus maxillaire. Aujourd'hui il n'en est plus toujours ainsi parce qu'un certain nombre d'affections, considérées jusque-là comme appartenant au sinus, ont été classées dans le cadre nosologique des affections sous-périostiques. C'est ainsi que les recherches de M. Magitot ont démontré que la plupart des abcès dits du sinus étaient réellement périostiques, repoussant en dedans la paroi du sinus, repoussant la peau en dehors, de façon à former une cavité dans laquelle le stylet peut pénétrer.

De quoi s'agit-il donc chez notre malade ? Est-ce d'un abcès du sinus ? Est-ce d'un abcès qui se serait développé en dehors du sinus dont il aurait refoulé les parois ? Or on a donné comme un élément de diagnostic l'exploration au moyen du stylet, en disant que si celui-ci s'enfonçait peu profondément, c'est que l'on avait affaire à une lésion osseuse, tandis que s'il pénétrait assez loin, c'est que le sinus était en jeu.

Dans ces conditions, nous serions portés à admettre chez notre malade que nous sommes en présence d'une affection du sinus : d'abord, parce que le stylet, introduit dans le trajet fistuleux par le petit pertuis de la joue, s'enfonce à un peu plus de 5 centimètres ; ensuite, parce que l'on sent que la pointe du stylet joue pour ainsi dire dans une vaste cavité ; enfin, parce que la maladie n'a pas débuté par une carie dentaire et qu'aujourd'hui encore, toutes les dents sont saines. Par conséquent, nous sommes autorisés à croire, avec quelque chance d'être dans le vrai, qu'il s'agit ici d'une affection du sinus qui se serait développée à la suite d'une inflammation de voisinage.

Mais qu'il s'agisse d'une maladie du sinus ou d'un abcès sous-périostique, le traitement chirurgical sera à peu près le même ; quel que soit le point de départ de la suppuration, ce qui est important, en réalité, c'est la persistance d'un trajet fistuleux aboutissant dans une cavité purulente. Voici, du reste, en quoi doit consister l'intervention chirurgicale : Toutes les fois qu'une fistule s'ouvre à la joue et que son trajet passe au-dessus de la cavité buccale, la première indication pour en obtenir la fermeture est d'empêcher le pus de continuer à passer par cette fistule, en cherchant à tarir la source du pus si cela est possible directement, et surtout en détournant l'écoulement du pus du trajet fistuleux, c'est-

à-dire en créant de toutes pièces une fistule buccale qui soit en communication directe avec la cavité purulente.

C'est là, du reste, la première opération qui a été déjà faite, il y a quelque temps, par M. Richet sur ce même malade. C'est cette opération que nous allons pratiquer aussi à notre tour et dans un instant. Pour cela, nous introduirons une sonde cannelée dans le trajet fistuleux, jusque dans la cavité purulente; et sur l'extrémité de cette sonde, nous inciserons les parties molles par la cavité buccale, de telle sorte que le pus s'écoule directement par la bouche, en nous arrangeant pour maintenir ouverte la fistule chirurgicalement créée.

Ainsi se fermera de lui-même, n'étant plus entretenu par un écoulement continu, le trajet fistuleux qui aboutit actuellement à la joue. Ainsi disparaîtra la difformité actuelle, et le malade n'aura plus qu'une infirmité probablement passagère, c'est-à-dire une fistule buccale. En effet, par l'ouverture de nouvelle formation, nous chercherons à modifier l'intérieur de la cavité purulente quelle qu'elle soit, sinus ou cavité sous-périostique, soit au moyen d'injections avec la teinture d'iode, soit par des cautérisations.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

L'urine des diabétiques (1), par M. le docteur Robin.

I

La chimie du diabète, dont je dois vous entretenir pendant le cours des dernières leçons du semestre d'hiver, comprend trois points principaux, qui sont : 1° l'étude des urines ; 2° l'étude du sang; 3° l'étude de l'acétonurie ou mieux de l'acétonymie. Cette dernière est caractérisée par des accidents particuliers survenant à la fin de la maladie et s'accompagnant de certaines altérations du côté du sang, du côté des veines et du côté des viscères, qui résultent de la présence de l'acétone dans le sang et dans les urines.

Aujourd'hui nous commencerons l'étude des urines chez les diabétiques.

Voyons d'abord ses caractères physiques. Ce sont : une augmentation dans la quantité rendue dans les vingt-quatre heures, augmentation qui constitue une véritable polyurie. Cette polyurie est des plus variables, elle peut être de 2 litres, de 5 litres, de 10 litres ; en ce moment il y a, dans le service de M. Hardy, un malade dont la polyurie se chiffre par 10 litres et demi dans les vingt-quatre heures. Ces chiffres même sont quelquefois dépassés et atteignent parfois 12, 15 et même 20 litres par jour. On a même cité, mais ce sont là des faits exceptionnels, des cas où la quantité des urines s'est élevée jusqu'à 40 et 50 litres en vingt-quatre heures !

En réalité la moyenne des urines rendues par jour oscille entre 5 et 10 litres par jour.

Les circonstances qui peuvent influer sur la sécrétion urinaire sont surtout l'alimentation, le régime carné absolu, dont l'effet est de diminuer les urines, le régime féculent qui les augmente.

La polyurie varie également du jour à la nuit, moins considérable dans le premier cas, plus abondante au contraire pendant la nuit. Enfin nous rappellerons que l'on a rapporté quelques observations très rares de diabète dans lesquelles il n'y avait pas du tout de polyurie, les malades rendant seulement de 1,200 à 1,500 grammes dans les vingt-quatre heures.

Un second caractère physique est la densité des urines. A l'hôpital la densité normale est de 1,018 environ; en ville, où les individus sont généralement mieux nourris, elle est de 1,020 à 1,025. Mais chez les diabétiques cette densité est toujours plus élevée; on l'a vu quelquefois monter à 1,050, à 1,055 et même exceptionnellement à 1,100. En réalité la densité moyenne chez les diabétiques oscille de 1,030 à 1,040 et 1,045. En somme, dès qu'elle dépasse 1,026, l'attention des médecins doit se porter sur la possibilité d'avoir affaire à un cas de diabète.

Comme troisième caractère nous pourrions citer la saveur des urines, mais il n'est pas constant, témoin le malade actuellement dans les salles dont les urines, bien que chargées de sucre, n'ont révélé à M. Hardy aucune saveur sucrée.

Enfin les urines des diabétiques exhalent une certaine odeur; cependant il faut en général une très grande habitude pour la reconnaître. C'est une odeur chloroformique ou mieux l'odeur du moût fermenté.

Voilà pour les caractères physiques.

Quant aux caractères chimiques des urines diabétiques, ils concernent le sucre, l'urée, les sels (notamment les sulfates et les phosphates) et l'albumine.

Étudions tout d'abord le sucre. Une série de procédés ont été imaginés pour reconnaître la présence du sucre et pour doser la quantité que les urines diabétiques en contiennent. Je ne les passerai pas tous en revue, je me bornerai à vous indiquer les principaux.

Le plus ancien des procédés proposés pour reconnaître la présence du sucre dans l'urine est le procédé de Moore. Il est fondé sur ce fait que la glycose en face d'un alcali prend une coloration jaune brun d'autant plus prononcée que la quantité de glycose est plus considérable.

Voici, du reste, en quoi ce procédé consiste : On prend deux pastilles de potasse, on les met dans un tube contenant une certaine quantité d'urine, on chauffe doucement et peu à peu le liquide revêt une coloration de plus en plus prononcée, jaune brun foncé si la proportion du sucre est de 40 à 45 grammes pour 1,000 grammes d'urine, presque noire si la dose du sucre dépasse 50 grammes; enfin, si la teinte est assez claire, c'est que la quantité de sucre ne dépasse guère 20 grammes. Le moment où la coloration doit être observée, c'est quand l'urine entre en ébullition.

Ce procédé a été modifié par M. Bouchardat en ce sens que la potasse est remplacée par la chaux vive que l'on trouve partout, à la campagne comme à la ville ; seulement la réaction est un peu moins nette.

L'un et l'autre procédé présentent deux causes d'erreur : la première, c'est que si l'urine est déjà par elle-même très colorée, la réaction est moins facile à reconnaître. Dans ce cas, il est vrai, il suffira d'étendre l'urine d'une certaine quantité d'eau, ou de précipiter la matière colorante au moyen du sous-acétate de plomb ; la seconde, c'est le cas où l'urine renferme une certaine quantité d'hémoglobine du sang, laquelle, dans la réaction du procédé en question, se précipite en flocons et donne lieu par elle-même à une coloration jaune brun.

Un troisième procédé est celui de Trommer, il est moins

(1) M. le professeur Hardy a donné la parole à M. le docteur Robin pour exposer l'état de cette intéressante question.

bon que celui de Moore ; néanmoins il est peut-être actuellement trop abandonné ; il est vrai qu'il est plus complexe que le précédent ; il faut avoir à la fois à sa disposition des urines diabétiques et des urines non diabétiques comme terme de comparaison. On met donc dans des tubes contenant l'une et l'autre l'urine et quelques gouttes (une dizaine environ) de lessive de soude à 36 degrés ; on ajoute ensuite deux ou trois gouttes d'une solution au vingtième de sulfate de cuivre. Dans les urines non diabétiques il se forme aussitôt un précipité vert qui augmente lorsqu'on vient à agiter le tube. Au contraire, dans les urines diabétiques, le précipité également vert, qui se forme, disparaît par l'agitation du mélange. On chauffe ensuite les deux tubes en ajoutant encore un peu de sulfate de cuivre, et dans celui qui renferme du sucre on voit apparaître une coloration d'un jaune rougeâtre vif. Rien de cela ne se produit dans les urines non diabétiques.

Un autre procédé est celui dans lequel on se sert de la liqueur de Barreswill. On met dans un tube presque parties égales de cette liqueur et de l'urine soupçonnée diabétique ; on chauffe la partie supérieure du tube et l'on voit bientôt se former un précipité jaune rougeâtre d'oxyde de cuivre. Ce procédé est bon, mais il offre aussi quelques chances d'erreur par la présence de l'acide urique, de matières extractiles, par la présence possible également de chloroforme ou de chloral lorsque l'un ou l'autre de ces médicaments ont été administrés au malade, toutes substances dont la coloration se rapproche beaucoup de celle à laquelle la présence du sucre dans l'urine donne lieu.

Le procédé de Fehling est à peu près le même que celui de Barreswill. L'un et l'autre ne doivent pas être employés, lorsque la quantité de sucre ne dépasse pas 5 grammes pour 1,000 grammes d'urine.

Ce qui distingue la coloration due à l'acide urique de celle qui tient au sucre, c'est que dans le cas d'acide urique la teinte jaune reste transparente, tandis qu'elle est trouble s'il s'agit d'urines diabétiques. Pourtant lorsque l'acide urique est en quantité considérable, il se forme aussi de véritables flocons dans le tube, mais ces flocons ne sont pas poussiéreux comme dans l'urine diabétique, mais bien agminés ; de plus, la teinte du liquide qui les entoure diffère de celle des flocons eux-mêmes.

Avant d'en arriver aux procédés de dosage, il nous resterait bien encore quelques procédés à examiner, mais l'heure avancée nous force à en remettre l'étude à notre prochaine leçon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 avril 1884. — Présidence de M. FAUVEL.

La correspondance non officielle comprend un pli cacheté déposé par M. Labbée concernant la cause originelle de la rage chez le chien.

M. FAUVEL, vice-président, en l'absence de M. A. Guérin, président, prononce l'allocution suivante :

« Nous venons de rendre les derniers devoirs à un homme qui a occupé une grande place dans l'histoire scientifique de notre pays. En l'absence de notre honorable président, je viens faire part à l'Académie de la perte que la France a faite en la personne de Jean-Baptiste Dumas, du savant qui fut une de nos gloires scientifiques. Malgré son grand âge, il était permis d'espérer que sa riche organisation le conserverait encore longtemps parmi nous : une maladie de quelques jours a trompé notre espérance.

Nature privilégiée, J.-B. Dumas a réalisé en sa personne les mérites les plus divers. Chimiste illustre entre tous, professeur incomparable, littérateur allant de pair avec les maîtres, à ces qualités il joignait celles de beaucoup plus rares qui partent du du cœur et d'un esprit élevé.

Doué d'une grande aménité de caractère, tout en restant ferme dans ses convictions, il était accessible à tous, encourageait et secourait les jeunes talents et était pour tous d'une bonté dont ses nombreux élèves ici présents peuvent porter témoignage. C'est ainsi que sans contrainte il avait conquis cette grande autorité dont il jouissait dans le monde savant et qui était respectée de tous. J.-B. Dumas appartenait à l'Académie depuis 1843. Alors qu'il était ministre, il vint la présider dans des occasions importantes. . . . .

Malgré les nombreux travaux dont il était chargé, il intervint maintes fois dans nos discussions et y avait apporté le fruit de sa longue expérience.

L'Académie était représentée à ses obsèques par un grand nombre de ses membres ; mais aucune parole n'a été prononcée sur sa tombe au nom de l'Académie.

Maintenant, en signe de deuil, et ainsi que l'Académie l'a fait pour plusieurs de ses membres illustres qui n'avaient pas été présidents, nous lèverons la séance. »

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1884.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	12	20	6	38
2e	20	23	2	45
3e	31	25	11	67
4e	32	37	12	81
5e	22	38	7	67
6e	25	26	7	58
7e	14	34	4	52
8e	8	17	3	28
9e	25	26	3	54
10e	31	26	12	69
11e	79	104	26	209
12e	24	29	15	68
13e	41	88	26	155
14e	37	71	30	138
15e	28	62	15	105
16e	20	26	8	54
17e	38	82	13	133
18e	49	81	23	153
19e	38	86	23	147
20e	59	116	36	221
	633	1,017	282	1,932

Les hommes entrent dans la proportion de 33 p. 100 ;
Les femmes — — 53 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 14 —

La moyenne des visites par nuit est de 21 23/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 20 72/100.

Visites du premier trimestre de 1883. 1,865
Visites du premier trimestre de 1884. 1,932
Différence en plus. 67

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites	123	**E.** — Affections cérébrales, paralysies	99
Croup	80	Convulsions, éclampsie	56
Coqueluche	2	Névralgie	31
Corps étrangers de l'oreille	1	Névroses	85
B. — Asthme	28	Épilepsie	29
Affections du cœur	62	Aliénation mentale	15
Bronchites aiguës et chroniques	108	Alcoolisme, delirium tremens	31
Pleuro-pneumonie	72	Rage	1
Congestion pulmonaire	26	**F.** — Rhumatisme	26
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	143	Affections éruptives	37
Cholérine	13	Fièvre intermittente	4
Dysenterie	1	Fièvre typhoïde	42
Athrepsie	12	Hémorragies de causes internes et externes	71
Inanition	4	**G.** — Plaies, contusions	93
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	68	Fractures, luxations, entorses	46
Hernie étranglée	24	Brûlures	4
Rétention d'urine	21	Empoisonnements	9
Chute du rectum	1	Asphyxie par le charbon	12
		Asphyxie par submersion	2
D. — Métrite, métro-péritonite	46	Suicide	2
Métrorragie	43	**H.** — Mort à l'arrivée du médecin	57
Fausse couche	62		
Accouchement, délivrance	240	Total	1,932

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 9 avril 1884, ont été désignés, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe : Ferra, pour le 76e d'infanterie ; Taquoy, pour le 24e d'infanterie ; Malabard, pour le 5e d'infanterie ; M. Bailly, pour le 66e d'infanterie, et Gaumé, pour le 107e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Martin, pour le dépôt du 5e d'infanterie ; Cliquet, pour le 39e d'infanterie ; Pouey, pour le 112e d'infanterie, et Zimmermann, pour le 88e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Vincent, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Un concours pour la place de chef de clinique ophtalmologique s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy le mardi 6 mai 1884, à onze heures du matin. La durée des fonctions du chef de clinique ophtalmologique est de trois ans, avec un traitement annuel de 1,000 francs. Sont admis à concourir les docteurs en médecine français, non pourvus du titre d'agrégé, et les étudiants ayant soutenu les cinq examens de doctorat.

Les épreuves consisteront : 1° en une composition écrite sur un sujet de pathologie oculaire, avec les considérations d'anatomie et de physiologie qui s'y rapportent ; cinq heures sont accordées pour la rédaction ; 2° en épreuves cliniques : examen de deux malades (quinze minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade) ; leçon orale d'une demi-heure sur les deux malades examinés, après un quart d'heure de préparation ; 3° en une épreuve pratique de médecine opératoire, d'anatomie et d'histologie pathologiques, relative à la spécialité.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine cinq jours avant l'ouverture du concours. Ils auront à produire un acte de naissance dûment légalisé, le diplôme de docteur en médecine ou un certificat constatant qu'ils ont soutenu les cinq examens pour le doctorat.

— *Écoles de médecine de Marseille.* — MM. Bidon et Boy-Teissier sont nommés chefs de clinique médicale.

MM. Pluyette et Dor sont nommés chef de clinique chirurgicale.

M. Benet est nommé chef de clinique obstétricale.

— La Société de tempérance a accordé une médaille d'argent à M. le docteur John Lemoine, pour son mémoire : « L'ivrognerie comme vice héréditaire. »

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa treizième session annuelle, dans la ville de Blois, du 4 au 11 septembre 1884, sous la présidence de M. Bouquet de la Grye, membre de l'Académie des sciences.

Dans sa dernière séance, le Conseil d'administration a voté les subventions suivantes : MM. le docteur Pouchet, professeur au Muséum de Paris, pour la construction d'un thermomètre enregistreur, destiné à faire connaître les variations de température des eaux de la mer par 30 mètres de fond, 600 francs ; Genaille, pour lui permettre de continuer ses travaux pour la construction d'une machine électrique à calculer, 500 francs ; Fines, pour l'achat d'un théodolithe-boussole de Brunner, destiné à des observations magnétiques dans les Pyrénées-Orientales, 2,000 francs ; le docteur H. Beauregard, pour aider à la publication de son ouvrage sur les insectes de la tribu des vésicants, 500 francs ; la Société d'histoire naturelle de Loir-et-Cher, pour l'aider à ses publications, 400 francs ; l'Observatoire du mont Ventoux, pour contribuer à l'installation de son observatoire, 5,000 francs en trois annuités (pour cette année, 1,000 francs) ; M. le docteur Maurel, pour aider à la publication de ses recherches sur l'analyse microscopique de l'air et de l'eau des marais, 1,000 francs ; M. Barrois, pour l'achat de vingt exemplaires de son ouvrage sur les terrains anciens des Asturies et de la Gallice, 1,000 francs ; la Société scientifique d'Arcachon, pour aménagement des locaux dépendant du laboratoire marin, 500 francs ; M. Chevreux, pour l'achat d'une drague destinée à l'exploration des eaux profondes, 500 francs ; M. Bosteau, pour aider à la continuation des fouilles qu'il a entreprises à Cernay-lès-Reims et dans ses environs, 400 francs ; l'Observatoire météorologique de l'Aigoual, pour contribuer à son organisation et à son installation (deuxième annuité), 2,000 francs ; M. E. Olivier, pour aider à la publication de l'ouvrage : « la Faune du département de l'Allier », 400 francs.

Le Conseil a également voté une somme de 400 francs comme bourses de session.

— M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale et ses opérations, le samedi 19 avril, à neuf heures et demie et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur Dareste commencera ses conférences d'embryogénie et de tératologie le mardi 22 avril, à quatre heures, et il les continuera les samedis et mardis à la même heure, dans le laboratoire d'embryogénie de l'École pratique (bâtiment du musée Dupuytren).

— M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements, recommencera, le vendredi 25 avril, son cours d'obstétrique. Ce cours sera complet en deux mois.— On s'inscrit, 89, rue d'Assas.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'angine de poitrine rhumatismale (hyperémie du plexus cardiaque), par le docteur MARTINET. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Traitement de l'engorgement du col utérin par les cautérisations avec le caustique Filhos, par le docteur G. RICHELOT. Broch. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16074.

40

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

241

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

93

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

19

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger. Adh. Dethan

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

116

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions dfificiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.

Paris, ph^ie Grez, 34, rue de la Bruyère.

94

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

31

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

331

Dragées Sainte-Lucie

ou PILULES DRAGÉIFIÉES

TONI-PURGATIVES.

Préparées par E. HUYON, pharmacien à Solesmes (Nord), à la podophylline, extrait de quinquina et thridace, souveraines contre *les maladies de foie et les troubles digestifs* accompagnés d'embarras gastriques et intestinaux, *constipation, manque d'appétit, migraines, biles, glaires, lumbagos,* etc.

UNE ET DEUX PAR JOUR.

Nous ne saurions trop attirer l'attention de MM. les Médecins sur cette heureuse association de la Thridace soigneusement préparée et de l'Extrait de Quinquina à la Podophylline.

Des échantillons leur seront adressés sur demande. — Prix : 1 fr. 50.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

65

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu ; par M. le professeur Bouchardat, MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux ; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies, ménorragies, etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées, les diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.

Ph^ie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

38

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La ph^ie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

41

Névroses. — Sirop Collas

au BROMURE double de POTASSIUM et de LITHIUM. — Dose : 2 à 3 cuillerées par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des plus puissants sédatifs dans le traitement des maladies nerveuses, car il contient 91,95 de Brôme pour 100 parties.

Diathèse urique. Pilules Collas

au BROMURE de LITHIUM. — Dose : 4 ou 6 pilules par jour.

Le *Bromure de Lithium* est un des meilleurs modificateurs de la *diathèse urique*, puisque un gramme de ce *Bromure* neutralise quatre grammes d'acide urique.

Dépôt pharmacie Collas, 8, r. Dauphine, Paris.

6

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

88

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte Pierre Lamouroux

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

42

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées au proto-iodure de fer de Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 46. — SAMEDI 19 AVRIL 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 19 AVRIL 1884. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. La fièvre typhoïde : Étiologie; — Prophylaxie. — Opération du goitre (thyroïdectomie). — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La fièvre typhoïde.

Il n'est pas nécessaire, pour parler de la fièvre typhoïde, qu'une épidémie frappe à nos portes ou ait déjà fait effraction; l'endémie est permanente, elle prélève tous les mois, toutes les semaines, tous les jours, sur la partie jeune ou virile de la population, son petit contingent de victimes, ce qui ne laisse pas que de constituer à la fin de l'année un déficit sensible, sans compter les longues convalescences, les traînées morbides secondaires et les chômages prolongés de travail qui s'ensuivent. C'est, quoique à un moindre degré, comme la tuberculose, l'ennemi devant lequel l'éveil et la prévoyance doivent être aussi en permanence, et ce n'est pas seulement pour le mal présent que la science doit s'efforcer de dresser toutes ses batteries, c'est surtout en vue du mal à venir, c'est-à-dire sur la prophylaxie que doivent converger ses efforts. Toute occasion est donc opportune pour s'en occuper. Or nous y sommes plus particulièrement incité en ce moment par plusieurs livres ou brochure sur ce sujet, que nous avons sous les yeux : le *Tome IIIe de la clinique médicale,* du docteur Noël Gueneau de Mussy, qui est consacré tout entier à la fièvre typhoïde ; les *Études sur la fièvre typhoïde dans l'armée,* de M. l'inspecteur Léon Colin, et son *Rapport général sur les épidémies* pour l'exercice 1881, fait à l'Académie de médecine au mois d'août 1883; enfin deux brochures, l'une de M. le docteur Duboué (de Pau), sur les *Effets comparés de divers traitements de la fièvre typhoïde,* l'autre de M. le docteur Henri Desplats, professeur à la Faculté libre de Lille, relative à l'*Application du salicylate de bismuth au traitement de la fièvre typhoïde.* Bien que chacune de ces publications soit digne à son point de vue spécial d'un examen attentif, nous viserons plus particulièrement dans cette revue le livre de M. Gueneau de Mussy, qui embrasse la question de la fièvre typhoïde ou dothiénentérique dans son ensemble et dans ses détails, au double point de vue théorique et pratique; et c'est surtout des parties de cet ouvrage qui traitent de l'étiologie et de la prophylaxie, que nous allons nous occuper.

Étiologie de la fièvre typhoïde.

A chaque époque son œuvre. L'œuvre de la grande école qui a commencé presque avec les premières années de ce siècle et dont les derniers représentants viennent à peine de s'éteindre, a été la constitution de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire de cette unité morbide comprenant toutes ces pyrexies continues à symptômes variés, considérées jusque-là comme autant de maladies spéciales, sa description graphique et la détermination de ses lésions caractéristiques. Il y a sans doute, dans les faits particuliers qui se présentent journellement à notre observation, quelques traits nouveaux, quelques rapports oubliés ou méconnus à relever, qui viennent compléter le tableau; mais le tableau n'en reste pas moins vrai et achevé dans son ensemble. Il fallait pour la génération médicale actuelle un autre objectif à son activité. Cet objectif, elle l'a trouvé dans les études thérapeutiques, malheureusement assez stériles jusqu'à présent, mais surtout dans les recherches étiologiques, qui, indépendamment des grandes satisfactions qu'elles donnent toujours à l'esprit, nous présentent comme perspective la solution possible de ce grand problème qui est la véritable aspiration de notre époque, la prophylaxie par l'hygiène, la prévention des épidémies par la destruction ou la neutralisation de leurs causes.

L'un des plus brillants élèves de l'école à laquelle nous devons la première partie de l'œuvre, témoin et coopérateur lui-même de cette œuvre, est aussi l'un des plus ardents et des plus enthousiastes ouvriers de l'œuvre nouvelle. Nous avons nommé M. Noël Gueneau de Mussy. Nul n'a oublié la savante discussion qui a eu lieu en 1876 à l'Académie de médecine sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, et la part qu'il y a prise. Dans le nouveau livre qu'il vient de publier, une large part est faite aussi à l'étiologie et à la prophylaxie.

On sait avec quel zèle les études étiologiques de la fièvre typhoïde ont été faites en Angleterre dans ces trente dernières années, c'est en particulier à l'exposé et à la discussion de la doctrine pythogénique de Budd et de Murchison, que M. N. Gueneau de Mussy s'est attaché. La doctrine de Murchison peut être résumée en ces termes : la contamination de l'air ou de l'eau potable par le liquide des vidanges ou par d'autres matières animales en décomposition est la cause de la fièvre typhoïde. Sans doute, la connexion pathogénique qui existe entre les émanations des matières animales putrides et la fièvre typhoïde, n'était pas inconnue en fait avant les observations de Murchison ; elle avait même été signalée en France, mais nulle part encore on n'avait

accumulé un pareil faisceau de faits et de preuves à l'appui. A ces faits M. Gueneau de Mussy a joint les documents recueillis sur le même sujet en Belgique, en Suisse, en Amérique et en France, qui corroborent ces conclusions. Il ressort, en effet, de la plupart de ces documents, dont une partie était rappelée dans le savant rapport de Woillez à l'Académie de médecine sur les épidémies de 1873, ce fait d'une importance capitale au point de vue de l'hygiène publique : c'est que dans un grand nombre de circonstances on a pu attribuer le développement d'épidémies typhoïdes aux émanations de matières putrides, et surtout, sinon exclusivement, de matières excrémentitielles, ou à l'usage, comme boisson, d'eaux souillées par le mélange de ces matières.

Ce point établi, l'étiologie de la maladie soulève bien d'autres questions, déjà posées par P. Frank et que M. Gueneau de Mussy formule en ces termes : est-ce la matière putréfiée qui constitue le germe morbide, ou cette matière putréfiée n'en est-elle que le terrain, l'enveloppe ? La fièvre typhoïde n'est-elle qu'une fièvre pythogénique engendrée par la putridité, comme le croit Murchison, ou le poison typhoïdique, production spécifique, définie, uniforme, constante dans sa nature comme elle l'est dans ses effets, ne trouve-t-il dans les excréments putréfiés qu'un milieu favorable à son action ? S'il en est ainsi, ce poison spécifique peut-il se développer spontanément, sans germe spécifique, sans facteurs autres que ce milieu? ou est-il le produit d'un poison semblable à lui qui s'est multiplié dans l'organisme humain, au milieu d'anomalies fonctionnelles donnant aux symptômes de la fièvre typhoïde leur expression propre, comme le virus varioleux et les autres principes contagieux attestent leur impression sur l'être vivant et leur évolution au sein des organes par des phénomènes distincts qui permettent de reconnaître la maladie, alors même que l'éruption fait défaut ?

Tels sont les termes de la discussion dans laquelle s'est engagé M. Gueneau de Mussy et qui réclamait au préalable l'examen de la question de la contagiosité de la fièvre typhoïde; question qui n'en est plus une aujourd'hui, tant les faits qui l'appuient sont nombreux et évidents, et qu'il importait d'autant plus de bien établir en fait, que la doctrine pythogénique perd, par là, quelque peu de l'importance trop absolue qui lui a été donnée.

Nous résumerons cette discussion extrêmement intéressante, dans les termes suivants qui sont ceux de la conclusion formulée par M. Gueneau de Mussy.

Quelle que soit l'opinion qu'on adopte, au-dessus des discussions doctrinales, au-dessus des interprétations théoriques qui peuvent varier, se dégagent deux faits d'une importance cardinale, deux faits incontestables et incontestés :

1° C'est que les réservoirs qui contiennent les excréments humains sont habituellement, sinon toujours, les réceptacles ou les foyers d'origine du poison typhoïdique;

2° Les selles des malades atteints de fièvre typhoïde, si elles ne sont pas la seule source, le seul véhicule du poison, contribuent plus que toutes les autres matières putrides à se développer.

Ce poison peut être transporté par l'air, par l'eau, par les vêtements, par les personnes qui soignent les malades, et s'attacher peut-être à quelques-uns des matériaux qui composent une maison.

Voilà le premier plan de l'étiologie, celui sur lequel va être principalement fondée la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Sur le second plan prendront rang, suivant leur importance, toutes les circonstances auxiliaires de la cause prochaine et dont la considération devra entrer également dans l'ensemble des vues hygiéniques, telles que le climat, les saisons, les accidents de température et de météorologie, l'âge, les professions, les fatigues et les exercices immodérés, etc., etc.

Nous avions fait quelques réserves sur cette doctrine pythogénique de la fièvre typhoïde, lors de la discussion académique; nous venons d'en faire encore à l'égard de ce qu'il nous paraît y avoir de beaucoup trop exclusif dans cette doctrine qui semble réduire à néant le fait de la contagion. Nous en ferons encore en ce qui concerne les prédispositions individuelles, la réceptivité morbide et la part à faire aux conditions adjuvantes, auxiliaires ou occasionnelles, qui peut être quelquefois plus grande qu'on ne l'a faite. Nous sommes heureux de pouvoir nous appuyer en cela sur l'opinion d'un épidémiologiste dont nul ne contestera l'autorité, M. Léon Colin, le savant professeur du Val-de-Grâce. Voici en quels termes, dans son rapport à l'Académie sur les épidémies de 1881, il rappelait, à propos des conditions de réceptivité, des influences climatériques et palustres qui avaient joué un si grand rôle dans le développement de l'épidémie typhoïde du corps expéditionnaire de Tunisie, ce qu'il avait écrit quelques années auparavant dans une de ses études sur la fièvre typhoïde dans l'armée : « Il est une circonstance que nous voyons apparaître souvent lors de la manifestation des maladies épidémiques, mais avec une fréquence spécialement remarquable pour les épidémies de fièvre typhoïde; c'est la simultanéité des explosions du mal sur une surface considérable de territoire, dans des centres de population non seulement fort nombreux, mais encore éloignés les uns des autres... Il y a des années où ces épidémies se présentent sur les points les plus divers de la France avec une fréquence et une gravité exceptionnelles; en d'autres années, elles sont relativement rares et bénignes... Devant de semblables faits si souvent répétés, il est sage de se demander s'il n'existe pas une influence générale susceptible de produire cette simultanéité des oscillations du mal en des lieux éloignés les uns des autres; si, par conséquent, il ne faut pas réduire, dans une certaine mesure, la valeur de toutes les causes locales invoquées par chacun de ceux qui ont observé ces épidémies en particulier, causes parfois très différentes entre elles, et qui, dans le lieu même d'observation, prennent une importance capitale, parce qu'on manque de terme de comparaison pour en contrôler la valeur.

« Nous croyons qu'il existe des conditions générales, fort obscures assurément, tenant très vraisemblablement à des modifications encore mal déterminées de l'atmosphère, desquelles dépendra une plus grande facilité dans le développement et la généralisation de la fièvre typhoïde, et grâce auxquelles les germes de l'affection seront plus ou moins actifs. »

Prophylaxie de la fièvre typhoïde.

Les réserves que nous avions déjà faites et que nous venons de renouveler relativement à la doctrine pythogénésique beaucoup trop exclusive des médecins anglais et de quelques-uns de nos compatriotes, ne nous en laissent pas moins apprécier la valeur relative. Aussi les propositions qui ont été émises, les préceptes formulés et en partie entrés déjà dans

la pratique, en vue de se soustraire à cette cause d'infection, comme à l'action de la contagion, nous paraissent-ils devoir être pris en sérieuse considération. Voici à peu près en quels termes ils sont énoncés dans le chapitre de son livre que M. Gueneau de Mussy leur a consacré. Ils sont conformes aux conseils déjà donnés par le docteur Budd.

Désinfecter les selles des malades au moment où elles sont rendues, à l'aide du chlorure de chaux, chlorure de zinc, sulfate de fer, acide phénique, perchlorure de fer. M. Gueneau de Mussy pense qu'on pourrait également faire usage de l'acide salicylique.

Dans les maisons de Paris et des grandes villes où la même fosse sert pour tous les étages, verser deux ou trois fois par jour des désinfectants dans la fosse et mettre de la solution d'acide phénique en évaporation dans les cabinets d'aisances et dans les cuvettes des sièges.

Quand la saison le permet, entretenir une libre ventilation dans la chambre du malade; enlever les draperies et les tapis inutiles et tenir le lit écarté de la muraille, pour que l'air puisse circuler autour.

La fièvre pouvant avoir été causée par l'eau dont le malade faisait usage, l'examiner et, si l'on n'est pas absolument sûr, la faire bouillir; prescrire cette mesure à toutes les personnes de la maison qui font usage de la même eau. Plonger le linge de corps et les garnitures de lit, dès qu'on les enlève, dans un seau d'eau additionnée d'une cuillerée de chlorure de chaux. Se contenter, pour les matelas, de les garnir d'une pièce de taffetas gommé, d'étoffe de caoutchouc ou de gutta-percha, lavée ou aspergée avec une solution de chlorure de soude, quand elle sera souillée par les déjections. Des soins analogues de lavage à l'eau chlorurée ou phéniquée seront pris par les personnes qui soignent les malades.

Les fosses et cabinets d'aisances devront être désinfectés à l'acide phénique; les cuvettes des cabinets toujours munies de soupapes fermant hermétiquement, de manière à empêcher toute communication avec l'atmosphère de la fosse.

Dans les pensions, dans les établissements publics, dont les cabinets d'aisances sont ouverts à une foule de personnes venant du dehors, qui peuvent, sans qu'on le sache, être dans la première période de la maladie, ou présenter la forme ambulatoire, il faudrait pratiquer une désinfection préventive en jetant des liquides désinfectants dans les fosses ou en approvisionnant les réservoirs des cabinets d'eau désinfectante.

Dans la campagne où les fosses sont ordinairement de simples cavités creusées dans le sol, creuser à quelque distance de l'habitation, et loin des puits et des citernes, des cavités dans lesquelles les fosses désinfectées seraient jetées et immédiatement recouvertes de quelques pelletées de terre.

Surveiller toutes les eaux qui servent à l'alimentation et même celles qui sont destinées à laver les vases qui contiennent des aliments. Surveiller aussi l'eau destinée à fabriquer des boissons comme le cidre et la bière.

Enfin vient la question des vidanges et des égouts, la fameuse question du « Tout à l'égout », qui a déjà été le sujet de tant d'études et de discussions approfondies dans les sociétés savantes, à la Société de médecine publique notamment, dans de nombreuses commissions spéciales et dans les conseils des municipalités; question dont la solution, alors même qu'elle réunirait théoriquement l'assentiment de tous les hommes compétents, exigerait encore, avant de recevoir la sanction pratique, des travaux préalables considérables. Nous n'y touchons pas malheureusement encore.

A tous ces préceptes et avis, y en eût-il quelques-uns qui pussent paraître peut-être un peu superflus, nous ne trouverons rien à redire; le luxe même, en fait d'hygiène et de propreté, ne saurait jamais être de trop, et beaucoup de ces propositions sont assurément très sages et très topiquement utiles. Mais il ne faudrait pas qu'en vue de la seule causalité qu'elles visent, on négligeât de tenir compte des autres sources possibles et probables, de manifestations typhoïdiques et des indications prophylactiques d'un autre ordre qui en peuvent surgir. Nous citions, il y a un instant, les considérations si justes de M. L. Colin sur les diversités d'origine et sur l'étiologie si souvent complexe des épidémies de fièvre typhoïde dans l'armée, nous terminerons en reproduisant quelques-uns des préceptes prophylactiques formulés dans ses études sur ce sujet et en vue des conditions spéciales dans lesquelles peut se trouver placé le soldat.

Les mesures prophylactiques conseillées s'appliquent aux localités, aux habitats et à l'homme.

L'armée doit partager avec la population civile le profit de toutes les améliorations hygiéniques introduites dans l'aménagement des villes de garnison : le drainage du sol, la pureté des eaux de consommation, la suppression des miasmes putrides, l'irrigation et l'assainissement des égouts, devant diminuer, en faveur de tous, l'aptitude des localités à se transformer en foyers typhogènes.

Au point de vue des émanations putrides, et spécialement des miasmes d'origine fécale, M. Colin partage la conviction du danger de l'accumulation des résidus excrémentitiels de la population des casernes; mais plus nous étudions nous-même la prophylaxie des maladies épidémiques, dit-il, plus nous sentons croître notre méfiance à l'égard d'une foule de procédés chimiques de désinfection avec lesquels on a prétendu neutraliser, jour par jour, heure par heure, à mesure de leur production, tous ces détritus organiques qu'il vaut beaucoup mieux chercher à éloigner aussi rapidement et aussi complètement que possible des milieux habités.

Contre les miasmes humains, notamment ceux de l'encombrement, on tend chaque jour à augmenter la somme d'air accordée à chacun, non seulement en espaçant les lits, en ventilant les pièces, mais en éliminant de la demeure commune tous les objets susceptibles d'en contaminer l'atmosphère.

Suivent des dispositions relatives à l'hospitalisation, aux campements, etc.

La prophylaxie doit comprendre aussi les moyens qui s'adressent directement à l'homme pour diminuer sa réceptivité morbide et le soustraire aux influences pathogéniques. Ils consistent principalement à améliorer, en temps d'épidémie, l'alimentation; à n'appeler les jeunes soldats qu'à la fin de la période de recrudescence annuelle de la maladie; modérer les fatigues imposées aux recrues, échelonner leurs travaux d'instruction de façon à les assimiler graduellement à la profession militaire; enfin évacuer le foyer morbifique, de tous les moyens prophylactiques applicables à l'homme le plus important entre tous.

« L'étude de la prophylaxie de la fièvre typhoïde démontre en somme, dit en terminant M. Colin, que le rôle capital revient à l'aération, que celle-ci agisse, soit physiquement par la dispersion des miasmes, soit chimiquement par l'oxydation des matières organiques. Elle constitue le mode

le plus sûr de désinfection soit des hommes, soit des effets, soit des locaux. Aussi efficace contre le contage né des maladies que contre les miasmes provenant des foyers typhogènes, elle dispense de l'application d'une mesure formellement réclamée par les affections plus nettement virulentes : l'isolement de ceux qui sont atteints. »

OPÉRATION DU GOITRE (TRYROÏDECTOMIE)

Par le docteur A. Fort, à Rio-de-Janeiro.

Mme Maria Candida de J..., âgée de trente-deux ans, vient me consulter dans le courant du mois d'août pour une tumeur énorme qu'elle porte au cou et dont le poids la force à marcher la tête inclinée en bas. La tumeur, parfaitement arrondie, a le volume de la tête; son point d'implantation au cou s'étend de haut en bas depuis le sillon situé au-dessous du menton jusqu'au haut de la poitrine, et en travers d'un côté à l'autre du cou ; cette base d'implantation mesure 16 centimètres en hauteur et 14 en largeur.

La tumeur avait commencé à paraître à l'âge de treize ans; elle était donc âgée en ce moment de dix-neuf ans. Malgré cela, l'aspect arrondi de la tumeur et la présence manifeste d'un liquide me firent espérer qu'on obtiendrait une grande amélioration en le vidant, sauf à recourir plus tard à l'extraction des parois de cet énorme kyste, opération certainement très grave.

Le 18 septembre, j'ai vidé la tumeur au moyen de l'aspiration, avec l'aide de mes confrères, les docteurs Cunha, Pinto et Poncy. J'ai extrait environ un litre d'un liquide très épais, de couleur chocolat, renfermant principalement une grande quantité de sang et de cholestérine. Mais l'affaissement des parois de la poche a été incomplet vu l'épaisseur de ces parois. Je me suis bien gardé d'injecter de l'iode dans la poche, craignant l'inflammation, et on va voir que j'ai agi sagement.

Le lendemain et les jours suivants, la poche s'est remplie de sang pur; elle est devenue aussi volumineuse qu'avant l'opération, et, de plus, les parois se sont enflammées. J'ai calmé les symptômes inflammatoires par des moyens appropriés et j'ai procédé ensuite à l'extirpation de la tumeur : j'ai pratiqué la *thyroïdectomie*.

Le 26 septembre 1881, la malade étant chloroformisée, j'ai enlevé la tumeur, ne laissant que la peau nécessaire pour faire la suture et enlevant autant que possible la totalité du goitre. La paroi de la tumeur mesurait de 3 1/2 à 4 centimètres d'épaisseur ; elle contenait une quantité considérable d'artères, comme cela s'observe ordinairement dans les tumeurs du corps thyroïde. Il m'a fallu lutter longtemps contre l'hémorragie, dont j'ai fini par me rendre maître au moyen des procédés d'hémostase connus.

La tumeur extirpée, j'ai réuni les deux bords de la plaie, j'ai appliqué le pansement de Lister et la plaie a marché admirablement vers la guérison. Le 18 octobre, la malade sort de la maison de santé entièrement guérie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 avril 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

PRÉSENTATIONS

Trachéotomie ; ulcération de la trachée. — M. D'HEILLY présente une pièce anatomo-pathologique provenant d'un enfant diphtéritique ayant été trachéotomisé dans son service ; l'opération et ses suites furent exemptes de complications, en apparence du moins. La diphtérie elle-même s'étant amendée, la canule put être enlevée définitivement le huitième jour. Quelques jours après la plaie trachéale était cicatrisée.

Ce malade semblait guéri, lorsque le douzième jour qui suivit l'opération, il fut pris, dans la nuit, d'une hémoptysie abondante. Les efforts qu'il fit en crachant rompirent la cicatrice de la plaie, si bien que le sang fut rejeté à la fois par la bouche et par la trachée. Malgré les efforts de l'interne de garde pour arrêter cette hémorragie, cet enfant mourut au bout de quelques heures.

A l'autopsie, la trachée ayant été incisée au niveau de sa portion membraneuse, on constata l'existence, au-dessous de l'incision opératoire, d'une ulcération au fond de laquelle existait un petit pertuis par lequel on pouvait faire pénétrer un stylet dans le tronc brachio-céphalique.

Quelle est l'origine de cette ulcération ? M. d'Heilly l'attribue au frottement réitéré de la canule, et pourtant cette canule n'était restée que quelques jours en place, alors que l'on voit des enfants supporter impunément le contact d'une canule pendant des mois et des années.

Du tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie. — M. LAVERAN appelle l'attention sur un phénomène qui lui paraît susceptible d'une interprétation différente de celle qu'on lui donne généralement, il veut parler du *tympanisme sous-claviculaire* dans la pneumonie.

Il a constaté ce phénomène chez un militaire âgé de vingt-deux ans, qui entra le 12 décembre dernier dans son service, présentant tous les signes d'une pneumonie lobaire du côté gauche.

En examinant la poitrine, il constata, à la partie inférieure et postérieure du côté gauche, de la matité, du souffle tubaire et des râles crépitants. Les jours suivants, la pneumonie gagna la partie supérieure du poumon. Il constata alors au-dessous de la clavicule du même côté l'existence d'une sonorité tympanique très nette, comme on l'observe habituellement dans la pleurésie. Il crut pouvoir conclure de ce signe que la partie antérieure du poumon gauche était restée perméable à l'air. Le 20 décembre, une pneumonie nouvelle se déclara du côté droit, et le malade succomba. Le son tympanique de la région sous-claviculaire gauche avait persisté, il put être constaté encore le matin même de la mort.

A l'autopsie on trouva les deux poumons hépatisés; le poumon droit était le siège d'une hépatisation rouge partielle, du côté gauche au contraire l'hépatisation était générale et offrait tous les caractères de l'hépatisation grise : pas un lobule de ce poumon, même à la partie antérieure, n'était resté perméable à l'air.

Skoda, Wintrich et surtout Voillez ont étudié ce phénomène avec soin et ont admis que l'exagération de la sonorité normale était en rapport avec les parties du poumon restées saines et perméables à l'air.

Dans ce fait, cette interprétation ne saurait être admise, puisque le poumon était hépatisé dans toute son étendue. M. Laveran ne peut l'expliquer d'une façon rationnelle qu'en admettant que la percussion décelait la sonorité de la trachée et de la bronche correspondante. Il serait tenté, par conséquent, de rapprocher ce tympanisme de celui décrit par Williams, chez quelques enfants, sous le nom de sonorité trachéale.

Il ne prétend tirer de ce fait aucune conclusion. C'est plutôt une simple question qu'il a voulu poser.

Un homme hystérique. — M. DEBOVE communique un nouvel exemple d'hystérie chez l'homme.

Il s'agit d'un homme, exerçant la profession de puisatier, qui, en 1881, tomba un jour sans connaissance ; on le transporta dans un hôpital où on constata une hémiplégie du côté gauche, sans anesthésie. Ces accidents furent mis sur le compte de la syphilis, et deux mois environ après, le malade sortit guéri.

Il y a un mois, ce malade éprouva des accidents analogues : maux de tête pendant quelques jours, chute avec perte de connaissance, hémiplégie gauche consécutive, accompagnée cette fois d'anesthésie et de contracture du même côté.

Actuellement ce malade, ainsi qu'il est facile de le constater, est encore hémianesthésique; mais la paralysie motrice a disparu en partie; il n'a été soumis, à dessein, à aucun traitement, mais avec les agents esthésiogènes il sera bientôt complètement guéri.

Dans ce cas les accidents ont eu absolument le même début

qu'une attaque d'apoplexie, et si l'on était prévenu de l'existence de l'hystérie chez l'homme, on serait tenté de les rattacher à une affection organique du cerveau.

Un dernier point à signaler est l'existence, chez ce malade, d'une douleur qui apparaît par la pression de la région correspondant à celle de l'ovaire chez la femme. L'existence de cette douleur iliaque chez l'homme semble donc prouver que l'ovaire reste étranger à ce qu'on a désigné, chez la femme, sous le nom de *douleur ovarienne*. Ne sait-on pas, du reste, que plusieurs femmes ont subi l'extirpation des ovaires sains ou malades, sans que leurs douleurs dites ovariennes aient disparu? L'existence d'une douleur semblable chez l'homme confirme l'hypothèse qui place son siège en dehors de l'ovaire.

M. GERIN-ROZE fait observer que ce malade a été soumis à un grand nombre d'investigations et peut être considéré comme suspect de simulation.

M. DEBOVE avait prévu cette objection, mais il fait observer qu'il est très difficile de simuler l'anesthésie, à moins de supposer que ces malades soient des stoïciens. En outre, ils ne peuvent supprimer, à volonté, leurs réflexes. Quand on passe le doigt sur la cornée de ce malade, il n'y a pas de clignement des paupières; quand on chatouille sa muqueuse pituitaire, il n'y a pas d'éternuement. La volonté n'a cependant aucune action sur ces phénomènes.

M. JOFFROY a observé autrefois à la Pitié un hystérique homme qui présentait, comme celui de M. Debove, une douleur dans la fosse iliaque. Il n'est donc pas surpris de ce fait, mais il ne peut en conclure avec M. Debove que chez la femme l'ovaire reste étranger à la production de la douleur. Sans doute, ce n'est pas en tant que glande chargée de sécréter l'ovule que l'ovaire joue un rôle dans la douleur des hystériques, mais il agit comme organe nerveux : il est placé, en effet, au centre d'un plexus nerveux très important, et c'est ce plexus qui intervient dans le phénomène douleur; aussi le siège de cette douleur se déplace-t-il avec l'ovaire, dans la grossesse par exemple, et dans certaines affections utérines. Chez l'homme, il est probable que ce même plexus nerveux existe et que c'est lui qui préside également à la douleur iliaque.

M. DEBOVE est complètement d'accord avec M. Joffroy; il admet que c'est un plexus nerveux, identique chez l'homme et chez la femme, qui donne lieu à la production de la douleur iliaque ; ce n'est donc pas l'ovaire lui-même qui est en cause ; il n'a pas soutenu autre chose.

M. LACOMBE, pour rattacher à l'hystérie un symptôme ou un accident quelconque, croit qu'il est nécessaire que le terrain sur lequel il se développe offre quelque chose de spécial; en d'autres termes, le malade de M. Debove, en dehors des accidents qui viennent d'être rapportés, présente-t-il d'autres phénomènes qui relèvent de l'hystérie ?

M. DEBOVE répond que, dans la pratique, il n'est pas toujours facile d'affirmer la nature hystérique de certains phénomènes : c'est pour cela qu'on emploie les mots de nervosisme, de névropathie, etc. Ces difficultés sont encore bien plus grandes chez l'homme que chez la femme.

M. CUFFER demande si, lorsqu'on piquait ce malade, il y avait un écoulement sanguin.

M. DEBOVE répond négativement, ce qui est encore en faveur de son diagnostic ; du reste, pour trancher définitivement la question de simulation, il prendra la température de son malade des deux côtés du corps. On admettra bien qu'une différence de température ne se simule pas.

Varice hypogastrique, probablement d'origine spontanée. — M. TROISIER présente un malade qui porte dans la région sous-ombilicale une dilatation variqueuse de la veine sous-cutanée abdominale; cette dilatation variqueuse s'est oblitérée à la suite d'une phlébite des veines variqueuses du membre inférieur qui s'est propagée à la veine sous-cutanée abdominale.

Quelle peut être la cause de cette varice, insolite par son siège? On ne saurait invoquer ici la compression ; faut-il la rattacher à un traumatisme ancien qui paraît avoir existé dans cette région ? S'agit-il d'une thrombose cachectique? M. Troisier l'ignore ; en tout cas, cet homme n'a aucune affection organique ni du cœur ni des poumons ; c'est pourquoi il préfère ne pas trancher cette question et admettre, jusqu'à nouvel ordre, l'origine spontanée de cette varice.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Traitement des anévrysmes cirsoïdes. — M. BERGER, à l'occasion de la communication faite par M. Després dans la dernière séance, rapporte un cas d'anévrysme cirsoïde de la main avec dilatation généralisée des artères du membre supérieur correspondant, complètement guéri par une injection de perchlorure de fer.

A cette occasion, M. Berger soutient que les injections coagulantes et particulièrement les injections de perchlorure de fer dans les anévrysmes cirsoïdes des membres présentent peu de danger et peuvent donner de très bons résultats.

M. DESPRÉS demande à ses collègues où ils placent les limites des tumeurs cirsoïdes. En laissant comme ils le font les artères dilatées, ils n'enlèvent qu'une partie de la tumeur, celle-ci, selon M. Després, ne se terminant que là où les artères cessent d'être flexueuses et dilatées.

Le procédé préconisé par M. Berger est très bon, ajoute M. Després, chez les sujets jeunes. Mais chez des sujets âgés il expose à la production de gangrènes plus ou moins étendues.

M. VERNEUIL, pour répondre à l'objection de M. Després relativement à l'ablation partielle des tumeurs cirsoïdes, fait remarquer que dans tous les cas où on n'attaque que la partie malade, tout le reste disparaît en fort peu de temps.

Périnéorraphie. — M. TRÉLAT fait un rapport sur deux observations de périnéorraphie et d'opérations de fistules recto-vaginales par M. le docteur Queirel (de Marseille). Dans les deux cas, le même procédé fut employé : avivement large, suture périnéale, suture vaginale. Les deux malades ont très bien guéri.

A cette occasion, M. Trélat rappelle son procédé de périnéorraphie qui se trouve décrit dans la thèse d'un de ses élèves, M. Borreau, procédé qui lui a donné huit succès complets sur onze opérations. Les trois insuccès se répartissent ainsi : un cas de mort par septicémie aiguë, un insuccès complet par suite d'une diarrée profuse, un demi-succès avec la persistance d'une petite fistule recto-vaginale. Malgré les bons résultats que lui a donnés ce procédé, M. Trélat l'a abandonné pour la suture entrecoupée de Gaillard-Thomas, qui lui paraît d'une exécution plus facile.

M. VERNEUIL continue à faire deux sutures, la suture vaginale avec le chasse-fil et la suture périnéale. Il emploie toujours de préférence les fils d'argent avec les boutons de nacre. Il les laisse huit à dix jours en place. Il recommande surtout l'emploi des pulvérisations phéniquées sur le périnée.

M. RICHELOT, tout en reconnaissant les avantages de la suture unique, croit que, dans les cas où la déchirure est très profonde, il faut faire la suture vaginale indépendante. C'est ce qu'il a fait récemment dans un cas où ce procédé lui a donné de très bons résultats. Il emploie de préférence le crin de Florence qui lui semble mieux supporté par les tissus.

M. DESPRÉS s'étonne qu'on ait si souvent l'occasion de pratiquer la périnéorraphie. Il n'a eu, dans sa carrière déjà longue, que trois fois l'occasion de pratiquer cette opération. Il a pour principe d'attendre au moins trois mois après l'accouchement. Pour empêcher les liquides vaginaux de passer sur la suture et d'en amener ainsi le décollement, il fait coucher ses malades pendant dix jours sur le ventre. Enfin, au lieu de faire le nœud sur la

ligne médiane, juste au niveau de l'affrontement des deux bords, il la fait sur le côté en dehors de la ligne d'affrontement, ce qui facilite singulièrement la section des fils.

M. TRÉLAT est d'accord avec M. Verneuil sur le fond même du mode opératoire de la périnéorraphie. Il n'en diffère que par certains détails. Il répond à M. Després qu'il a pratiqué seize opérations de périnéorraphie, toutes complètes et très formellement indiquées.

Prolapsus utérin, irréductibilité. — M. THOMAS (de Tours) communique une observation de prolapsus utérin absolument irréductible et ayant nécessité l'ablation de l'utérus par la ligature élastique. Il s'agit d'une domestique qui, depuis deux ans, était atteinte d'une chute de la matrice faisant au dehors une saillie du volume d'un œuf. Toutes les tentatives de réduction restèrent sans résultat. On se trouvait en présence d'une tumeur volumineuse, dont la surface présentait des signes évidents de sphacèle. En faisant une nouvelle tentative de réduction, M. Thomas déchira complètement la paroi postérieure du vagin qui avait été entraînée au dehors par l'utérus abaissé et retourné, le col se trouvant en avant. Dès lors, toute réduction était devenue absolument impossible, il plaça sur la partie saillante de la tumeur une ligature élastique. Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade se trouva complètement guérie.

Spécificité des ostéites. — M. POULET (du Val-de-Grâce) fait une communication sur ce sujet. (Comm. : M. Chauvel.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les épreuves d'admissibilité du concours ouvert pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris se sont terminées avant-hier par l'admissibilité aux épreuves définitives de MM. les docteurs Champetier de Ribes, Doléris, Loviot, Bureau et Stapfer, ainsi classés par ordre de mérite.

Les questions données ont été : 1° pour l'épreuve orale : Dystocire dans les accouchements gémellaires ; 2° pour l'épreuve de médecine opératoire : *a.* Amputation médiotarsienne dite amputation de Chopart ; *b.* Ligature de l'artère axillaire dans le creux de l'aisselle.

— Les dernières questions données à l'épreuve orale du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central sont : 1° Accidents de la vaccine ; 2° Invagination intestinale.

— Par décret, en date du 15 avril 1884, les docteurs en médecine ci-après désignés ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le cadre des officiers de réserve, savoir :

MM. Berthon, Lécuyer, Ruet, Gros, Escalaïs, Thomas, Béclère, Oudiné, Aron, Dallidet, Leviste, Decroix, Simon, François, Lagarrigue, Courtin, Décléty, Naïs, Peretti, Rohmer, Siredey, Halbout, Mauny, Canal, Bonnetblanc, Delpeuch, Dupasquier, Couzon, Nolais, Quiquandon ;

MM. Gioux, Ruffiandis, Viallannes, Carboué, Ferciot, Carrière, Quehen, Bagnol, Allonche, Gaillard, Debricon, Clisson, Julian, Nidergang, Barrès, Darget, Bubendorf, Guillouet, Nicolas, Vallois, Geffroy, Journet, Séglas, Bardet, Wartet, Battesti, Letort, Faucheron, Guillot, Lignon ;

MM. Rousseau, Wiet, Fourrier, Cavayé, Grenet, Lecoisne, Alibert, Béraud, Forgeron, Leroy, Beaudouin, Foucherand, Girod, Guiter, Cohadon, Thoviste, Bolot, Espagne, Rambaud, Lallement, Barrère, Bloch, Galtier, Ruelle, Goeury, Delhomme, Mougeot, Nicolas, Dat, Goudounèche ;

MM. Rambaud, Courbassier, Testut, Dutheil, Martin, Délas, Goubaut, Chevalier, Larrieu, Lorentz, Mathelin, Muller, André, Boley, Chauveau, Hardy, Douvreleux, Savouret, Girard, Vidal, Bels, Lefranc, Cassin, Dabeaux, Gisclard, Laversin, Leneveu, Blanchard, Groslier, Lauga ;

MM. Vandenabeele, Gulat, Rodié-Talbère, Breynaert, Darène, Dupiellet, Plet, Dufoux, Delprat, Rougier-Grangeneuve, Dron-Peringuey, Rabiau, Théry, Coural, Monnier, Didion, Pasquier, Guillon, Dagincourt, Lavallée, Médard, Spira, Clément, Coclet, Henneton, Villebrun, Dabadié, Giroux, Marmoyet, Rattel, Boucher, Coulon, Gilles, Morice, Breucq, Détis, Barbé, Tillie, Gustin et Leclercq.

— Par décret, en date du 16 avril 1884, M. Bertrand, médecin de première classe de la marine, a été promu, après concours, au grade de médecin-professeur.

— Le Conseil municipal de la ville de Paris a voté, dans sa séance d'hier jeudi, la construction, à l'hôpital Trousseau, d'un amphithéâtre pour les opérations et les leçons cliniques.

— Nous apprenons la mort subite, à l'âge de soixante-treize ans, de M. le docteur Jean Kabath, médecin particulier de l'empereur de Russie. Déjà, sous le règne de Nicolas Ier, il occupait le poste de médecin ordinaire de la cour de Russie.

— L'Association française pour l'avancement des sciences ainsi que la Société d'anthropologie de Paris viennent de recevoir chacune un nouveau legs de 5,000 francs.

— La Société géologique de France a décerné, dans sa séance générale annuelle tenue hier jeudi, 17 avril 1884, le prix Viquesnel à M. Léenhardt.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de clinique thérapeutique, le mercredi 23 avril à dix heures, dans l'amphithéâtre de son nouveau service de l'hôpital Cochin et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Descroizilles recommencera ses leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, le vendredi 25 avril, à l'hôpital des Enfants, et les continuera les vendredis suivants. — Visite et examen des malades à neuf heures, salle Saint-Augustin. Consultation publique le mardi, à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur E. Becquerel commencera son cours de physique appliquée aux sciences naturelles mercredi prochain 23 avril 1884, à une heure de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Il traitera, pendant le cours du présent semestre, de l'électricité dans ses rapports avec les phénomènes physiques et naturels, et s'occupera notamment de l'électro-chimie, ainsi que des actions chimiques et physiologiques de l'électricité.

— M. le professeur Édouard Bureau commencera le cours de botanique (classifications et familles naturelles), le samedi 26 avril 1884, à midi et demi, et le continuera à la même heure, les mardi et samedi de chaque semaine.

Il continuera à exposer l'histoire des principales familles de plantes appartenant à l'embranchement des dicotylédones et étudiera principalement les dicotylédones apétales en indiquant leurs rapports avec les groupes d'une organisation plus élevée. Chaque famille sera traitée au point de vue de ses caractères, de ses affinités, de son origine dans le temps et de sa distribution géographique actuelle.

Ce cours sera à la fois théorique et pratique. La leçon d'ouverture aura lieu dans le grand amphithéâtre. Il en sera de même des leçons théoriques suivantes qui se feront le samedi. Les leçons pratiques auront lieu le *mardi* à *midi et demi* et le *samedi* à *une heure et demie*, dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63. Des herborisations font partie du cours. Elles se feront ordinairement le dimanche et seront annoncées par des affiches particulières.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16084.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. L'urine des diabétiques. — HÔPITAL DE LA CLINIQUE. Présentation et manœuvres dans le cas de rétrécissement moyen du bassin. — ASILE DE SAINTE-ANNE. Les délirants chroniques et les dégénérés. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

L'urine des diabétiques (1), par M. le docteur ROBIN.

II

Nous avons étudié dans la dernière leçon quelques-uns des principaux procédés imaginés pour reconnaître la présence du sucre dans l'urine. Avant de passer à l'étude des moyens propres à doser la quantité du sucre que les urines des diabétiques peuvent contenir, nous avons encore quelques procédés de constatation à vous indiquer.

C'est d'abord un procédé très célèbre en Allemagne, le procédé de Peutscher; il consiste dans l'emploi du sous-nitrate de bismuth et de la potasse. Sous l'influence des alcalis, le bismuth se trouve réduit et son oxyde donne lieu à une coloration noire dans les urines diabétiques. Mais la présence de l'albumine dans l'urine peut donner lieu à une coloration analogue; ce procédé n'est pas en usage en France.

Un autre procédé qui a eu son heure de célébrité, contre laquelle je crois devoir protester, est le procédé de Luton. On prend du bichromate de potasse, on verse dessus de l'acide sulfurique, de telle sorte que l'on obtient une liqueur présentant la coloration du vin de Malaga. On ajoute alors dans le tube une certaine quantité d'urine contenant du sucre et l'on obtient, même sans avoir besoin de chauffer, une belle coloration verte. Au premier abord, il semble que l'on ait là une très bonne réaction; il n'en est rien, car de toutes celles que nous avons indiquées, c'est la moins exacte. En effet, essayez par le même procédé l'urine des alcooliques ne contenant pas trace de sucre, et vous aurez une réaction semblable. Examinez l'urine du premier individu venu, une heure après les repas, et dix-neuf fois sur vingt vous aurez un résultat analogue. Cela tient à la présence de l'alcool ou de tout corps ternaire que peut contenir l'urine mise en expérience. Le procédé en question est donc absolument inexact.

Tels sont les principaux moyens capables de faire reconnaître la présence du sucre dans l'urine; de tous, en résumé, le meilleur est encore celui de Moore; les autres ne sont en réalité que des procédés de contrôle.

Passons maintenant aux procédés de dosage du sucre dans l'urine. Ces procédés sont au nombre de trois principaux.

Le premier est le moins exact; c'est celui de Bouchardat. On prend la densité de l'urine, — supposons qu'elle nous donne le chiffre 1028, — on multiplie les deux derniers chiffres par le coefficient invariable 2, et l'on a la quantité de sucre évaluée en grammes,—c'est-à-dire 28 $\times$ 2 dans le cas présent, — contenue dans l'urine.

Le second procédé est celui qui se sert de la liqueur de Fehling, dont chaque quantité de 20 centimètres cubes doit correspondre à 1 décigramme de sucre. On prend une éprouvette graduée, dans laquelle on mesure 20 centimètres cubes de ladite liqueur; on les verse ensuite dans un petit ballon de verre, on lave avec soin l'éprouvette avec un peu d'eau distillée, afin de ne laisser aucune trace de cette liqueur, et on ajoute cette eau dans le ballon. On ajoute ensuite une petite quantité de lessive de soude, puis on agite le tout et l'on chauffe. D'autre part, on a versé dans un tube gradué de l'urine diabétique jusqu'à ce que son niveau corresponde au zéro. On attend que le ballon soit entré en ébullition complète, puis on verse goutte à goutte l'urine diabétique jusqu'au moment précis où la belle couleur verte du liquide contenu dans le ballon disparaît, ce qui signifie que la liqueur est saturée. On compte alors sur le tube gradué la quantité d'urine versée, en se rappelant que 20 centimètres cubes de la liqueur de Fehling correspondent à 10 centigrammes de sucre. Supposons qu'il ait suffi de 1g,8 d'urine pour obtenir la réaction de ces 20 centimètres cubes; nous dirons alors que 1g,8 d'urine contient 10 centigrammes de sucre ou 18 grammes contiennent 1 gramme; par conséquent, dans le présent cas, 1,000 grammes, ou un litre d'urine, contiendraient 55g,55 de sucre.

Le troisième procédé est encore celui de Fehling; mais modifié par Pavy; il est trop délicat pour être réellement pratique.

On prend toujours 20 centimètres cubes de la liqueur, on ajoute 70 centimètres cubes d'ammoniaque liquide, puis de l'eau distillée en quantité suffisante pour faire 100 centimètres cubes en tout. On met le mélange dans un ballon et on chauffe. Lorsque l'on vient ensuite à verser de l'urine diabétique, on obtient, à un moment donné, une décoloration complète ou bien une coloration légèrement jaunâtre. C'est là le moment précis où l'on doit cesser de verser de

(1) Fin. — Voir le numéro des 15 et 17 avril 1884.

l'urine. On regarde alors sur l'éprouvette la quantité d'urine dépensée et on procède à un calcul analogue à celui que je viens de faire devant vous.

Enfin, voici un quatrième procédé, le plus exact de tous. C'est celui du saccharimètre, mais c'est beaucoup plus un procédé de laboratoire qu'un procédé réellement clinique. De plus, les chiffres obtenus doivent subir une petite correction de 10 p. 100 en plus.

En résumé, les principaux procédés qui permettent de doser la quantité de sucre contenue dans les urines d'un diabétique, sont ceux de Bouchardat, de Fehling, de Pavy, et le saccharimètre. Tous nous ont donné, comme vous venez de le voir par les expériences que nous venons de faire devant vous, à peu près les mêmes chiffres. Cependant le procédé de Bouchardat nous paraît encore le moins exact.

En 1882, un mémoire paru dans les *Archives* proposait un autre moyen : il s'agissait de prendre la densité de l'urine à essayer, de faire fermenter celle-ci avec un peu de levûre de bière, de prendre de nouveau sa densité après fermentation. Si donc la première fois cette densité a été, par exemple, de 1035 et que la seconde fois, c'est-à-dire après fermentation, elle soit de 1025, — je donne ces chiffres absolument au hasard et seulement pour indiquer le genre de calcul à faire, — on prend la différence, 10 par exemple dans le cas présent, et on la multiplie par le coefficient fixe 2,11 ; le produit obtenu indique la quantité de sucre contenue dans l'urine. Mais je dois ajouter que ce coefficient 2,11 n'est pas exact et qu'il reste encore en réalité à trouver, sans quoi le procédé est rapide.

Il y a bien encore un moyen très facile à employer, je veux parler de l'appareil dont on se sert dans les pays vinicoles pour doser l'alcool. Là encore, il ne resterait plus que le coefficient invariable à trouver. C'est là un travail intéressant de recherches auquel quelqu'un de mes auditeurs pourrait peut-être se livrer et qui mériterait réellement qu'on s'en occupât.

Tels sont les principaux procédés de dosage du sucre contenu dans l'urine diabétique que je voulais passer rapidement en revue dans cette leçon.

HOPITAL DE LA CLINIQUE. — M. Pajot.

Présentation et manœuvres dans le cas de rétrécissement moyen du bassin.

I. La grande malade dont je vous ai entretenu dans ma dernière leçon sur les rétrécissements moyens du bassin (1) a encore pendant une dizaine de jours deux épées de Damoclès suspendues sur sa tête. Elle va bien, cependant; son pouls est à 82, sa température est très bonne, elle s'alimente convenablement, mais elle a encore de temps en temps un petit mouvement fébrile la nuit, un peu de chaleur, quelques malaises. Néanmoins la vie reparaît sur sa figure, ses lèvres deviennent rosées, sa peau se colore. Je crois vraiment cette fois qu'elle va s'en tirer, sauf les cas d'embolie ou d'hémorragie qui sont ces deux malheureuses épées toujours menaçantes.

Cette femme, en effet, est une de celles qui peuvent mourir en deux minutes. Le fait n'est pas rare. Je pourrais vous citer celui d'une célèbre princesse appartenant à la famille qui a régné sur la France de 1830 à 1848, qui, quinze jours après être accouchée, s'étant assise quelques instants sur son lit, était frappée de syncope et mourait instantanément.

C'est ainsi que chez notre grande malade, qui est dans le service depuis un mois, nous devons toujours rester en défiance, avec sa rupture de la paroi antérieure, du vagin avec son utérus presque détaché, flottant dans le ventre. Il pourrait se faire chez elle que, dans un mouvement brusque, des adhérences, qui ne sauraient encore être très solides, se déchirassent et amenassent une hémorragie immédiatement mortelle. Il se pourrait aussi que les nombreux caillots qu'elle a partout donnassent lieu à quelque embolie fatale. Aussi le repos le plus absolu lui est-il sévèrement prescrit.

En somme, je le répète encore, cette femme sera un des faits les plus extraordinaires que j'aie jamais observés.

II. La malade du n° 40 est cette femme qui avait un ventre extravagant, d'un volume incroyable et d'une tension extraordinaire. Dès le premier jour, mon chef de clinique, M. Doléris, avait conclu à la probabilité d'une grossesse gémellaire. Quant à moi, le palper était tellement difficile que je ne m'étais prononcé dans le même sens que le lendemain matin. Elle est en effet accouchée de deux enfants. Le périnée a été un peu entamé pendant l'accouchement, mais sans grande importance.

A propos de la réserve que j'ai mise le premier jour dans le diagnostic d'une grossesse gémellaire, j'aurais bien une demi-douzaine d'anecdotes à vous raconter. Je me bornerais à vous rapporter le cas suivant où je fus fort embarrassé; c'était au début de ma carrière, j'étais jeune médecin, j'avais vingt-six ou vingt-sept ans.

J'avais été appelé auprès d'une jeune femme. Je la vois encore, bien qu'il y ait quarante ans de cela, avec ses cheveux noirs, son teint mat un peu jaune; je la vois encore, maigre, l'œil noir et profond : tout dénotait en elle le caractère d'une femme passionnée, un peu hystérique. On me présenta au mari, un vieil officier retraité, âgé d'une soixantaine d'années, mais paraissant bien avoir soixante-quinze ans; en somme, un vieux débris marié à une jeune femme à l'œil noir et profond. J'avais vingt-sept ans. Enfin !... Auprès d'elle se tenait son frère, un jeune officier d'artillerie.

— Docteur, me dit le mari, voici la question que nous voulons vous poser. Nous avons un voyage très important à faire en Belgique et que des affaires de famille nous forcent à accomplir immédiatement. Il faut que ma femme y assiste, sa présence est absolument nécessaire. Peut-elle l'entreprendre avant d'accoucher et peut-elle être de retour ici pour y faire ses couches? Le voyage aura une durée de quinze jours à trois semaines.

En un mot, on me demandait d'établir l'époque de la grossesse.

Je prie la jeune femme de se mettre sur son lit; elle le fait sans aucune difficulté, j'examine, j'examine encore et je ne trouve rien, pas plus de grossesse que sur ma main. Le ventre est plat, très plat; peut-être présente-t-il une légère proéminence tout à fait en bas, proéminence en tous cas parfaitement naturelle. Je ne sens même pas l'utérus. Je ne trouve rien ! rien !

Je commençais à être quelque peu embarrassé. Je dis alors à la jeune femme que le palper abdominal n'est pas

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 260.

suffisant et qu'une exploration plus profonde est nécessaire. Elle m'autorise très bien à la pratiquer, et le toucher vaginal me fait reconnaître un utérus tout petit se terminant par un col en toupie, c'est-à-dire en pointe comme le jouet de ce nom, en un mot l'utérus de ces femmes qui n'ont jamais d'enfant.

Mon examen terminé, je prie le mari et le frère de passer dans une pièce voisine, et leur déclare, avec un certain embarras, que la jeune femme n'est nullement enceinte. A ces mots le mari entre dans une fureur d'autant plus grande que, dit-il, sa femme sent parfaitement remuer; et il me prie de l'examiner de nouveau.

— Je ne puis pas faire, cependant, qu'elle soit enceinte puisqu'elle ne l'est pas, lui répondis-je.

Sur ces derniers mots, je me retirai, laissant mes deux interlocuteurs absolument convaincus qu'ils avaient eu affaire à un pauvre jeune homme qui n'y connaissait rien.

Quatre ans plus tard, le hasard me fit avoir des nouvelles de cette femme par une de ses amies... Elle n'était pas encore accouchée !!!

Aussi, je ne cesserai de vous le répéter, n'ajoutez aucune confiance à la femme qui dit qu'elle est enceinte parce qu'elle sent remuer, pas plus qu'à celle qui vous dit qu'elle aura deux enfants parce qu'elle sent remuer à la fois dans deux points différents. Les mouvements fœtaux n'ont de valeur absolue pour le diagnostic de la grossesse que lorsque c'est l'accoucheur qui les perçoit, tandis que si c'est la femme seule qui les sent, ils n'ont d'autre avantage que de tromper le médecin.

III. Le nº 31 est une petite femme, grosse, courte, qui vient nous fournir un élément de plus à la solution d'une question pour moi des plus graves. Mme Lachapelle et Antoine Dubois au commencement de ce siècle, Simson dans ces dernières années, ont professé une doctrine que j'ai toujours combattue en matière de rétrécissement du bassin, et je n'ai pas été seul, Paul Dubois l'a également combattue. Mais dans ces dernières années elle a reparu à la suite d'expérimentations entreprises par un membre de la jeune école. Simson l'a appuyée sur une démonstration mécanique vraie, c'est-à-dire sur la théorie du coin. Quand un fœtus se présente par la tête, il est évident que cette tête forme une sorte de coin dont la grosse extrémité est à l'occiput et dont la pointe est formée par le maxillaire inférieur. Or toutes les fois que vous voulez faire pénétrer un coin dans un espace étroit, c'est par la pointe que vous cherchez à l'engager. De même alors, a dit Simson, dans les cas de rétrécissement moyen, tournez l'enfant de façon à pouvoir l'extraire par le menton. Si vous aviez assisté au premier accouchement que nous avons eu à faire, il y a deux mois, dans cet hôpital, vous auriez dit également : Comme elle est vraie, comme elle est juste, cette théorie de Simson ! Eh bien ! non; elle est fausse, parce que ce fait même qui s'est passé il y a deux mois ne prouve rien, parce que nous étions en présence d'un bassin spécial, rétréci, il est vrai, mais présentant un côté plus grand que l'autre.

Voici le fait : Nous avions fait tous nos efforts, et, je puis le dire, jusqu'à extinction de force, à tour de rôle, M. Doléris et moi, pour extraire l'enfant; et lorsque la tête s'est présentée, M. Doléris, voyant qu'il n'en pouvait mais, épuisé également, s'est empressé de me passer la femme. — Il est vrai qu'à sa place j'en aurais fait tout autant. — Alors je prends la tête de l'enfant, je mets les doigts dans sa bouche et le tout vient seul. Allez donc démêler la vérité au milieu de tout cela. Mais, je le répète, nous avions affaire à un bassin spécial, présentant un côté plus grand que l'autre, et si la tête a pu être dégagée aussi facilement, cela tient à ce qu'à un moment donné je l'ai senti se fléchir et se tourner vers le grand côté.

Mais combien de faits j'aurais à opposer à celui-là, démontrant au contraire que la tête est si difficile à extraire que l'on a été forcé, pour y parvenir, de diminuer son volume ! Vous rappellerai-je le fait de notre grande malade dont je vous parlais en commençant cette leçon, chez laquelle on s'épuisa en efforts surhumains pour dégager la tête; vous citerai-je la femme du nº 31, chez laquelle il a fallu perforer le crâne de l'enfant pour dégager la tête ? Mais j'en ai bien d'autres encore; j'ai passé deux heures, il y a vingt ans, à Montrouge, chez de pauvres gens, où j'avais été appelé par un confrère. Il avait pratiqué la version, tout était dehors, sauf la tête, et j'eus beau faire tous les efforts de traction nécessaires, rien ne venait non plus; l'emploi du céphalotribe devenait urgent, mais les difficultés d'introduction étaient des plus grandes, d'une part par la présence du tronc, et de l'autre par la présence de la tête encore placée au détroit supérieur.

Vous rappelez-vous aussi la malade de M. Pinard que nous avons vue ici il n'y a pas bien longtemps, chez laquelle le cou de l'enfant s'était déchiré et la tête restée dans l'utérus.

Que la doctrine préconisée de nouveau depuis quelques années continue donc à fleurir, et d'ici à un ou deux ans, vous en verrez bien d'autres; que de têtes vous verrez laissées dans l'utérus !

En somme, la doctrine est spécieuse et généralement fausse. Et si Simson a donné des raisons vraies pour la soutenir, par contre il nous suffira d'invoquer, pour la repousser, ce fait pratique que dans beaucoup de cas la tête ne peut pas s'engager et que, sans s'en douter, on favorise l'engagement de cette tête par la base même du coin, c'est-à-dire par la partie la moins engageable. En effet, dans un bassin étroit, la tête a peu de chance de se défléchir, et se présente alors par sa base la plus large ; bien plus, sa présentation est telle au détroit supérieur qu'elle offre alors un diamètre qui, dans un bassin normal, est le seul qui ne puisse passer. Même dans le bassin où la tête arrive fléchie; il faut encore, dans les cas qui nous occupent ici, que l'accommodation se fasse en peu de temps, tandis qu'à l'état normal elle exige des heures pour se produire. Or, si quand la tête est fléchie il y a des cas où vous ne pouvez pas accoucher la femme, que sera-ce donc quand elle sera défléchie au détroit supérieur ? Vous n'aurez même pas la place nécessaire pour introduire le céphalotribe s'il vous faut broyer le crâne de l'enfant.

Je dis donc que, lorsqu'on a le bonheur d'avoir une présentation du sommet dans un rétrécissement du bassin, il faut s'en réjouir et bien se garder de vouloir lui substituer une présentation de l'extrémité pelvienne.

Un jour Paul Dubois, — il avait alors soixante-cinq ans, par suite au moins trente-cinq années d'expériences sur les deux plus grands théâtres de Paris : la Maternité et la Clinique, c'est-à-dire une expérience qui pouvait compter double, — me dit : « J'ai été pendant longtemps imbu quelque peu des idées de mon père et surtout de Mme Lachapelle, et, comme celle-ci, je faisais la version dans les cas de rétrécissement moyen; jamais plus on ne m'y reprendra. » Je vous répète ces paroles en vous recommandant de les retenir, et

j'ajoute à ce que je vous disais tout à l'heure : Si le sommet ne s'engage pas, vous avez le forceps, vous avez la perforation du crâne, vous avez le céphalotribe, car rien ne vous gêne alors pour introduire vos instruments.

En résumé, et c'est par ces mots que je termine, par ces mots qu'aucun de vous n'oubliera, j'en suis certain : « Dans un rétrécissement moyen du bassin, quand l'accoucheur tient la tête, il ne faut pas qu'il la perde. »

ASILE DE SAINTE-ANNE. — M. Magnan.

Les délirants chroniques et les dégénérés.

(Leçons recueillies par le docteur Jules Respaut, interne des asiles d'aliénés de la Seine.)

I

Les aliénés comme tous les malades, parmi la diversité de leurs symptômes cliniques, en présentent souvent un qui émerge au-dessus des autres, au point de les couvrir de son ombre et d'attirer sur lui seul l'attention du médecin.

A une époque où la psychiatrie en était encore à ses premiers tâtonnements, Esquirol, malgré son génie d'observation, avait pris ce symptôme saillant pour toute l'histoire pathologique de l'aliéné, et en avait fait une maladie distincte à laquelle il donnait le nom de *monomanie*. Or, comme il y a beaucoup de malades qui présentent une saillie délirante, on pourrait pressentir qu'il serait créé presque autant de monomanies qu'il y avait d'aliénés. C'est, en effet, ce qui s'est réalisé en partie et malgré les efforts de Falret père, qui, le premier, s'est mis en travers de cette erreur clinique; nous voyons encore, dans quelques traités, régner avec un pouvoir absolu la *démonopathie*, la *théomanie*, la *pyromanie*, la *claustrophobie*, l'*exhibitionomanie*, etc., etc.

Quelques aliénistes, parmi lesquels MM. Morel, Jules Falret, Foville, ont suivi la voie ouverte par Falret père, et ont réduit à leurs justes proportions ces fausses espèces pathologiques en démontrant qu'elles n'ont que la valeur d'un symptôme.

Ce fut là le point de départ d'une grande conquête en pathologie mentale. A mesure, en effet, qu'on examinait attentivement l'aliéné à toutes les périodes de son délire, on remarquait qu'un même malade pouvait présenter des monomanies différentes suivant l'époque à laquelle on l'observait, et qu'un certain ordre présidait au caractère de ces monomanies. Une entité pathologique se dessinait : d'abord confuse, elle devenait de plus en plus précise avec l'accumulation des faits.

Cette nouvelle espèce pathologique possède sa symptomatologie, sa marche, son pronostic propres. Elle permettra de grouper sous un même titre un grand nombre d'aliénés qui avaient paru ne pouvoir jamais être rapprochés, et elle constituera désormais un grand chapitre dans la pathologie mentale sous le nom de *délire chronique*.

L'aliéné chronique se distingue surtout par la régularité de son évolution délirante; il parcourt sa voie pathologique en quatre étapes successives bien nettes, dont voici le schéma :

1° Il est d'abord soumis à une période d'incubation qui passe souvent inaperçue. Il est triste ; ses idées sont assombries, le monde extérieur le heurte péniblement, il est dans une anxiété vague qu'il ne s'explique pas encore, il ne délire pas, il est *inquiet ;*

2° Peu à peu ses idées pénibles prennent corps, les conceptions délirantes surgissent et se systématisent; il est *persécuté ;*

3° Le délire poursuit sa marche progressive en se systématisant de plus en plus, et l'on voit à travers les idées de persécution apparaître quelques idées de satisfaction ; les conceptions tristes s'atténuent peu à peu, et le délire des persécutions est complètement installé ; le *persécuté* est devenu un *ambitieux ;*

4° Enfin les facultés s'affaiblissent, les idées s'effritent, se dissocient, et, dans la dislocation graduelle du terrain cérébral, les conceptions délirantes se dissolvent ; l'*ambitieux* est un *dément*.

Telles sont les quatre périodes successives de délire chronique.

On sait que l'aliéné prend l'empreinte de son délire dans les mœurs, dans les croyances de son temps, dans l'éducation intellectuelle qu'il reçoit. On comprend donc qu'à la seconde période, il pourra être un *ensorcelé*, un *damné*, ou un *démonopathe*, ou plus tard, à la troisième période, un *prophète*, un *Messie*, ou un *théomane*. Mais la clinique démontre qu'il ne sera jamais théomane, avant d'avoir été démonopathe, et, contrairement à ce qui a été avancé, « il ne gagnera le ciel qu'après avoir passé par l'enfer ».

Le pronostic suit une évolution parallèle à celle du délire. S'il est assez fréquent de voir le malade guérir lorsqu'il n'est qu'*inquiet*, il est rare de voir disparaître ses conceptions délirantes lorsqu'il est *persécuté ;* on peut dire qu'à la période *ambitieuse* il ne laisse plus d'espoir. Quand il est arrivé à la *démence*, son mal est irrémissible.

En outre, si l'on observe avec soin les antécédents personnels du malade, on y trouve une particularité qui permet de compléter l'isolement du délire chronique dans la multitude confuse des formes délirantes.

Les cas types nous montrent, en effet, que le malade peut parvenir à sa vingtième, à sa trentième et même à sa quarantième année, sans que sa diathèse vésanique se soit projetée au dehors, se soit extériorisée, sans que rien dans son langage, dans son caractère, dans ses habitudes, dans sa conformation physique, ait laissé deviner qu'une cause occasionnelle quelconque viendrait, un jour, rompre son équilibre cérébral et démasquer sa redoutable maladie.

Tous ces points ont été bien fixés dans les leçons de l'année dernière. Cette année, nous avons entrepris l'étude d'une autre classe de malades formant un contraste bien net avec les délirants chroniques : ce sont les malades que Morel avait désignés sous le nom de dégénérés. Ceux-ci ne cachent pas leur tare cérébrale pendant une période plus ou moins longue; ils la montrent dès la naissance. Depuis l'*idiot complet* qui offre la dégradation la plus profonde de l'espèce humaine, depuis l'*imbécile* et le *faible d'esprit* qui ne peuvent s'élever au-dessus de quelques notions concrètes, jusqu'à l'héréditaire dont l'intelligence peut être très brillante, ils s'échelonnent à l'infini par gradations insensibles, mais ils présentent un signe caractéristique qui les englobe tous : une désharmonie constante aussi bien au point de vue psychique qu'au point de vue physique.

Si l'on s'arrête un instant à leur habitus extérieur, on aperçoit ces marques particulières que Morel appelait des *stigmates physiques*.

Au bas de l'échelle, ce sont des défectuosités qu'il est à peine besoin de citer, tant elles sont grossières ; et, pour ne

parler que du crâne, c'est la microcéphalie, l'hydrocéphalie, l'acrocéphalie, la plagiocéphalie, etc., etc. Ces stigmates sont en rapport direct avec la débilité intellectuelle du sujet, ils s'atténuent à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des dégénérés, et chez certains héréditaires il faut parfois les chercher. C'est tantôt une malformation crânienne plus ou moins prononcée, une bosse frontale plus effacée ou plus saillante que l'autre, une implantation vicieuse des dents, du *prognathisme*, du bégaiement, parfois un simple zézaiement, une pigmentation du fond de l'œil, un tic nerveux, une disposition particulière du lobule de l'oreille, de l'asymétrie faciale, un léger strabisme, etc., etc.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

VIII

DUMÉRIL

Au commencement du siècle, Constant Duméril, qui partageait avec Latreille et Olivier le trône entomologique de la capitale, m'honora aussi de sa bienveillance et de ses conseils. Il n'avait que vingt-huit ans, ainsi que son ami Cuvier, lorsqu'il devint membre de l'Institut. Il a publié plusieurs ouvrages sur les insectes, puis il a embrassé, en un seul volume, toute la zoologie en tableaux synoptiques et, dans ces derniers temps, il s'est adonné à l'herpétologie ou à l'étude des reptiles, déjà commencée par Lacépède; il a publié un grand ouvrage sur ce sujet. Duméril, natif d'Amiens, était grand, maigre, sec, brun, l'œil vif; il avait une petite tête, un front étroit et pourtant d'une grande intelligence. En 1804, il me donna un témoignage de confiance dont j'étais fier. Chargé par le gouvernement de partir pour Cadix afin d'y observer la fièvre jaune, il me pria de corriger les épreuves de sa *Zoologie analytique* qu'il publiait alors. Il y a maintenant cinquante-quatre ans que je conserve avec Duméril des relations de science, et, chaque année, nous échangeons quelques lettres.

CUVIER

Cet illustre professeur, l'Aristote de nos jours, inaugurait en quelque sorte sa célébrité au commencement du siècle et j'en suivais le mouvement ascensionnel. Membre de l'Institut à vingt-huit ans, il devint bientôt le secrétaire perpétuel de la savante compagnie; il fixait tous les regards, il frappait tous les esprits par sa vaste capacité intellectuelle. Cuvier avait commencé sa carrière de naturaliste par l'étude des insectes, puis par celle des crustacés, et il finit par embrasser l'ensemble des trois règnes; il se faisait remarquer surtout par son génie de généralisation. Je suivais avec exactitude et un intérêt passionné son cours d'anatomie comparée au Jardin des Plantes, et ce professeur remarqua mon assiduité au milieu d'un auditoire toujours fort nombreux. J'ai soigné la rédaction de ce cours qui forme dans ma bibliothèque un volume relié. Bien plus tard, en 1830, je portai à Paris mon manuscrit des recherches anatomiques et physiologiques sur les insectes hémiptères; je le présentai à Cuvier comme l'ouvrage d'un de ses anciens élèves et il me fit le plus favorable accueil; il fut frappé de son étendue et du grand nombre de dessins qui en exprimaient les détails. Je n'ai pas oublié, et je me complais à me le redire avec la plume, que Cuvier me témoigna son étonnement d'avoir su concilier de si difficultueuses dissections avec l'exercice de la médecine. Je lui expliquai ce fait en lui faisant remarquer que, dans une petite ville de province, on était bien plus maître de son temps qu'à Paris et qu'on en avait davantage; on pouvait s'y procurer plus aisément, plus promptement surtout, les sujets pour de semblables anatomies. Je ne me fais aucun scrupule de me redire en ce moment que Cuvier fit, en ma présence, à Audouin qui m'accompagnait l'éloge de mon travail; non seulement Cuvier m'engagea à présenter tout aussitôt cet ouvrage à l'Institut, en demandant de l'admettre au concours d'un prix Montyon, mais encore, la mort récente de Sœmmering laissant une place vacante dans la section d'anatomie, il me décida à me mettre sur les rangs, me promettant son suffrage et son influence; on verra plus tard que j'obtins le double succès. Cuvier avait une taille moyenne, le corps maigre au commencement du siècle, mais il prit plus tard de l'embonpoint; cheveux blonds, plats, peu fournis, nez long, bouche grande, vue basse, figure ovale, allongée, grave, physionomie un peu allemande (il était de Montbéliard) parole facile, lente, bien articulée, mise soignée. En 1832, Cuvier succomba en peu de jours à la première invasion du choléra; la science fut alors en deuil et elle est demeurée veuve. L'autopsie constata un cerveau d'un volume énorme : je tiens de Valenciennes, de l'Institut, qui assista à la nécropsie de Cuvier qu'on ne reconnut aucune lésion appréciable dans les divers organes; l'intoxication cholérique avait causé la mort rapide.

Pendant ma carrière d'étudiant, j'avais des rapports bien plus nombreux avec les botanistes de la capitale; l'entomologie était alors une science au berceau, tandis que la botanique est aussi vieille que l'homme. Dans mes herborisations circumparisiennes, je me liai et avec des hommes qui avaient déjà un nom dans la science et avec d'autres qui l'acquirent plus tard. Je veux les inscrire tous en témoignage de pieux souvenir et pour ma satisfaction personnelle de vieillard : le culte de l'amitié est inhérent à mon existence.

ADANSON

Le célèbre botaniste Adanson vivait encore au commencement du siècle et je me souviens de l'étonnement que j'éprouvai lorsqu'on me le désigna sur un siège de l'Académie des sciences; je le croyais mort, en même temps que Linné, tant ses *familles naturelles* des plantes et ses idées originales en botanique me semblaient surannées. Je fus confus de cette ignorance chronologique à l'aspect d'un tout petit vieillard, qui devait approcher de quatre-vingts ans, maigre, chétif, ridé, à cheveux gris assez longs et rares, à l'œil vif et spirituel; je me rappelais, par contraste, l'*Adansonia boabab*, l'arbre le plus colossal, le plus pérenne du globe, puisque, d'après le nombre de ses couches ligneuses, on lui supposait une longévité de six mille ans.

RICHARD

Claude Richard, professeur de botanique à l'École de médecine et membre de l'Institut, me recevait avec bonté dans son cabinet; je lui communiquais des plantes du Midi et de Paris. Il appréciait les beaux échantillons bien préparés, mais il était peu donataire : mon herbier s'honore pourtant de quelques plantes qu'il me donna. Richard était un homme de petite taille, âgé de cinquante ans, de pauvre tournure, complètement défiguré par la petite vérole qui lui avait rongé le nez, peu aimable, d'une mauvaise santé, fort instruit en botanique, ayant voyagé en Amérique, à Cayenne, dessinateur et infatigable travailleur. J'ai souvent admiré ses études carpologiques qui rappelaient et surpassaient celles de Gærtner; il avait une somptueuse collection de coquilles, acquise à grands frais; on assurait à cette époque qu'un jour il avait vendu son argenterie pour acheter une espèce rare qu'il ne possédait pas : sa fortune était loin d'être exprimée par son nom. Son fils, Achille Richard, lui succéda dans la chaire de botanique et à l'Institut; mais il mourut jeune, en 1852, du diabète.

LAMARCK

J'ai fait deux fois visite à l'illustre auteur de la première *Flore française*, ouvrage qui était, dans mes jeunes ans, mon bréviaire botanique; il me fit un accueil d'autant plus empressé que je lui

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 avril 1884.

apportais trois plantes de nos Landes qui ne figuraient pas dans sa flore, les *Sibthorpia europæa, Anagallis crassifolia, Viola lancifolia*; il avait alors soixante ans; peu de temps après il devint aveugle; il n'en continua pas moins ses travaux, aidé dans ses recherches par Latreille ; il mourut en 1829.

DECANDOLLE

La réputation de ce célèbre botaniste date du commencement du siècle, de l'époque où nous étions ensemble à Paris et nous nous voyions fréquemment. Il débuta dans le monde savant par la publication d'une nouvelle édition de la *Flore française* où, par une spéculation de libraire, il s'associa le nom de Lamarck qui n'y coopéra en rien. Cet ouvrage et ses principes de physiologie végétale lui ouvrirent les portes de l'Institut. Decandolle était alors à peu près de mon âge ; il était petit, brun, à barbe et cheveux noirs très fournis, à facies méridional et hâve quoique de Genève, physionomie sérieuse, froide et même un peu rude, à bonnes manières et d'excellente éducation. Pour la composition pour sa Flore, il eut recours à mon herbier au sujet des plantes du Sud-Ouest de la France ; je lui confiai, pour la partie cryptogamique, toute ma collection de *Lichens* et de *Fungilli* que j'avais classés avec soin ; il eut la délicatesse de me citer souvent dans son ouvrage ; je tiens de lui-même l'exemplaire de sa Flore qui est dans ma bibliothèque. En 1807, l'année qui suivit mon départ de Paris, Decandolle vint à Saint-Sever me faire une visite en se rendant aux Pyrénées ; je n'ai point oublié sa surprise lorsque je lui servis des ortolans au dîner ; il avait toujours cru jusqu'alors que l'ortolan était un oiseau fabuleux comme le phénix.

A mon retour d'Espagne, en 1814, je revis à Montpellier Decandolle qui avait succédé à Broussonet dans la chaire de botanique et dans la direction du Jardin des Plantes. J'arrivai à Montpellier avec deux célèbres botanistes espagnols, Zea et Mocigno, rentrés en France avec le parti du roi Joseph. Decandolle nous réunit dans un grand dîner chez lui ; Mocigno avait un magnifique atlas colorié d'une flore inédite du Mexique, qu'il confia généreusement à Decandolle, l'autorisant à l'utiliser pour le grand ouvrage *Prodromus*, qu'il préparait alors. A la Restauration, Decandolle devint, comme protestant, l'objet d'une indigne persécution : il quitta donc l'école qu'il avait tant illustrée et se retira dans sa patrie, à Genève ; il y est mort dans un âge peu avancé, victime d'une médication exagérée d'iode contre un commencement de goitre : notre ancien préfet des Landes, M. d'Haussez, qui, dans son exil à Genève, voyait souvent Decandolle, m'a raconté cette circonstance. Une amitié et une estime réciproques nous unissaient, Decandolle et moi ; indépendamment de nos relations épistolaires, je le consultais souvent pour la détermination de mes plantes, et je lui ai transmis sans réserve, dans l'intérêt de la science, mes nombreuses espèces recueillies en Espagne ; il n'a pas négligé de me citer dans son *Prodromus*, en adoptant mes dénominations.

RAMOND

Ce savant de premier ordre, que j'avais connu aux Pyrénées à la fin du siècle dernier et qu'au commencement de celui-ci j'ai retrouvé à Paris, ne cessa point de m'accueillir avec un intérêt dont j'étais fier ; il avait, en 1802, cinquante-deux ans, une taille au-dessous de la moyenne, un corps agile, une physionomie mobile, éminemment spirituelle, une conversation aimable et instructive. Ramond fut à cette époque nommé à l'Académie des sciences, et il se maria avec Mlle Dacier, fille du traducteur de ce nom, femme de beaucoup d'esprit ; il en eut un fils unique, que j'ai connu aussi longtemps après la mort du père. Cet académicien était d'une telle susceptibilité lorsqu'il lisait ses mémoires à l'Institut, que je l'ai souvent vu s'arrêter tout court lorsqu'on ne lui prêtait pas une entière attention. Sous l'Empire, il devint préfet du Puy-de-Dôme, puis conseiller d'État ; il éprouva des désagréments à la Restauration. Dans la période de la Révolution, Ramond de Carbonnière figura comme représentant à la Législative ; il était orateur et de l'opinion modérée. Les orages politiques de ce temps l'obligèrent à se réfugier dans les Pyrénées, avec sa sœur, qui se maria à Barèges avec M. Bourgelat et dont la fille est aujourd'hui Mme Cordier, femme d'un géologue, membre de l'Institut. J'ai déjà dit que Ramond, auteur de plusieurs ouvrages sur les Pyrénées, avait été professeur à l'École centrale de Tarbes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les élections pour le renouvellement du Conseil supérieur de l'instruction publique auront lieu demain mardi 22 avril, de neuf heures à onze heures du matin.

— Les épreuves d'admissibilité du concours ouvert pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris viennent de se terminer. Ont seuls été admis à subir les épreuves définitives, les huit candidats suivants, classés par ordre de mérite : MM. les docteurs Nélaton, Prengrueber, Campenon, Jalaguier, Bazy, Marchand, Ramonède et Picqué.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les épreuves d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de prosecteur sont terminées. Sur les seize candidats, les huit dont les noms suivent ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont MM. Barette, Broca, Chaput, Phocas, Pousson, Tuffier, Verchère et Walther.

Les questions qui ont été données pour l'épreuve orale (épreuve d'anatomie) sont : 1° Articulations des corps vertébraux ; 2° Paroi externe des fosses nasales et diverticulums qui en dépendent.

— Par décret, en date du 10 avril, M. le docteur Boucheron (de Paris) et M. le docteur Linarès, maire de Limeuil, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

— Par décrets en date du 19 avril, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Alphonse Milne-Edwards (de l'Institut), professeur-administrateur au Muséum d'histoire naturelle.

Au grade de chevalier. — M. Desgraves, médecin de deuxième classe de la marine.

— Par décision ministérielle, en date du 18 avril, le programme des matières sur lesquelles seront interrogés les médecins-majors de première classe, proposés pour le grade de médecin principal (voyez *Gazette des hôpitaux* du 1er mai 1883), a été complété et modifié comme suit :

Organisation générale, ajouter : décret du 23 octobre 1883 sur le service dans les places de guerre et les villes de garnison ; — décret du 26 octobre 1883 sur le service des armées en campagne ; — décret du 28 décembre 1883, sur le service intérieur des troupes d'infanterie, de cavalerie, de l'artillerie et du train des équipages.

Service de santé, supprimer : décret du 27 mai 1882 ; — instruction provisoire du 7 novembre 1882 ; — règlement du 31 août 1865.

Ajouter : règlement du 28 décembre 1883 et les notices qui y sont annexées.

Contrôle, ajouter : Note ministérielle du 16 avril 1883 ; — décret du 4 septembre 1883, qui modifie l'article 6 du décret du 28 octobre 1882.

— Conformément à une récente délibération du Conseil municipal de Paris, le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté autorisant la Société d'anthropologie à élever une statue à Paul Broca sur le terre-plein situé devant l'École de médecine, à l'angle de la rue de ce nom et du boulevard Saint-Germain.

— M. le docteur V. Burq commencera, le 30 avril, à l'École pratique, des conférences sur les maladies nerveuses et la métallothérapie, et les continuera les mercredis et vendredis suivants de deux à trois heures.

Le cours sera surtout pratique. Le docteur Burq étudiera concurremment les divers agents qui ont place dans ce sujet. Il exposera les résultats inédits de nombreuses expériences qu'il fit autre-

fois à Paris et à Londres sur les phénomènes dits hypnotiques et la force neurique.

— M. le docteur Apostoli commencera ses leçons d'électrothérapie à l'École pratique (amphithéâtre nº 3), le mercredi 7 mai, à trois heures, pour les continuer les mercredis suivants, à la même heure.

— *Muséum.* — M. B. Renault, aide naturaliste, commencera son cours de paléontologie végétale le jeudi 8 mai 1884, à une heure de l'après-midi, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le sujet des leçons de cette année sera l'histoire de la famille des calamodendrées et de quelques types de végétaux qui ont contribué à la formation de la houille. Incidemment il traitera de l'origine de ce combustible.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16096.

N° 48. — JEUDI 24 AVRIL 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 24 AVRIL 1884. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Rétrécissement de l'urètre, cathétérisme, accidents consécutifs. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dujardin-Beaumetz, à la suite de l'exposé qu'il a présenté, dans la séance du 1er avril, de ses recherches expérimentales sur l'alcoolisme faites avec la collaboration de M. Audigé, a entretenu l'Académie, on s'en souvient, d'un point très délicat de la question générale de l'action des alcools, savoir : les modifications qu'ils subissent dans l'économie. La solution donnée par M. Dujardin-Beaumetz allait à l'encontre de celle que MM. Perrin, Duroy et Lallemand avaient déduite de leurs recherches publiées en 1860. M. Dujardin-Beaumetz, avec son maître M. Bouchardat, et la plupart des autres chimistes ou physiologistes qui ont repris, depuis, l'étude de cette question, soutient que l'alcool ingéré dans l'économie y est comburé et qu'il subit, par suite de cette combustion, une série de transformations plus ou moins profondes, qui en font un aliment, et un aliment d'épargne, à petites doses, et un poison à doses élevées ; tandis que MM. Perrin, Duroy et Lallemand, dans le mémoire précité, prétendaient que l'alcool traverse l'économie sans y subir aucune modification, qu'il n'y est ni brûlé ni transformé, et qu'il en est éliminé en nature et en totalité.

M. Perrin, provoqué naturellement par cette conclusion contradictoire, est venu hier à la tribune exposer les faits et les expériences qui l'avaient conduit, avec ses collaborateurs, aux propositions formulées dans leur mémoire, propositions qu'il croit devoir maintenir aujourd'hui vraies et fondées, malgré les objections et les critiques de M. Dujardin-Beaumetz.

De quel côté est la vérité, ou du moins la plus grande somme de vérité, — car la contradiction, en fait, n'est ni aussi complète ni aussi absolue qu'elle pourrait le paraître au premier abord, M. Perrin ne prétendant pas que ses expériences aient été faites avec la précision de la balance, en ce qui concerne les quantités d'alcool éliminées, et M. Dujardin-Beaumetz convenant de son côté que les résultats qu'il a constatés sont relatifs aux doses expérimentées et varient suivant ces doses ? — Il nous serait d'autant plus difficile de nous prononcer à cet égard que M. Berthelot, avec toute l'autorité qu'on lui connaît en pareille matière, est venu déclarer qu'au point de vue chimique la question posée lui paraissait présenter de très grandes difficultés et de grandes causes d'incertitude. Après une pareille déclaration, on comprendra notre abstention.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Rétrécissement de l'urètre, cathétérisme, accidents consécutifs.

Il y a trois semaines environ, nous avions fait quelques tentatives réitérées pour pénétrer dans le canal de l'urètre d'un de nos malades atteint d'un rétrécissement infranchissable. A la suite de cela, il avait eu un peu d'urétrite du méat, un léger mouvement de fièvre, ainsi qu'une poussée d'adénite inguinale. Nous laissâmes aussitôt son urètre tranquille, et, en quelques jours, grâce à l'emploi des émollients et des résolutifs, tous accidents cessaient, et nous pouvions croire que de ce côté tout était terminé. Or si d'une part il était nécessaire d'attendre un certain temps pour éviter quelque récidive, de l'autre il devenait urgent d'intervenir et de pratiquer l'urétrotomie externe.

C'est ainsi que, il y a quatre jours, nous avons procédé à cette opération sans conducteur.

Le périnée était sain, il n'y avait point de fistules, j'arrivai sur l'urètre et, introduisant alors le cathéter, je fendis le canal avec le thermo-cautère au-devant du rétrécissement, puis je cherchai à pénétrer dans la vessie. Pendant une demi-heure, je fis de vaines tentatives et dus m'arrêter. Du reste, cela n'avait aucun inconvénient, car le lendemain généralement les malades urinent par le périnée et, au bout de quelques semaines, à la faveur de cette fistule, on retrouve le chemin, on conduit une bougie dans la vessie et plus tard, dans une seconde séance, on achève l'opération.

J'espérais donc que mon intervention n'aurait aucune suite ; malheureusement, je n'avais pas compté avec la plaie ; l'introduction de la sonde à plusieurs reprises détermina une récidive de l'urétrite du méat, il y eut auto-inoculation, les lymphatiques s'enflammèrent de nouveau, les ganglions s'engorgèrent, nous eûmes une adénite inguinale double, puis la lymphangite gagna le scrotum.

Comment donc s'est faite cette auto-inoculation ? Par de petites éraillures microscopiques, lesquelles favorisent d'autant mieux l'inoculation qu'elles sont plus petites. Il en est d'elles comme des piqûres de vaccine, dont le succès est d'autant mieux assuré que le trauma est plus petit. La blessure du périnée faite avec nos instruments n'est pas la cause

de cette lymphangite, la plaie en est parfaitement saine, tandis que les petites éraillures du méat, qui semblent accessoires, sont, au contraire, la cause véritable.

Quel que soit aujourd'hui l'état de notre malade, je pense bien qu'il ne succombera pas; cependant, s'il venait à mourir, cette mort devrait être imputée à quelque écorchure insignifiante du méat provenant de l'introduction du cathéter.

D'où il résulte que lorsque vous vous trouvez en face de deux traumas coïncidants, il faut veiller également sur tous les deux et de plus se conformer à ce précepte : ne pas opérer trop tôt. Ici, je l'avoue, je suis intervenu un peu trop tôt, c'est-à-dire avant que le méat soit revenu à l'état normal. C'est là une des fautes que l'on commet souvent dans les cliniques étrangères où l'on opère dès le lendemain de l'entrée du malade. C'est pourquoi je défends toujours à mes élèves, — sauf urgence, — d'explorer l'urètre d'un malade dès le jour de son arrivée.

En résumé : 1° il ne faut pas blesser des tissus malades à moins d'urgence absolue ; 2° sinon on ouvre une porte à l'auto-inoculation ; 3° celle-ci peut se faire par un trauma microscopique ; 4° les opérations adjuvantes ont une gravité spéciale, de telle sorte que des accidents peuvent survenir du côté de l'opération la plus petite.

— J'ai en ce moment, dans les salles, une autre maladie des voies urinaires très embarrassante pour laquelle je ne sais que faire ; et cependant, si je n'interviens pas, l'homme qui en est atteint est perdu.

Il s'agit d'un individu dont le rétrécissement, franchissable certains jours, ne l'est plus dans d'autres. Ainsi, tandis que lui-même était parvenu à introduire une bougie n° 6, nous, par contre, nous n'avons rien pu introduire du tout, de telle sorte que pour nous ce rétrécissement, est infranchissable.

Or, à la suite de tentatives, faites cependant avec la plus grande douceur et sans qu'aucune violence ait été exercée du côté du canal, j'en suis convaincu, cet homme a été pris certain jour d'un frisson assez violent et de fièvre, — accès de fièvre urétrale selon toutes probabilités ; — en même temps le testicule droit augmentait de volume et devenait le siège d'une orchite suite du cathétérisme. Le testicule augmente encore : cependant on ne le sonde plus, il se développe un sphacèle circonscrit des bourses et de la tunique albuginée, des fongus testiculaires se produisent. Une néphrite chirurgicale très marquée est constatée, néphrite parenchymateuse, qui donne lieu à une urine très chargée d'albumine.

Ainsi, voilà une exploration de l'urètre déterminant des accidents de néphrite albumineuse et une orchite anomale. Tantôt la région lombaire est douloureuse, tantôt elle est indolente.

J'ordonne le sulfate de quinine, les délayants, les émollients. Je ne prescris pas de saignée, car notre homme fond à vue d'œil, il maigrit, la fièvre continue, il a presque constamment 40 degrés. Que faire?

Ce n'est pas tant le testicule qui me préoccupe, la nature en amènera la détersion ; mais comment lutter avec quelque chance de succès contre la néphrite, contre les accidents consécutifs qui peuvent survenir? Il faudrait ouvrir largement une voie à l'écoulement des urines par l'urétrotomie externe pour faire cesser la tension qui existe, opération moins dangereuse que l'urétrotomie interne dans le cas de néphrite, mais qui l'est encore cependant. Mais opérer sans conducteur un malade qui va être tenu pendant trois quarts d'heure sur le lit d'opération, n'est-ce pas l'exposer à la mort ?

C'est pourquoi j'ai encore voulu que l'on tentât ce matin de faire passer une petite bougie, parce qu'alors j'aurais un conducteur pour mon instrument. Mon malade n'avait alors que 37 degrés, mais à peine la tentative était-elle commencée qu'il a été pris de frisson et qu'il s'est fait une ascension brusque et énorme de la température (39°,5) en quelques instants. Qu'est-il donc survenu ? Ici l'observation de notre premier malade va servir à nous éclairer. Pourquoi la température a-t-elle monté? S'agit-il d'une fièvre d'inoculation? autrement dit, le cathétérisme d'un canal irrité, enflammé, aurait-il produit un micro-trauma, aurait-il déterminé, par suite, une lymphangite profonde?

Chez notre premier malade la lymphangite a été le résultat de petites éraillures. Mais si, au lieu de blesser le méat, on produit un trauma plus profond, la lymphangite n'est plus superficielle, mais elle devient une lymphangite profonde du bassin. Un autre mécanisme peut égalemeut expliquer ces accidents ; je veux parler d'une congestion réflexe du rein, capable de déterminer une ascensionbrus que de la température.

Or, dans l'état actuel de la science, deux théories sont en présence, qui permettent d'expliquer la fièvre urétrale :

La première est celle de l'inoculation, elle a été soutenue par Maisonneuve et son école ; par Maisonneuve qui, le premier, a parlé, dans ces cas-là, d'auto-inoculation et d'accès de fièvre septicémique consécutive.

La seconde théorie est celle de la néphrite.

Quand on est jeune, on est absolu ; quand on est vieux, on devient éclectique. Maisonneuve a été le premier initiateur de tout ce qui a été fait sur l'inoculation par des produits septiques engendrés dans les plaies ; et si son mémoire n'a été imprimé qu'en 1862, il l'avait déjà depuis longtemps professé dans ses cours.

Cependant, bien qu'élève de Maisonneuve, j'étais attaché à la théorie de la néphrite ; aujourd'hui je le suis encore, mais avec cette différence que j'accepte les deux théories, c'est-à-dire la congestion rénale chez les néphrétiques chroniques et le trauma avec l'auto-inoculation septicémique.

Reste à faire la part de chacune d'elles, mais dans tous les cas la thérapeutique exige que le diagnostic soit posé.

Vous voyez, par ces exemples, que la clinique n'est pas aussi facile qu'on veut bien le dire, et que parfois des vieux cliniciens, blanchis comme moi dans les hôpitaux, se trouvent embarrassés et disent, comme je vous le dis aujourd'hui : Je ne sais pas la cause réelle des accidents qui sont survenus chez mon malade, de là mon embarras comme thérapeutique à suivre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 avril 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° une note de M. le docteur C. Vial (de Marseille) sur l'action physiologique de l'acide phénique (comm. : MM. Bergeron, Vulpian et Ar. Gauthier) ; 2° un état de vaccinations des Arabes du cercle d'Hammi-Moussa, province d'Oran, pratiquées en janvier, mars et avril 1883, par M. le doc-

teur Henri Toussaint, aide-major à l'hôpital du Val-de-Grâce (comm. de vaccine) ; 3° un travail de M. le docteur Aubert, médecin-major au 28e régiment d'infanterie, intitulé : De l'efficacité des inoculations vaccinales multiples et de la nécessité des revaccinations répétées (même comm.).

COMMUNICATIONS

M. VÉRITÉ (de La Bourboule) présente le dessin d'un cas d'œdème chronique des paupières consécutif à un eczéma de la lèvre supérieure et des fosses nasales. C'est le second cas que M. Vérité a observé.

La maladie a débuté il y a vingt ans. Les paupières forment deux poches d'une mollesse gélatineuse qui retombent sur les joues. Cet œdème provient d'une infiltration du tissu cellulaire des paupières, analogue à celle qui produit sur d'autres points l'épaississement de la peau autour d'un eczéma. Il est facilité par la circulation des paupières par suite du sclérème des joues et de l'inflammation de la pituitaire.

Chez un des malades observés par M. Vérité, l'eau de La Bourboule à l'intérieur, le massage modéré des paupières sous la pulvérisation et les irrigations nasales avec la même eau minérale ont amené une amélioration notable.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le travail de M. Dujardin-Beaumetz relatif à l'action physiologique de l'alcool.

DISCUSSION

M. MAURICE PERRIN, à propos de la communication faite par M. Dujardin-Beaumetz, dans l'une des précédentes séances, sur les transformations subies par l'alcool dans l'organisme, se croit obligé de déclarer qu'il se trouve en désaccord complet avec son collègue. S'étayant de ses expériences déjà anciennes faites en collaboration avec Lallemand et Duroy, l'alcool, dit-il, n'est ni détruit ni transformé dans l'organisme, il n'est pas un aliment, il est éliminé en nature et ne modifie les échanges nutritifs que par l'intermédiaire du système nerveux, à la façon d'un toxique.

Cette idée que l'alcool circulait en nature dans les vaisseaux avait déjà été avancée par Magendie et plus tard par Mitcherlich, mais sans preuve.

MM. Bouchardat et Sandras, entrant les premiers dans la voie expérimentale, recherchèrent sur des animaux anesthésiés par l'alcool cette substance dans les produits de la respiration, dans le sang, dans les urines. Les résultats de leurs expériences furent négatifs.

C'est sur cette donnée négative que Liebig fonda sa théorie chimique et avança que l'alcool se détruisait, se transformait dans l'organisme et servait ainsi à la nutrition.

Mais tout cet échafaudage repose sur une erreur expérimentale. Nous avons repris ces recherches et nous avons extrait, chez un chien, jusqu'à 5 grammes d'alcool de 500 grammes de sang. Nous l'avons aussi cherché dans le tissu nerveux et nous avons trouvé de 4 à 5 grammes d'alcool sur 450 grammes de substance nerveuse. Nous l'avons cherché dans l'urine et nous avons pu en recueillir jusqu'à 2 grammes et demi. Enfin nous avons cherché l'alcool dans les produits de la respiration, nous avons répété l'expérience de Bouchardat et Sandras ; cette fois, il est vrai, nous n'avons pas obtenu d'alcool.

Mais ce dernier échec tenait à la trop faible quantité d'alcool en circulation, et, au lieu de le rechercher par la dilatation comme l'avaient fait Bouchardat et Sandras, nous avons utilisé, pour le déceler, la réaction des vapeurs hydrocarbonées sur l'acide chromique.

Par ce procédé, M. Perrin a toujours trouvé de l'alcool dans les produits de la respiration. Comme on pouvait nous objecter, dit M. Perrin, que ces constatations étaient faites sur des animaux auxquels on avait donné de l'alcool en excès, nous avons repris nos expériences et donné l'alcool à doses hygiéniques et non plus toxiques. Après avoir fait ingérer à un homme un petit verre d'eau-de-vie ou bien une bouteille de vin, nous avons encore trouvé de l'alcool dans les produits de la respiration et dans les urines.

Chez un chien anesthésié par l'alcool nous avons retrouvé l'alcool partout, mais en plus grande quantité dans le foie que dans le sang, et en plus grande proportion encore dans les centres nerveux.

Après avoir établi que l'alcool était éliminé en nature par toutes les voies d'élimination, M. Perrin et ses collaborateurs ont tenté de rechercher dans le sang des animaux alcoolisés les produits de décomposition de l'alcool qui, d'après la théorie de Liebig, devraient forcément s'y rencontrer. Or, ni l'aldéhyde, ni l'acide acétique, ni l'acide oxalique, n'ont été retrouvés.

Enfin il est incontestable que la proportion d'acide carbonique expiré diminue considérablement sous l'influence de l'alcool, ce qui dénote d'une façon certaine que l'activité de la nutrition est ralentie.

En somme, dit M. Perrin, nous avons démontré que l'alcool séjourne en nature dans l'organisme, s'accumule dans les centres nerveux et qu'il s'élimine par toutes les voies d'élimination, de sorte qu'il doit être considéré non comme un aliment, mais comme un agent toxique qui, par son influence sur les centres nerveux, ralentit les échanges de la nutrition.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ, répondant aux objections que M. Perrin élève contre la méthode des pesées, fait observer que les doses d'alcool retrouvées sont bien minimes, et que la balance est le seul moyen qui eût pu permettre à son contradicteur d'affirmer cette proposition qui se trouve dans l'une des conclusions de son travail de 1860 : l'alcool est éliminé en totalité.

Les vues de M. Perrin sont loin d'avoir été acceptées. Gubler voulait qu'une partie de l'alcool fût détruite et l'autre éliminée; les expériences de Lussana et Albertoni conduisent à cette conclusion qu'il n'y a qu'une très petite quantité d'alcool qui s'élimine en nature ; le reste s'élimine sous une autre forme.

La théorie de M. Perrin rattache l'abaissement de la température à une action spéciale sur les centres calorigènes. M. Beaumetz fait jouer au contraire un grand rôle aux modifications du sang. Cependant il est loin de penser qu'une cellule nerveuse influencée par l'alcool puisse rester à son état physiologique; aussi serait-il peut-être possible de concilier, dans une certaine mesure, les deux théories.

M. BERTHELOT. Les méthodes de recherche et de dosage de l'alcool dans les liquides de l'organisme sont très délicates et incertaines dans leurs résultats. Je crois qu'il faudrait se mettre en garde contre ces difficultés. Certaines réactions ont pu faire croire à la présence de l'alcool dans les urines, alors que le produit surajouté qui y était contenu n'était autre que l'acétone. Je me demande si pareilles erreurs ou difficultés n'ont pas pu se rencontrer dans les recherches dont il s'agit en ce moment. Du reste, je ne prétends point discuter les expériences rapportées par M. Perrin ; j'ai tenu simplement à signaler des causes d'erreur à éviter.

M. MAURICE PERRIN. Dans mon travail et dans la relation des expériences que je viens de rapporter, j'ai dit que quelques hydrocarbures volatils pouvaient, sous l'influence de certains agents, réagir à la façon de l'alcool; aussi, pour me mettre en garde contre les objections de la nature de celle de M. Berthelot, j'ai toujours pris soin de faire suivre chaque expérience d'une contre-expérience destinée à lever les doutes.

Revenant à M. Beaumetz, M. Perrin insiste pour montrer que tout est hypothèse dans la théorie chimique de M. Beaumetz.

N'est-ce pas imagination pure que cette mise en présence d'une molécule d'oxygène et d'une molécule d'alcool, la première avide de l'hydrogène de la seconde et se l'accaparant? Hypothèse pour hypothèse, mieux vaut encore celle de l'alcool ralentissant les combustions en modérant l'action des centres thermogènes. Celle-là est, du moins, conforme avec le fait incontestable du séjour de l'alcool dans les tissus et de son élimination en nature.

Je ne puis donc accepter le moyen terme que me propose M. Dujardin-Beaumetz et dire qu'une partie de l'alcool absorbé se transforme dans l'organisme, le reste étant éliminé en nature. J'ai

la conviction profonde que l'alcool absorbé ne subit de la part des liquides ou des tissus de l'économie aucune transformation chimique, qu'il n'est un *aliment* en aucune façon et qu'il doit être tenu pour un *agent* d'épargne ralentissant l'activité nutritive par l'intermédiaire des centres nerveux.

M. COLIN (d'Alfort) fait ressortir, comme M. Beaumetz, que les expériences de M. Perrin ne lui donnent point le droit de conclure à l'élimination de l'alcool en nature et en totalité. Des expériences qu'il a faites sur le cheval lui ont montré que dans une première phase il y avait élévation de la température; l'abaissement ne survenait qu'à une phase plus avancée.

M. JULES GUÉRIN. On n'a point tenu compte de l'élimination par la voie intestinale, ce qui est peut-être un tort; d'une discussion célèbre entre Dumas et Liebig il est ressorti que des erreurs auraient pu passer inaperçues, si le second de ces auteurs n'avait attiré l'attention du côté des déjections stercorales, sources de déchets nombreux.

LECTURE

M. BERLIOZ fait une lecture sur l'action physiologique des eaux d'Uriage.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 avril 1884. — Présidence de M. FRANCK.

COMMUNICATIONS

Origine de l'épithélium des kystes dentaires. — M. MALASSEZ a poursuivi ses recherches sur ce sujet, déjà traité dans ses précédentes communications, et dans ces recherches a découvert quelques faits nouveaux qu'il vient exposer devant la Société. Dans la discussion qui a eu lieu précédemment sur cette question, les adversaires de l'opinion de M. Malassez ont soutenu que l'épithélium n'existe au niveau de la racine de la dent que pendant la période de formation de la dent, et que cette période une fois achevée, la formation épithéliale disparaît à son tour d'une manière définitive. Or c'est là une théorie erronée et contre laquell e on peut déjà opposer comme un argument ce fait, que l'on trouve à l'état normal des débris épithéliaux inclus dans l'épaisseur de la gencive; ces débris ne peuvent donc provenir que de l'épithélium de la racine. Mais M. Malassez a cherché d'autres preuves, et récemment il a pu examiner un maxillaire normal sur lequel il a fait un grand nombre de coupes. Sur quelques-u nes de ces coupes on voyait très distinctement des masses épithéliales présentant des formes diverses, arrondies, cylindriques, arborisées. En quelques endroits de la préparation, ces masses épithélial es revêtaient même l'aspect spécial des glandes dites *acineuses*; ce sont ces préparations dessinées avec soin à la chambre claire, que M. Malassez vient soumettre à l'examen de la Société, comme argument à l'appui de son opinion sur l'existence à l'état normal de l'épithélium que l'on trouve dans les kystes dentaires.

Étude sur les synergies fonctionnelles biauriculaires; application de cette étude à la séméiotique auriculaire et à la clinique. — M. GELLÉ donne lecture d'un mémoire sur ce sujet.

M. BROWN-SÉQUARD, à propos de cette communication, tient à protester contre la théorie qui admet l'existence de deux centres sensoriels distincts. Dans cette théorie, il y aurait, comme on le sait, un double centre dont chacun serait affecté à la perception des sensations venant d'un des côtés du corps. M. Brown-Séquard pense qu'il n'existe, en réalité, qu'un centre unique de perception, et il cite comme preuve de cette proposition, en ce qui concerne les propriétés tactiles notamment, l'expérience qui consiste à appliquer simultanément deux pointes métalliques sur deux points homologues de chaque côté du corps; on ne perçoit, dans ce cas, qu'une seule sensation et non pas une sensation double, comme cela devrait être s'il y avait deux centres de perception séparés et distincts.

M. BOUCHEREAU désirerait connaître l'opinion de M. Brown-Séquard au sujet de la dualité du cerveau.

M. BROWN-SÉQUARD admet l'existence de deux cerveaux distincts, l'un *droit*, l'autre *gauche*; mais, en réalité, il n'y a qu'un de ces cerveaux qui agisse à l'état normal, et l'autre semble avoir un rôle purement supplémentaire. Cette théorie n'est pas nouvelle, et la dualité du cerveau a déjà été entrevue et formulée par d'éminents observateurs. En France, Bouillaud, Andral, Rostan, avaient remarqué, il y a longtemps, que l'un des hémisphères du cerveau peut être fortement altéré ou même détruit, sans que l'intelligence soit pour cela sérieusement ni même sensiblement compromise.

De même, lorsque le cerveau vient à être, dans un de ses hémisphères, le siège de lésions qui pénètrent jusque dans sa profondeur, on voit cependant la faculté des mouvements volontaires persister presque au même degré que dans l'état d'intégrité. On peut conclure de ces faits que l'action du cerveau est double, ou plutôt que cet organe est formé de deux parties fonctionnellement indépendantes. Entre ces deux parties distinctes, entre ces deux cerveaux, il n'y a pas normalement de synergie véritable. Chacun de nous contracte l'habitude de ne faire servir qu'une seule de ces parties à l'accomplissement des différents actes qui relèvent de l'action cérébrale, et cette circonstance explique le trouble considérable qui survient lorsque nous voulons les mettre en jeu toutes deux simultanément. Le défaut de synergie apparaît alors dans toute son évidence.

M. CH. RICHET ne cherche pas à faire prévaloir sa théorie et il pense que la question ne peut être actuellement résolue. S'agit-il d'une diminution ou même d'une abolition de l'action régulatrice du cerveau? ou bien y a-t-il simplement manifestation à distance de l'irritation directe de la substance cérébrale, comme le veut M. Brown-Séquard? C'est ce qu'il est impossible de décider. Cependant il y a certains arguments qui semblent favorables à la première hypothèse. Ainsi M. Richet a remarqué, dans ses expériences, que les mouvements précipités et désordonnés de l'animal n'apparaissaient que lorsque celui-ci venait à être agacé, excité d'une manière quelconque; mais l'expérience seule n'amenait pas ce résultat et l'on voyait immédiatement après celle-ci l'animal rester immobile, en dépit de son traumatisme cérébral. Il fallait une excitation directement imprimée par l'expérimentateur, pour que les mouvements apparussent. Il est dès lors assez légitime de croire que c'est la faculté inhibitoire qui est en jeu ici, plutôt que l'effet de l'irritation cérébrale directe dont l'influence devrait se faire sentir immédiatement après l'expérience.

M. BROWN-SÉQUARD objecte que, si la théorie de M. Richet était exacte, les mêmes effets devraient se rencontrer dans tous les cas de traumatisme cérébral, par exemple, à la suite de la dilacération au moyen du scalpel, telle qu'il l'a pratiqué lui-même un grand nombre de fois; or il n'a jamais rien observé de pareil à la suite de cette dernière expérience.

M. CH. RICHET se retranche derrière les faits observés et pense d'ailleurs que la question doit rester à l'étude.

Rapport entre la sécrétion mammaire et la présence du sucre dans l'urine. — M. DE SINÉTY présente quelques considérations sur le rapport qui existe entre la sécrétion mammaire et la présence du sucre dans l'urine. Dans les conditions normales de la lactation, l'urine n'offre pas de traces de sucre. La réaction n'apparaît que si la sécrétion du lait est empêchée ou gênée, elle ne se retrouve plus, dès que cette sécrétion s'opère régulièrement et avec abondance.

M. P. Bert a rapporté dernièrement à l'Académie des sciences le résultat de quelques expériences entreprises dans le but de rechercher l'origine du sucre de lait et de déterminer si ce sucre se forme dans l'intérieur de la glande mammaire ou s'il préexiste dans le sang de la circulation générale. M. de Sinéty a fait les

mêmes expériences et, après l'extirpation des mamelles, il n'a pas rencontré de sucre dans l'urine. M. P. Bert avait tout d'abord obtenu des résultats contradictoires, mais ayant finalement trouvé du sucre dans l'urine, chez des femelles soumises à l'extirpation des glandes mammaires, il en a conclu que le sucre de lait préexiste dans le sang auquel il serait fourni vraisemblablement par le foie. M. de Sinéty oppose à cette manière de voir une objection tirée de ce que l'analyse du sang dans un cas de ce genre ne décèle pas dans ce liquide une augmentation du sucre, comme cela devrait être si la théorie de M. P. Bert était exacte. En ce qui concerne le rôle attribué au foie dans la production de ce sucre, c'est là une pure hypothèse, car il faudrait admettre qu'il existe un certain parallélisme entre la fonction glycogénique du foie et la quantité de sucre qui se trouve dans le lait; or c'est là une proposition qui n'est rien moins que démontrée.

M. CH. RICHET prend occasion des remarques de M. Brown-Séquard pour rappeler quelques-uns des faits observés à la suite de ses expériences récentes ayant pour but l'étude des effets produits par les différents genres d'excitation cérébrale sur la chaleur animale. Dans ces expériences, M. Richet a remarqué notamment que, chez des oiseaux, la destruction plus ou moins étendue de l'écorce cérébrale amenait un changement rapide et très marqué dans les allures de l'animal. Bien que les facultés visuelle et auditive parussent parfaitement conservées, on voyait l'oiseau changer d'attitude; on le voyait courir et se précipiter au-devant de lui comme affolé, ne s'arrêtant que devant les obstacles naturels qu'il rencontrait dans sa course.

Le même phénomène a été observé chez des lapins qui avaient subi la cautérisation de leur écorce cérébrale. A la suite de l'expérience, cet animal, d'une allure ordinairement lourde et endormie, devenait beaucoup plus remuant et plus agile, son attitude devenait inquiète et sa marche précipitée; sous l'influence de la plus légère excitation, il se mettait à courir d'une manière désordonnée et plus d'un succomba ainsi victime de désordres purement traumatiques, contractés dans ces conditions par suite du choc avec les objets environnants. M. Ch. Richet croit pouvoir expliquer ces faits, en admettant qu'à la suite des lésions expérimentales de l'écorce, il y a modification du pouvoir d'inhibition qui règle à l'état normal les mouvements volontaires. La lésion de l'écorce aurait pour résultat d'amener une perturbation momentanée dans cette faculté inhibitoire, et cette perturbation expliquerait le désordre moteur observé chez l'animal. Il s'agirait là de phénomènes du même ordre que les phénomènes thermiques étudiés par M. Richet dans ces mêmes expériences : les deux groupes de phénomènes thermiques et moteurs relèveraient tous deux d'une cause commune, le trouble de la puissance d'inhibition qui agirait ici sur les mouvements, et là sur la régularisation de la chaleur : rapprochement qui est certainement justifié par la simultanéité des deux phénomènes plusieurs fois constatée dans ces expériences.

M. BROWN-SÉQUARD croit que, dans l'interprétation des faits de M. Richet, il faut plutôt mettre en cause l'influence de l'irritation directe du cerveau. On sait que celle-ci est susceptible d'amener des effets d'excitation motrice très marquée et M. Richet se rappelle, à cet égard, avoir vu il y a quelques années, chez un chien soumis à la cautérisation de la surface du cerveau, le corps devenir rigide et tétanisé, semblable à une statue de marbre. Si une pareille contracture se voit rarement, en revanche on observe souvent, dans des conditions analogues, des contractures partielles plus ou moins étendues. Or de pareils effets s'expliquent suffisamment par la théorie de l'irritation et il n'est pas nécessaire de faire intervenir une perturbation inhibitoire.

Aphasie. — M. BROWN-SÉQUARD entretient la Société de quelques faits d'aphasie.

Dans l'un de ces faits, il s'agit d'un individu atteint d'aphasie complète et qui a perdu en conséquence la faculté du langage. Cet individu ne possède qu'un seul mot au moyen duquel il exprime toutes ses idées. Or cet homme, qui est privé ainsi du langage, a conservé la faculté de chanter à haute voix et de nuancer les paroles et la musique.

Dans le second fait, il s'agit d'un médecin de Cincinnati devenu aphasique à la suite d'un ramollissement cérébral. Ce malade, qui a perdu également la faculté du langage dans la vie ordinaire, a conservé celle de parler à l'état de rêve et pendant la période de sommeil.

Le troisième fait concerne un individu atteint également d'aphasie complète à la suite d'une lésion cérébrale. Chez lui l'aphasie cesse momentanément et la parole revient quand il est dans une période de délire. Ces trois faits présentent un intérêt exceptionnel en raison de la rareté des particularités qui les accompagnent.

M. LÉPINE a lu autrefois la relation d'un cas analogue à ceux de M. Brown-Séquard, dans le mémoire de M. Onimus sur l'aphasie. Il s'agit, dans ce cas, d'un malade atteint d'aphasie complète qui avait conservé la faculté de chanter la *Marseillaise*.

M. LABORDE rappelle également, à ce sujet, l'exemple des déments mélancoliques chez lesquels on observe une aphasie véritable bien caractérisée; chez ces aliénés on voit, sous l'influence de l'excitation due au délire, l'aphasie cesser temporairement, et le malade peut alors chanter et vociférer en prononçant nettement les paroles.

M. BROWN-SÉQUARD dit que la remarque de M. Laborde, à propos des aliénés mélancoliques, ne s'applique pas très exactement aux faits qu'il vient de rapporter et dans lesquels les individus atteints d'aphasie présentent une intégrité complète des facultés intellectuelles.

M. CH. RICHET cite à son tour, comme un phénomène intéressant et pouvant se rapprocher des précédents, le fait d'une vieille servante de curé qui retrouva au moment de sa mort, au point de pouvoir les prononcer très nettement, un certain nombre de mots de la langue hébraïque qu'elle avait entendu prononcer par son maître, pour la dernière fois, trente-cinq ans auparavant.

Cuivre contenu dans les substances alimentaires. — M. GALIPPE expose le résultat de quelques recherches faites dans le but de vérifier et de doser la quantité de cuivre qui peut se trouver dans certaines substances alimentaires, telles que les confitures, substances qui sont habituellement préparées dans des ustensiles de cuivre. Ces recherches ont été inspirées en partie par une récente communication de M. Bochefontaine sur un cas de mort survenu à la suite de l'ingestion de confitures renfermées dans une bassine en cuivre. En expérimentant sur des confitures de différentes sortes, M. Galippe a pu retrouver, dans toutes, une certaine proportion en cuivre qu'il évalue par kilogramme à : 27 milligrammes pour les confitures de groseille, 24 milligrammes pour confitures de cerises, 16 milligrammes pour confitures de reine-claude, 20 milligrammes pour celles de coings, 17 milligrammes pour celles d'abricots. Les confitures de poires ont fourni 13 milligrammes, d'oranges 19^{mm},2, d'ananas 22^{mm},4. On peut conclure de cette analyse que presque toutes les confitures renferment du cuivre en quantité notable, sans amener pour cela d'accidents sérieux ni même appréciables, fait qui va directement à l'encontre de l'opinion des auteurs qui attribuent aux composés de ce métal une action particulièrement toxique sur l'économie.

Anesthésie par la voie rectale. — M. BLANCHARD présente, de la part d'un physiologiste de Lyon, un travail sur un nouveau mode d'administration du chloroforme et de l'éther par la voie rectale. Il résulte des recherches entreprises par l'auteur que, chez un chien ayant déjà subi une demi-anesthésie préalable par la méthode ordinaire, il est possible de compléter et d'entretenir cette anesthésie en faisant pénétrer des vapeurs de chloroforme et d'éther d'une manière continue dans la cavité rectale. L'auteur a fait construire dans ce but un appareil particulier d'un usage simple et pratique. Cette méthode a déjà reçu quelques applications dans le domaine de la chirurgie et on peut croire qu'elle est appelée à rendre certains services.

M. GALIPPE fait remarquer que ce procédé ne permet pas de doser ni même de mesurer la quantité de vapeur anesthésique que l'on administre au patient.

M. BLANCHARD reconnaît le bien fondé de cette objection, mais il pense qu'elle perd de sa valeur par suite de la disposition de l'appareil qui permet au trop-plein des vapeurs de chloroforme de sortir au fur et à mesure de la cavité rectale, ce qui empêche ainsi l'accumulation.

M. LABORDE croit que ce mode d'administration des anesthésiques présente des dangers sérieux et difficiles à prévenir.

La séance est levée.

Nous sommes priés de compléter la communication que M. Pozzi a faite à la Société de chirurgie (séance du 9 avril, numéro du 12 avril), sur une tumeur fibreuse utérine compliquée d'hydronéphrose suppurée, etc., par le renseignement suivant : M. Pozzi, dans l'opération qu'il a pratiquée pour l'hydronéphrose, après la guérison de l'hystérectomie, n'a pas fait une simple ponction, mais une ponction aspiratrice suivie de lavages antiseptiques avec la solution de sublimé au millième, répétés jusqu'à ce que l'eau ressortit claire, et de la compression du ventre. C'est grâce à cette manière d'agir que le liquide ne s'est pas reproduit et que la guérison se maintient depuis trois mois.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 avril, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. le docteur Straus, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les docteurs Pestel, Le Cam, Rocher, Mélisson, Chatin, Grellière, Lucas-Fontaine, Letellier, Pinard, Cellier, Bouchard, Hamon, Michel, Morisset, Mouton, Hiblot, de Paoli, Demandre, Lebail, Puistienne, Crouzet, Ansaloni, Guillié, Lefèvre, Simon, Gauthier, Farny, Magnant, Halma-Grand, Papillon, Pélissier, Martin, Duché, Martellière, Chibrac, Fleur, Charpentier, Meunier.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : M. Sourdel.

— Par décret, en date du 11 avril, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les docteurs Ledrain, ancien chirurgien de la marine ; Chauffard, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs de Fourmestraux, Frédault, Giberton-Dubreuil, Hermet, Sales, Ribard, Steiner, Rabourdin, Leblanc, Pasdelonp, Bienvenot, Caule, Desplau, Morel, Langlebert, Floquet, Gercourt, Vincent, Bazot, Franchis, Obissier, Ravailler, Breuillard, de Beurmann, Jacob, Duguyot.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. Bénard, Plisson, Wuhrlin, Lecomte, Peccate, Chomette.

— Par décision ministérielle, en date du 21 avril, M. le docteur Guégan, aide-major de première classe au 15e dragons, passe au 2e chasseurs à cheval par permutation avec M. le docteur Martin, aide-major de deuxième classe.

— La seconde épreuve d'admissibilité (épreuve orale) du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminée hier. Les quinze candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir la troisième épreuve. Ce sont, classés par ordre alphabétique, MM. les docteurs Barié, Brissaud, De Beurmann, Dreyfous, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Leroux (Marie-Henry), Lorey, Lucas-Championnière, Merklen, Muselier, Oulmont et Renault.

La dernière question donnée pour cette épreuve a été : « De l'éclampsie puerpérale. »

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin de hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le mercredi 21 mai 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. Le registre d'inscription des candidats, ouvert le lundi 21 avril 1884 au secrétariat de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, sera clos définitivement le lundi 5 mai, à trois heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Jaccoud reprendra ses leçons de clinique médicale, dans l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié, le samedi 26 avril 1884, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur E. Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis (salle Bichat), le mercredi 30 avril 1884, à huit heures et demie du matin et les continuera les lundis et mercredis suivants à la même heure; les leçons habituelles des lundis (salle Henri IV) resteront consacrées aux maladies des femmes.

— M. le docteur Apostoli commencera ses conférences cliniques de gynécologie avec exercices pratiques, à sa clinique, rue du Jour, 19, le samedi 10 mai à trois heures, pour les continuer les samedis suivants, à la même heure.

— *Muséum.* — M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 27 avril 1884 au Vésinet et à Saint-Germain. Le rendez-vous est au Vésinet, à l'arrivée du train partant de Paris, par la gare Saint-Lazare, à dix heures trente-cinq minutes.

— M. le professeur A. de Quatrefages commencera le cours d'anthropologie ou d'histoire naturelle de l'homme, le mardi 29 avril 1884, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, à trois heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Le professeur reprendra l'étude des questions générales de l'anthropologie commencée dans un cours précédent. Il traitera successivement des origines attribuées à l'espèce humaine, de l'antiquité de cette espèce, de son habitat primitif, de ses migrations par terre et par mer, de son acclimatation, de la formation des races sous l'influence du milieu et des croisements. Il passera ensuite en revue, d'une manière générale, les caractères des principaux groupes humains pour montrer la signification réelle de ces caractères.

— M. le professeur Chevreul, membre de l'Institut, en son absence M. Guignet, ancien élève de l'École polytechnique, lauréat de l'Institut, ouvrira le cours de chimie appliquée aux corps organiques, le jeudi 1er mai 1884, à dix heures du matin, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Le cours de cette année sera consacré à l'histoire des principes immédiats contenus dans les êtres vivants, animaux et végétaux.

— *Collège de France.* — Les cours du second semestre de l'année scolaire 1883-1884 commenceront le 24 avril. Ils auront lieu dans l'ordre suivant :

M. Maurice Lévy, suppléant M. le professeur Bertrand, fera le cours de physique, les mardis et vendredis à une heure. Il traitera des principales théories optiques et électro-magnétiques de la lumière.

M. le professeur Mascart fera le cours de physique générale et expérimentale, les mardis et samedis, à dix heures et demie. Il traitera du magnétisme terrestre.

M. le professeur Schützenberger fera le cours de chimie minérale, les mardis et samedis, à une heure et demie. Il traitera de l'analyse chimique.

M. le professeur Berthelot fera le cours de chimie organique, les lundis et vendredis, à dix heures et demie. Il traitera divers points de philosophie chimique.

M. le professeur Brown-Séquard fera le cours de médecine, les mardis et samedis, à dix heures. Il traitera des modes d'influence

du système nerveux sur les propriétés et la nutrition des divers tissus.

M. le professeur Fouqué fera le cours d'histoire naturelle des corps inorganiques, les jeudis et samedis, à neuf heures. Il traitera des roches volcaniques au point de vue de leur âge.

M. le professeur Marey fera le cours d'histoire naturelle des corps organisés, les mardis et samedis, à trois heures. Il traitera du mécanisme de la locomotion.

M. le professeur Balbiani fera le cours d'embryogénie comparée, les mardis et samedis, à une heure et demie. Il exposera les travaux récents sur les premiers phénomènes du développement des vertébrés.

M. le professeur Ranvier fera le cours d'anatomie générale, les mardis et jeudis, à quatre heures. Il traitera des membranes muqueuses et du système glandulaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la phlébite rhumatismale, par le docteur Schmitt. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du rôle des entozoaires et en particulier des anchylostomes dans la pathologie des mineurs, par le docteur P. Fabre, médecin des forges de Commentry. Broch. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Étude sur les eaux potables et le plomb, par A. Hamon. 1 vol. in-12. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Le traitement de la fièvre typhoïde : Médication anti-thermique ; — Traitement par l'ergot de seigle ; — Traitement par le salicylate de soude. — ASILE DE SAINTE-ANNE. Les délirants chroniques et les dégénérés. — Myosite du muscle grand pectoral. — REVUE DE LA PRESSE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le traitement de la fièvre typhoïde (1).

Les indications posées par M. N. Gueneau de Mussy sont fondées sur ce que, ne pouvant atteindre directement le principe infectieux quand il s'est emparé de l'organisme, ni même l'arrêter dans son évolution, l'intervention du médecin doit se borner : 1° à placer le malade dans les conditions hygiéniques les plus favorables et les mieux indiquées par le caractère et les tendances de la maladie ; 2° à modérer les symptômes toutes les fois que leur intensité devient une souffrance ou un danger ; 3° à prévenir autant que possible les complications et à les combattre quand elles se présentent ; 4° à épier avec une attention vigilante toutes les fluctuations, toutes les manifestations d'un mal dont les allures peuvent changer d'une heure à l'autre sans qu'il soit possible, le plus souvent, d'apprécier la cause qui provoque ces changements ; dont les attaques peuvent se porter rapidement d'un organe sur un autre ou souvent en envahir plusieurs simultanément ; dans lequel, enfin, en quelques heures, l'affaissement peut succéder à la suractivité et l'indication de relever les forces de l'organisme par les stimulants les plus énergiques céder à celle d'en modérer l'excitation désordonnée.

Il faut ajouter que, dans cette maladie, la forme, les tendances, la gravité, peuvent varier selon chaque épidémie, selon chaque période et surtout selon les dispositions individuelles ; d'où autant d'indications qui agrandissent, en le rendant des plus difficiles, le rôle du médecin.

Nous ne suivrons pas M. Gueneau de Mussy dans l'exposé de tous les moyens hygiéniques et thérapeutiques destinés à remplir ces indications et qui font du traitement de la fièvre typhoïde l'un des plus complexes. Nous ne nous arrêterons que sur les appréciations qu'il fait des méthodes les plus récemment introduites dans la pratique et les plus discutées.

(1) Voyez *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 361.

Médication antithermique.

Voici quelle est l'opinion de M. N. Gueneau de Mussy sur la méthode antithermique ou réfrigérante.

De la longue discussion à laquelle il soumet la question de l'application du froid, bains, effusions et lotions, il déduit les contre-indications et les indications suivantes de cette méthode. Les contre-indications sont : la période avancée de la maladie, la grande faiblesse, l'épuisement des forces, les lésions du cœur et des gros vaisseaux, l'alcoolisme invétéré, la disposition au collapsus, la tuberculose, les pneumonies vraies, pleurésies avec épanchement, bronchites capillaires, enfin une diarrhée très abondante et la grande répugnance des malades pour l'eau froide.

L'emploi de l'eau froide et du bain froid en particulier lui paraît pouvoir être indiqué chez les sujets jeunes, bien constitués, avant le douzième jour de la maladie, s'ils présentent une fièvre très intense oscillant entre 39°,5 et 40 degrés, alors surtout que les rémissions matinales sont peu prononcées et que la maladie affecte les caractères d'une fièvre continue continente ; quand, en même temps, se manifestent des troubles nerveux graves : délire, coma, tressaillement des tendons, spasmes musculaires, etc., à la condition de ne jamais prolonger les bains froids jusqu'à la période algide et d'en surveiller avec vigilance le mode d'administration et les effets.

Chez les sujets très nerveux et moins résistants, M. Gueneau de Mussy préfère les affusions froides (d'après le procédé de Currie) ou le bain gradué ou les simples lotions souvent répétés avec une éponge imbibée d'eau froide.

La médication quinique ne justifie pas, aux yeux de M. Gueneau de Mussy, tous les éloges qu'on lui a accordés. Il l'a souvent employée, mais jamais à ces doses élevées et massives qui poursuivent la diminution de la chaleur. Il prescrit ordinairement la quinine dans les formes où les rémissions sont très accentuées, surtout quand un élément « malarique » se joint à la fièvre dothiénentérique.

Le salicylate de soude a été employé par M. Gueneau de Mussy dans la dothiénentérie, non point en visant spécialement l'hyperthermie, mais dans la pensée et l'espoir d'atténuer les accidents d'auto-infection qui surviennent dans les dernières périodes de la maladie, en un mot, comme antiputride. Il ne l'a jamais employé qu'à doses très modérées, dépassant très rarement deux grammes. Voici en quels termes notre éminent confrère résume son appréciation sur cet agent thérapeutique, sur ses effets et ses indications : « L'autorité de M. Vulpian, tout en fortifiant l'impression

(favorable) que m'avaient laissée mes propres observations, ne m'a pas encore convaincu de l'utilité qu'il peut y avoir à sortir de la réserve prudente, timide peut-être, dans laquelle je me suis renfermé jusqu'ici... Je reconnais sans doute l'importance de l'hyperthermie comme expression de la gravité de la maladie, bien qu'elle en soit une conséquence et un symptôme, j'admets qu'elle peut contribuer à l'altération de la structure organique et au trouble des fonctions. Cependant je ne la crois pas responsable de tous les méfaits qu'on lui a attribués et je ne pense pas qu'il faille la poursuivre avec des doses massives, à travers les dangers que ces doses peuvent faire courir... Ses effets toxiques nous indiquent une tendance, un summum d'action qui peuvent quelquefois, avec des doses ordinairement inoffensives, se réaliser sous l'influence de certaines prédispositions, de certaines susceptibilités individuelles, constitutionnelles ou développées par la maladie... Je m'en abstiendrai chez les alcooliques, chez les sujets affectés de troubles graves des fonctions cérébrales ou de troubles profonds de la respiration. Bien que l'action dépressive sur le centre circulatoire ne soit pas bien démontrée ou qu'elle soit, au moins, contestée, dans le doute j'éviterais d'en donner des doses un peu élevées quand l'action cardiaque est languissante et quand le myocarde est suspect de dégénérescence. Je crois que les doses massives, celles qui dépassent 4 et 6 grammes, doivent être, dans tous les cas, absolument repoussées, et je resterai habituellement dans ces doses de 1 à 3 grammes, regardées peut-être comme trop timides, mais qui me paraissent jusqu'ici avoir droit à ma reconnaissance. »

Traitement par l'ergot de seigle.

Tout le monde sait avec quel zèle, avec quelle persévérance M. le docteur Duboué se livre depuis vingt-cinq ans, presque sans relâche à l'étude des questions thérapeutiques. Nous avons fait connaître dans le temps quelques-uns des résultats intéressants de ses recherches expérimentales sur diverses applications de la quinine, sur celles de l'eau froide, de l'arsenic, du seigle ergoté, du tanin, etc. Dans sa dernière publication, il nous entretient des effets comparés des divers traitements de la fièvre typhoïde et de ceux produits en particulier par l'ergot de seigle. On connaît déjà cette méthode que M. Duboué a exposée dans plusieurs communications et publications précédentes. On sait qu'elle consiste à administrer aux typhiques de l'ergot de seigle fraîchement moulu, parfaitement pur et de bonne qualité, à la dose de 1gr,50 à 3 grammes par jour pour un adulte et de 40 centigrammes à 1 gramme pour les enfants de six à douze ans, doses susceptibles d'ailleurs d'augmentation ou de diminution suivant les effets obtenus, et qui, dans tous les cas, doivent toujours être fragmentées en quatre, six ou huit prises dans les vingt-quatre heures.

On sait aussi que cette médication est basée sur le fait physiologico-pathologique du ralentissement du cours du sang, dans la fièvre typhoïde, par suite de l'affaiblissement plus ou moins marqué des muscles cardio-vasculaires et sur la double indication de redonner incessamment au liquide sanguin la vitesse qui lui manque et de prévenir le développement de nouveaux désordres nutritifs en soumettant le plus possible les malades à leurs conditions normales d'alimentation. La première indication, sans laquelle la seconde ne serait pas réalisable, peut être remplie par plusieurs agents thérapeutiques jouissant tous, à des degrés variables, d'une même propriété excito-motrice. C'est le seigle ergoté qui a paru à M. Duboué jouir au plus haut degré de cette propriété.

Voici en quels termes M. Duboué résume les résultats obtenus par ceux de ses confrères qui en ont fait usage et par lui-même.

L'emploi méthodique de ce médicament a donné des succès remarquables dans des cas de la plus haute gravité. En envisageant l'ensemble des cas traités jusqu'au jour où il écrivait ces lignes, on avait eu 6 p. 100 de mortalité, et en n'ayant égard qu'aux seuls cas très graves, on atteignait à peine 24 p. 100 de mortalité; ou, en d'autres termes, plus des trois quarts des malades très gravement atteints ont guéri, après un traitement d'une durée, relativement courte, de trois à six semaines.

Peu de temps après la publication du travail de M. Duboué, dont nous venons de résumer les principales conclusions, M. le docteur Lardier (de Rambervillers) publiait une étude sur des recherches de même nature faites pendant le cours d'une épidémie, et il arrivait à la même conclusion générale, que l'ergot de seigle, sans être un spécifique, se montrait supérieur aux autres agents expérimentés dans ces derniers temps. Enfin, tout récemment, M. le docteur Maurice Notta (de Lisieux) et M. le docteur Amédée Chassagne, médecin-major, dans un travail actuellement en voie de publication, ont rendu un égal témoignage de leur pratique en faveur de la médication préconisée par M. Duboué. Ceci est à prendre en considération.

Traitement par le salicylate de bismuth.

M. le docteur H. Desplats, à qui l'on est déjà redevable de nombreuses recherches thérapeutiques sur l'action antipyrétique de divers composés de la série aromatique appliqués au traitement des maladies fébriles, notamment l'acide phénique, l'acide salicylique, le salicylate de soude, la résorcine, etc., vient de faire connaître dans une publication nouvelle les résultats qu'il a obtenus par l'emploi du salicylate de bismuth dans la fièvre typhoïde. Il l'a administré à vingt typhiques, soit en paquets dans du pain azyme, soit dans du sirop de gomme légèrement aromatisé, à la dose de 1 à 2 grammes suivant les cas; la quantité prise dans les vingt-quatre heures ayant été de 5 à 10 grammes.

Les effets obtenus ont été de deux sortes : effets immédiats et effets éloignés. Les effets immédiats, comparables à ceux que produisent l'acide phénique, la résorcine ou le salicylate de soude, ont été un abaissement de la température s'accompagnant d'une hyperémie très prononcée de la face et d'abondantes sueurs, et suivi d'un bien-être relatif.

Les effets éloignés ont été variables dans un premier groupe de faits au nombre de onze. Le salicylate de bismuth a eu une action abortive chez deux malades de ce groupe. Il y a eu une rechute qui a cédé au même moyen.

Dans un deuxième groupe comprenant quatre faits, le salicylate de bismuth n'a eu qu'une action modératrice.

Un troisième groupe comprend les faits, au nombre de cinq, où l'action de ce salicylate a été nulle.

Quel est le mode d'action du salicylate de bismuth? A-t-il une action antiseptique sur les matières contenues dans l'intestin et par-là s'oppose-t-il à l'auto-infection? A-t-il en même temps une action sur les ferments pyrétogènes qui se trouveraient dans le sang et dans certains viscères? Agit-il ainsi, au contraire, sur l'axe gris de la moelle et

particulièrement sur le centre modérateur de la chaleur ?

M. Desplats ne se croit fondé à répondre à aucune de ces questions. Deux faits seulement lui paraissent résulter de ses observations cliniques et des expériences de laboratoire : c'est que le salicylate de bismuth, en dehors de l'organisme, agit puissamment sur les ferments organisés et que, administré à des typhiques, dans la moitié des cas au moins, il modère et arrête en quelques jours, les divers phénomènes fébriles. Il pense qu'il existe un lien étroit entre ces deux faits et que l'abaissement de température et la disparition des divers phénomènes fébriles s'expliquent par l'action antiseptique du salicylate de bismuth sur le contenu de l'intestin et les diverses parties ulcérées de la muqueuse intestinale.

Cela n'est encore aux yeux de M. Desplats qu'une hypothèse ou une interprétation qui se trouverait d'accord avec les travaux de Kiebs et de Eberth sur les bacilles de la fièvre typhoïde.

C'est, du reste, un point sur lequel nous reviendrons, car cela nous conduira à ce que nous croyons être le vrai joint de la question à la fois étiologique et thérapeutique de la fièvre typhoïde, et ce qui sera la conclusion de cette étude.

ASILE DE SAINTE-ANNE. — M. MAGNAN.

Les délirants chroniques et les dégénérés (1).

(Leçons recueillies par le docteur Jules RESPAUT, interne des asiles d'aliénés de la Seine.)

II

Examiné au point de vue cérébral, le dégénéré présente les anomalies les plus bizarres, les plus étranges, qui souvent font de lui un être ridicule, et d'autres fois le poussent à des actes dramatiques.

Déjà, dans cette sorte de nullité cérébrale de l'idiot, il n'est pas rare de remarquer une faculté qui surnage et qui paraît d'autant plus saillante que tout le terrain qui l'entoure est complètement affaissé. On connaît l'idiot savant, l'idiot écho, l'idiot musicien, l'idiot calculateur, etc., etc.

L'imbécile et le faible d'esprit ont souvent des impulsions au vol, à maltraiter les animaux, à allumer des incendies.

Chez l'héréditaire, à côté de cette puissance intellectuelle qui parfois nous étonne, se révèlent de profondes lacunes. Ici, les exemples abondent. Un médecin ne peut s'empêcher de collectionner les montres de ses clients, et sa femme est forcée de les restituer en cachette. Un magistrat dépense autant d'habileté qu'un voleur de profession à prendre des couverts dans les maisons où il est invité. Une dame d'une intelligence et d'une instruction peu communes ne peut résister à l'impulsion de voler des parapluies et des manteaux dans les magasins. Un négociant est mis dans une telle angoisse par la recherche prolongée d'un nom, qu'il voyage continuellement avec un *Bottin* sous le bras pour éviter d'avoir à chercher le nom de ses clients. Un substitut a tellement peur du feu qu'il passe les nuits entières à chercher des allumettes sur les tapis de son appartement. Une dame, membre des plus militants de la ligue antivivisectionniste, s'évanouit quand elle entend un coup de fouet, tant elle plaint les animaux, et va elle-même atteler un cheval rétif, rudoyé par son maître, jusqu'à ce qu'elle l'ait dompté par la douceur.

A côté de ces impulsions tellement grotesques que le malade n'ose pas les avouer, il en est de redoutables et qui peuvent amener des actes sanglants. Un père est poussé à tuer son fils. Un malade est forcé de s'enfuir pour éviter de tuer sa femme pour laquelle il a la plus tendre affection ; un autre finit par se suicider. On connaît l'histoire de la bonne de Humboldt qui, en voyant la peau de l'enfant de son maître quand elle le déshabillait, se sentait irrésistiblement poussée à l'égorger.

Ce sont ces anomalies cérébrales qui, sous le nom de monomanies, ont été élevées jusqu'à l'importance d'espèces pathologiques distinctes. Elles ne sont pourtant que de simples phases séméiologiques intervenant dans le cours d'une maladie, passant, revenant, s'enchevêtrant de telle façon qu'un même malade peut être, par exemple, kleptomane, plus tard pyromane, plus tard encore avoir des impulsions homicides et suicides.

Ces monomanies sont des *syndromes épisodiques*. A ceux qui ont été décrits par certains auteurs, on peut en ajouter beaucoup d'autres, sans prétendre les épuiser complètement, et on peut les énumérer ainsi qu'il suit, en allant des formes mieux connues à celles moins connues :

1° Folie du doute ;

2° Agoraphobie, claustrophobie, topophobie (pour des espaces) ;

3° Dipsomanie, impulsion à boire, à rechercher les liquides excitants ;

4° Pyromanie (manie du feu) ;

5° Kleptomanie (manie du vol) ;

6° Impulsions homicides et suicides ;

7° Belonéphobie (peur des épingles) ;

8° Onomatomanie (manie du nom et du mot) ;

9° Arithmomanie (manie du chiffre) ;

10° Amour exagéré des animaux (antivivisectionnistes).

Les anomalies sexuelles sont si fréquentes et encore si confuses qu'il est bon d'en faire une classification qui permette de mieux les étudier. Nous basant sur l'anatomie et la physiologie de l'acte génésique, nous distinguons :

1° *Les spinaux.* — Ici le réflexe est simple, le centre génito-spinal de Budge est seul en jeu (onanisme chez l'idiot complet) ;

2° *Les spinaux cérébraux postérieurs.* — Ici le premier réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. Une malade a un spasme vénérien à la vue d'un homme quelconque, vieux ou jeune, beau ou laid (acte purement brutal) ;

3° *Les spinaux cérébraux antérieurs.* — Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure. C'est un sentiment, une idée, un penchant, qui peuvent être lésés. Un jeune homme entre en érection en voyant une tête de vieille femme coiffée d'un bonnet, et cette image grotesque finit par prendre un tel empire sur sa fonction génésique que la première nuit de ses noces, se refusant à l'évoquer, il reste frigide ;

4° *Les psychiques.* — Ce sont les érotomanes, les extatiques ; ils sont aussi inutiles que l'idiot qui se masturbe. Un jeune homme vit dans la chasteté absolue ; son amour, c'est Myrtho qui s'est réfugiée dans une étoile, et il brûle de l'encens à Myrtho.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 avril 1884.

Nous n'avons fait qu'esquisser rapidement ce tableau des perversions sexuelles, sur lesquelles nous nous proposons d'ailleurs de revenir.

Le dégénéré n'est pas, à proprement parler, un vésanique. Peut-il le devenir? Sans doute, et le cas est fréquent. Il faut écarter, bien entendu, l'idiot, dont l'activité cérébrale est trop infime. Le dégénéré a-t-il un délire particulier? Oui, et lorsqu'il est entré dans le domaine de la folie, on peut encore le reconnaître en s'en tenant simplement à ses manifestations délicates. Son délire a une physionomie particulière. Il est bizarre, désordonné, rebelle à toute loi évolutive. Chez lui, il n'y a pas de période d'incubation; les idées de persécution et de grandeur éclatent d'emblée, sans se succéder; elles surgissent pêle-mêle, formant un mélange inextricable. Chez lui, il n'y a donc pas cette régularité, cette évolution lente qui nous avait frappés chez le délirant chronique.

Le pronostic que nous avons vu, chez ce dernier, devenir de plus en plus grave à mesure qu'on s'approchait de la quatrième période (démence), n'a pas la même marche chez le dégénéré. Celui-ci peut se présenter sous les dehors d'un *ambitieux* et même d'un *dément* et guérir de cette poussée délirante.

On voit donc quelles profondes différences séparent l'aliéné chronique du dégénéré délirant; on peut les résumer en disant que si le premier est le *régulier* du délire, le deuxième en est l'*irrégulier*.

Cette étude nous montre, pour nous en tenir aux faits les plus nets, que dès à présent on doit établir deux grandes classes d'aliénés : 1° les délirants chroniques; 2° les dégénérés.

MYOSITE DU MUSCLE GRAND PECTORAL

Par M. le docteur Fouque, médecin de première classe de la marine, à bord de l'*Infernet*.

Depuis le percement de l'isthme de Suez, les marines des diverses puissances, frappées des graves inconvénients qu'il y avait à employer des Européens pour alimenter les feux des chaudières des bâtiments à vapeur qui traversent la mer Rouge, engagent à Port-Saïd et à Aden, pour la durée de la traversée, un certain nombre d'Arabes indigènes, que leur habitude de vivre dans ces climats torrides rend plus aptes à ce rude travail.

Appelé, vers la fin du mois d'octobre 1883, à remplir dans la mer Rouge une mission de deux mois environ de durée, le croiseur de guerre l'*Infernet* avait dû engager une douzaine d'Arabes pris à Port-Saïd, pour servir en qualité de chauffeurs.

L'un d'eux, Ahmed Hassa, âgé de quarante-six ans, natif de Damiette, d'une constitution athlétique et d'une excellente santé habituelle, après avoir travaillé pendant trois semaines devant les feux, ressentit, le 3 décembre 1883, dans la profondeur de la région pectorale droite, une douleur fixe dont il ne se plaignit pas tout d'abord.

Pendant vingt jours il continua à travailler, bien qu'il souffrît chaque jour davantage. Enfin le 27 décembre, à bout de forces, il se décida à venir à ma visite.

Voici ce que je constatai :

Attitude exprimant la souffrance. Affaiblissement et amaigrissement extrêmes; fièvre continue; absence complète d'appétit et de sommeil; gonflement dur, sans mobilité ni élasticité, de la région pectorale droite, beaucoup plus marqué le long du bord externe et inférieur du muscle grand pectoral, où il forme comme un gros bourrelet.

La peau de la région est chaude, mais elle n'a pas changé de couleur. Il y a un peu d'empâtement. Les mouvements d'élévation du membre supérieur sont possibles, bien que très douloureux, mais l'adduction ne peut avoir lieu. La pression de la main sur la partie exaspère les douleurs.

Du 27 décembre au 3 janvier les symptômes précédents s'accusèrent davantage. La partie tuméfiée acquit une dureté de bois.

A cette époque je ne pensais pas à une myosite, mais à un phlegmon sous-pectoral. Aussi je me préoccupais surtout de la fluctuation. Or celle-ci était impossible à percevoir.

Le 4 janvier, bien que les signes ordinaires de la formation du pus ne pussent être appréciés d'une façon certaine, je crus pouvoir tirer du gonflement et de l'empâtement des parties des indications suffisantes pour affirmer l'existence de ce liquide, qui, suivant toute apparence, devait être profondément situé entre les deux muscles pectoraux ou sous le petit pectoral. Toutefois, avant d'en venir à l'incision, j'essayai de faire en divers points de la partie tuméfiée des ponctions exploratrices, soit à l'aide de la seringue de Pravaz, soit à l'aide du trocart explorateur.

N'en ayant obtenu aucun résultat, malgré la profondeur à laquelle je pénétrai, je pratiquai le long du bord externe et inférieur du grand pectoral, à quatre travers de doigt au-dessous de la base de l'aisselle, une incision longitudinale de 3 centimètres de long. Arrivé sur l'aponévrose superficielle du grand pectoral, je la divisai également, m'attendant à voir immédiatement sortir le pus. Il n'en fut rien.

Je séparai alors un peu les fibres musculaires du grand pectoral de l'aponévrose profonde et j'y fis glisser l'explorateur de manière à atteindre le milieu de la face profonde du muscle.

Cette tentative n'étant pas plus heureuse que les autres, je plongeai le trocart explorateur à travers l'aponévrose et les fibres du petit pectoral jusqu'au delà de l'aponévrose profonde de ce muscle. Le pus ne sortit pas davantage.

Enfin le malade, quoique très énergique, ne voulant pas se soumettre à une plus longue exploration, je me bornai à maintenir écartées les lèvres de l'incision, en y plaçant quelques brins de charpie cératée et à faire appliquer un large cataplasme sur le thorax, bien convaincu que le foyer purulent ne tarderait pas à se faire jour au dehors.

5 *janvier*. — Si l'incision de la veille n'a pas répondu à mes espérances, au point de vue de l'évacuation du pus, elle a eu du moins l'avantage de calmer la douleur et d'amener une détente sensible dans les symptômes généraux.

6 *janvier*. — Même état.

7 *janvier*. — Il s'est écoulé par la plaie une certaine quantité de sérosité jaunâtre et sans mélange de pus. Celle-ci a augmenté le lendemain et le surlendemain dans une proportion telle qu'il a fallu renouveler le pansement toutes les trois ou quatre heures.

En même temps, la tuméfaction et l'induration diminuèrent d'étendue en se ramassant vers le centre de la région pectorale.

10 *janvier*. — L'écoulement de la sérosité commence à diminuer. Les caractères du liquide sont toujours les mêmes. Les douleurs sont nulles. L'état général s'améliore de jour en jour.

Pendant la semaine suivante, les parties recouvrent peu à peu leur souplesse et le membre supérieur ses mouvements.

Enfin, le 18 janvier, le malade, entièrement rétabli, reprend son service dans la machine.

La qualification de myosite, que j'ai donnée à l'affection dont je viens de présenter l'observation, n'est peut-être pas précisément celle qui lui convient. C'est, cependant, celle qui m'a paru la plus vraisemblable.

Je n'ai jamais vu de phlegmasie externe se terminer par un écoulement de sérosité, et un écoulement aussi considérable. Jusqu'au moment où celle-ci s'est montrée, j'ai cru à un phlegmon sous-pectoral. Peut-être la sérosité se serait-elle transformée en pus, si j'avais laissé l'affection suivre son cours naturel. L'examen microscopique, si j'avais pu le faire, eût sans doute levé toute incertitude à cet égard.

D'un autre côté, la présence de cette sérosité, dont je ne

trouve pas la justification dans les descriptions des auteurs que j'ai actuellement sous la main, m'avait conduit à rechercher son origine dans un épanchement pleurétique consécutif à une pleurésie contractée par ce chauffeur, à la faveur des répercussions sudorales auxquelles sa profession l'expose.

Un épanchement séreux, né dans ces conditions, chez un homme astreint à un travail exceptionnellement pénible, qu'il n'a pas suspendu bien que déjà malade et débilité par la fièvre, la diète, l'insomnie, obligé en outre de vivre pendant dix à douze heures par jour dans une atmosphère surchauffée, ne peut-il avoir déterminé sur un point de la séreuse pleurale, à l'occasion des grands efforts que son travail exige, soit un processus ulcératif, soit une éraillure par laquelle aurait eu lieu l'issue du liquide de l'épanchement ; et son extravasation dans le tissu cellulaire extra-thoracique, d'où seraient résultées une irritation locale et ses conséquences?

J'avoue que je ne suis guère en mesure de discuter cette question, n'ayant pas assisté au début de la maladie, et n'ayant rien trouvé non plus dans la poitrine du malade au moment où je l'ai vu.

Je dois borner là mon argumentation et soumettre le fait à l'appréciation de vos lecteurs.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement du genu valgum de l'enfance. — Dans un nouveau mémoire sur cette question, M. le docteur Beauregard (du Havre) discute, en les comparant entre eux, les deux méthodes proposées contre le genu valgum de l'enfance, c'est-à-dire l'ostéoclasie, adoptée surtout par les chirurgiens français, et l'ostéotomie « qui ne se pratique guère qu'à l'étranger ». L'ostéotomie chez les enfants est-elle plus dangereuse que l'ostéoclasie? Si non, n'est-il point certaines raisons qui devraient en faire une méthode de choix? Telles sont les deux questions auxquelles l'auteur a voulu répondre, dans son travail, par des faits et des arguments, en rapportant avec détail l'observation de seize opérations pratiquées sur onze enfants.

En résumé, M. le docteur Beauregard conclut de la manière suivante : Nous ne prétendons pas bannir de notre pratique l'ostéoclasie soit manuelle, soit mécanique; mais, dans le cas particulier qui nous occupe, c'est-à-dire le genu valgum de l'enfance, nous pensons que l'ostéoclasie manuelle permettant le redressement brusque sans anesthésie préalable, il y a avantage à y recourir chez les enfants, quand les os sont mous et peu déformés. Pour le genu valgum compliqué ou simple très prononcé, nous préférons l'ostéotomie à l'ostéoclasie, même chez l'enfant, parce qu'on ne risque point davantage, — peut-être même moins, — et qu'on sait mieux ce que l'on fait. (*Archives générales de médecine.*)

Chancre syphilitique du sein. — Il arrive souvent que les chancres extra-génitaux n'ont pas de physionomie particulière qui permette de les reconnaître aisément. Ce fait est important surtout pour le chancre syphilitique du sein qui, dans cette région, passe souvent inaperçu. Aussi peut-on dire que lorsqu'une malade présente au niveau du sein une affection de nature douteuse semblable à de l'eczéma, mais qu'elle n'est ni nourrice ni galeuse, et surtout si cette lésion siège sur un seul sein, on doit toujours penser à la possibilité d'un chancre infectieux. C'est ainsi que M. Besnier a insisté récemment sur ce fait à propos d'une malade qui avait été traitée en ville pour un eczéma simple, et qui, en réalité, était atteinte d'un chancre syphilitique.

Quand elle entra à l'hôpital, elle présentait une roséole très abondante et d'autres accidents secondaires. Il est remarquable, en effet, que, dans des cas de ce genre, la généralisation se fait très rapidement, et l'on constate presque toujours l'apparition de la roséole avant que le chancre ait terminé son évolution. Il y a donc un inconvénient des plus sérieux à méconnaître l'accident initial, des cas de ce genre exigeant un traitement actif dès le début. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*)

De l'arrachement du bras. — Sous ce titre, M. le docteur Fr. Guermonprez a publié un travail original dans lequel il étudie surtout le mécanisme de ces lésions et le traitement à intervenir dans ces vastes délabrements, heureusement fort rares. Huit observations sont rapportées avec détail dans son mémoire : l'une d'elles, due à notre regretté maître Huguier, a été publiée ici même dans le numéro du 25 novembre 1854.

Voici les conclusions thérapeutiques que l'auteur croit pouvoir tirer de ces observations :

1° L'amputation n'est pas indiquée ; les faits de guérison, sans amputation proprement dite, en sont la preuve ;

2° Il suffit parfois d'appliquer sur la plaie un lambeau de peau ;

3° Il est le plus souvent indiqué de régulariser la plaie par la section des nerfs et des autres parties molles et par la suppression d'une certaine portion de squelette. La suture peut être essayée sans danger ;

4° Lorsque le fragment supérieur est fracturé jusque dans l'articulation placée au-dessus, il est indiqué de faire plus qu'une régularisation et de pratiquer la désarticulation. (*Journal des sciences médicales de Lille.*)

Rhumatisme et impaludisme. — Les longues recherches de M. le docteur Bertholon, médecin aide-major de première classe, sur la parenté existant entre le rhumatisme et l'impaludisme, les nombreuses statistiques qu'il a réunies dans ce travail et la comparaison de la pathologie de l'indigène à celle de l'immigré l'ont conduit à émettre les conclusions générales qui suivent :

A. — Chez l'indigène : 1° Partout où les conditions climatologiques font paraître des affections paludéennes, on observe simultanément des affections rhumatismales ; 2° les affections rhumatismales, comme les affections paludéennes, ont, d'une façon générale, une gravité croissante du pôle à l'équateur ; 3° tout semble prouver que le tétanos n'est qu'une forme de rhumatisme articulaire.

B. — Chez l'immigré : 1° L'émigration dans une zone plus froide accroît peut-être la fréquence, mais non la gravité des affections rhumatismales. Elle diminue aussi la gravité des affections paludéennes ; 2° l'émigration dans une zone plus chaude augmente la fréquence et la gravité du rhumatisme, si le pays n'est pas paludéen. Le pays est-il paludéen? le rhumatisme disparaît de la pathologie de l'immigré, il fait place aux manifestations telluriques ; 3° la fréquence et la gravité des accidents paludéens ne varient ni avec la latitude, ni avec la température du lieu. Leur répartition est des plus variées, pour un même groupe d'immigrés. Elle semble dépendre des circonstances topographiques et météorologiques de la région observée.

C. — Pathologie comparée : 1° L'indigène subit, avec une sensibilité presque égale, les atteintes de l'humidité de l'air (l'immigré contracte, de préférence, sous cette action, des affections paludéennes ; l'indigène, des affections rhumatismales); 2° les indigènes d'un pays malsain doivent leur immunité à leur aptitude à contracter, de préférence, des rhumatismes ou de légères affections paludéennes ; 3° ces relations intimes de fréquence, de gravité et de distribution géographique du rhumatisme et de l'impaludisme doivent les faire considérer comme deux groupes très voisins, sinon comme *les manifestations d'un même état pathologique.* Dans un même milieu, selon les variations d'action des agents météorologiques, on suit les transformations successives, dans la pathologie locale, du rhumatisme en accidents paludéens de plus en plus marqués.

D. — Influence climatérique : 1° L'humidité de l'air, par l'intensité de l'absorption calorifique qu'elle exerce, est d'ordinaire la cause déterminante de ces affections ; 2° les autres éléments du climat, par leur action sur l'organisme, ne sont que des agents de

préparation. Selon l'état de tonicité ou de dépression qu'ils déterminent sur lui, les troubles que peut occasionner l'humidité de l'air ne revêtent pas la même physionomie; 3° comme d'une part l'action associée des divers éléments climatériques forme des combinaisons variant à l'infini, que d'autre part la dissemblance des constitutions n'est pas moins variable, il se trouve que les manifestations de cette action revêtent un aspect protéiforme. (*Lyon médical.*)

Traitement du zona. — Dans le cas de zona avec ulcération, tendance au sphacèle et irritation vive de la peau, le liniment oléo-calcaire, comme dans les brûlures, constitue un bon mode de pansement pour atténuer les douleurs. M. Besnier y ajoute un peu d'acide borique. La formule qu'il emploie est la suivante :

Liniment oléo-calcaire	500 grammes
Acide borique	0,50

(*Journal de médecine et de chirurgie pratique.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Traitement des anévrysmes. — M. TRÉLAT communique deux observations de guérison d'anévrysme, l'un par la ligature, l'autre par la compression de la fémorale.

Dans le premier cas, il s'agit d'un anévrysme poplité diffus qui a été guéri par la ligature de la fémorale à distance du foyer de l'anévrysme. Un homme de cinquante ans, vigoureux, bien portant, sans antécédents syphilitiques ni alcooliques, fait, en 1877, une chute sur le genou. Quelques mois après, léger œdème du mollet gauche. En 1878, un an après la chute, un nouvel examen révèle l'existence, dans le creux poplité, d'une tumeur présentant tous les signes d'un anévrysme. Le malade, à cette époque, pendant une courte promenade, manque le trottoir et il se produit un mouvement d'extension brusque; dès le soir même il est condamné au repos. M. Trélat pense que c'est à cette circonstance qu'il faut attribuer la transformation de l'anévrysme en anévrysme diffus. Aussi le lendemain matin entre-t-il à la maison Dubois, dans le service dirigé alors par M. Pozzi.

Une compression bien faite, bien conduite, est aussitôt prescrite, soit par la bande d'Esmarch, soit par les doigts. Sous l'influence de la compression digitale, il se produit une petite escarre. Tous les essais de compression, soit directe, soit indirecte, restent sans succès. M. Broca, appelé en consultation, diagnostique, comme M. Trélat, un anévrysme diffus; il conseille d'essayer de nouveau la compression. Celle-ci demeurant toujours inefficace, M. Trélat se décide à pratiquer, le 28 décembre, la ligature de la fémorale à la partie inférieure du triangle de Scarpa. La ligature est pratiquée avec une soie phéniquée. La guérison a été rapide et complète.

Dans le second cas, il s'agit d'un enfant de quinze ans qui, ayant fait une chute, tenant dans sa main un couteau ouvert, se blessa, eut une hémorragie très sérieuse, à la suite de laquelle il se produisit un anévrysme artérioso-veineux, dont la guérison a été obtenue, après diverses tentatives de compression directe ou indirecte restées sans résultat, par la compression directe en trois séances d'une à deux heures chacune. La guérison s'est confirmée.

M. PAMARD (d'Avignon) communique également un cas de guérison d'un anévrysme. Il s'agit d'un ouvrier mineur, âgé de trente et un ans, qui était atteint d'un anévrysme de la fémorale gauche au niveau de l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur. Cet homme, en mangeant, s'était enfoncé la pointe d'un couteau dans l'aine gauche; il y avait eu une hémorragie assez considérable, puis cette plaie s'était très bien guérie. Depuis, il s'est formé un anévrysme. Toutes les tentatives de traitement, y compris la compression digitale exercée pendant cinq heures et demie sont restées sans résultat. C'est pourquoi M. Pamard se décida à pratiquer la ligature de la fémorale. Cette opération a été suivie d'une guérison définitive. Il avait été fait deux ligatures, puis la section de l'artère entre les deux ligatures; drainage, pansements antiseptiques, guérison très rapide et qui depuis s'est maintenue.

Ablation de l'astragale. — M. OLLIER (de Lyon) fait une communication sur ce sujet. A l'aide d'un grand nombre de faits, il s'applique à démontrer que cette opération n'a pas d'inconvénients au point de vue fonctionnel, qu'elle est d'une exécution facile, qu'elle permet de se rendre un compte bien exact de l'importance et de l'étendue des lésions, qu'enfin elle a jusqu'ici donné d'excellents résultats, surtout chez les enfants et les adolescents. Chez les adultes, l'amputation du pied est préférable.

Névrite traumatique. — M. GUERMONPREZ (de Lille) lit un travail sur le diagnostic de la névrite traumatique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du 23 avril et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes qui se sont distinguées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies pendant l'année 1882 :

Médaille d'or. — M. le docteur Manouvrier (de Valenciennes).

Rappels de médailles d'or. — MM. les docteurs Mignot (de Chantelle); Paris (de Versailles); Pilat (de Lille).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Barbarin (de Briançon); Bardy (de Belfort); Castang, médecin en chef de la marine; Amédée Chassagne, médecin-major de première classe; Decool (d'Hazebrouk); Dionis des Carrières (d'Auxerre); Fichot (de Nevers); Jablonski (de Poitiers); Pujos (d'Auch); Vauthier (de Troyes).

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Eude, médecin-major; Geschwind, médecin-major de première classe; Grollemund (de Saint-Dié); Lardier (de Rambervillers); Mauricet (de Vannes); Pennetier (de Rouen); Pestel (de Saint-Chartier); Ripoli (de Toulouse); Sorel, médecin-major de première classe; Villard (de Guéret).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs J. Blanc fils (d'Albertville); Bréhier (de Dinan); Cabanié, médecin-major de deuxième classe; Caradec fils (de Brest); Cavaillon (de Carpentras); Challan de Belval, médecin-major de première classe; Dussaud (de Nîmes), Le Garrec (de Plouay); Gally (de Bar-le-Duc); Grellet (de Minat); Heulhard-Darcy (de Clamecy); Moty, médecin-major; Stutel (de Saint-Dié); Paul Cagny, médecin-vétérinaire à Senlis.

— Par arrêté du 23 avril et sur la proposition de l'Académie de médecine, le ministre du commerce vient de décerner les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées qui se sont le plus particulièrement distinguées par leurs travaux spéciaux sur le service des eaux minérales pendant l'année 1881 :

Médaille d'or. — M. le professeur Edmond Willm (de Lille).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Coignard, inspecteur des eaux de Cusset; Collin, inspecteur des eaux de Saint-Honoré; Dupourqué, inspecteur des eaux de Salies-de-Béarn.

Rappels de médailles d'argent. — MM. les docteurs Bouyer, inspecteur des eaux de Cauterets; Laissus, inspecteur des eaux de Salins (Savoie); Philbert, inspecteur des eaux de Brides.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Lafosse, inspecteur des eaux de Vals; Mabboux, médecin-major à l'hôpital thermal militaire de Bourbonne-les-Bains.

Rappel de médaille de bronze. — M. le docteur Souligoux (de Vichy).

— Une subvention de 2,500 francs a été votée par le Conseil municipal, dans sa séance d'avant-hier mercredi, en faveur de la clinique nationale ophtalmologique instituée à l'hospice des Quinze-Vingts.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Lalanne, député de Libourne, qui vient de succomber à l'âge de cinquante-sept ans.

— L'Académie de médecine de Belgique vient de mettre au concours les deux questions suivantes :

1° Déterminer expérimentalement l'influence que la dessiccation, employée comme moyen de conservation, exerce sur les médicaments simples du règne végétal. Le prix est d'une valeur de 600 francs. Les travaux doivent être envoyés avant le 1er juillet 1885.

2° Action physiologique des soustractions sanguines tant locales que générales, leurs indications et contre-indications dans le traitement des maladies. La valeur du prix est de 1,500 francs. Le concours sera clos le 31 décembre 1885.

— M. le docteur Castex, prosecteur, fera, avec le concours de six aides d'anatomie, à l'École pratique, dans le pavillon n° 7, sa première démonstration d'exercices opératoires, le lundi 28 avril 1884, à une heure précise, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16112.

Nº 50. — MARDI 29 AVRIL 1884. 57e ANNÉE. MARDI 29 AVRIL 1884. — Nº 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. L'ataxie héréditaire. — Hôpital de la Charité. Hypertrophie de la prostate. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

L'ataxie héréditaire.

Le cas pathologique que je vais vous présenter est quelque peu nouveau, singulier, et se rattache à un groupe auquel on a donné le nom de maladie de Freerichs, c'est-à-dire du médecin d'Heidelberg, mort il y a peu d'années, et qui l'a le premier décrite.

Qu'est-ce donc que ce groupe pathologique ? Cliniquement, il est l'intermédiaire entre l'ataxie locomotrice progressive proprement dite et la sclérose en plaques, et présente à la fois certains symptômes de l'une et l'autre maladie ; tandis que, histologiquement parlant, la lésion n'est ni celle de l'ataxie ordinaire ni celle de la sclérose en plaques, mais bien une lésion spinale particulière.

Examinons donc comparativement ce que sont ces trois maladies au point de vue clinique, c'est-à-dire la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice proprement dite et la nouvelle maladie de Freerichs.

La sclérose en plaques, étiologiquement, a toujours été considérée comme une affection des adultes (vingt, vingt-cinq, trente ans) ; aujourd'hui l'on reconnaît qu'elle peut aussi atteindre les enfants. En effet, j'ai recueilli dans les auteurs étrangers 20 cas appartenant à des sujets de trois, quatre, cinq et quatorze ans. L'ataxie locomotrice proprement dite n'apparaît guère avant vingt-cinq ou trente ans. A vingt ans, elle est déjà rare. Les individus atteints de la maladie de Freerichs ou ataxie héréditaire, au contraire, sont des enfants ou de jeunes adolescents.

Au point de vue de l'hérédité, nous avons peu de renseignements sur la sclérose en plaques ; nous savons seulement qu'elle appartient à la grande famille neuropathologique, c'est-à-dire qu'elle se développe sur des sujets atteints de maladie nerveuse, et qu'il n'est pas rare de l'observer chez des enfants d'un même lit, en un mot qu'elle présente le fait d'hérédité indirecte. Ce même caractère d'hérédité indirecte par transformation se retrouve dans l'ataxie locomotrice progressive, où il n'est pas rare de voir plusieurs enfants d'un même lit en être atteints. Quant à la maladie de Freerichs, on l'appelle, comme nous le disions tout à l'heure, l'ataxie héréditaire, et cependant elle ne l'est pas plus que les deux autres. En effet, les sujets qu'elle frappe proviennent de parents dont les membres sont atteints de maladies nerveuses diverses. Pourtant, ici, il y a un fait très remarquable : Les 20 observations d'ataxie héréditaire publiées par celui qui lui a donné son nom appartiennent seulement à quatre ou cinq familles, c'est-à-dire que cette maladie atteint, dans une même famille, un grand nombre d'enfants. Nous trouvons aussi dans les publications de la Société clinique de Londres, pour l'année 1881, le fait suivant, qui est très instructif : mère choréique, père albuminurique, un frère du père albuminurique également, un second frère aliéné ; le père et la mère ont neuf enfants : le premier, homme de trente-neuf ans, ataxie héréditaire ; le second, fille morte à dix ans de... ? ; le troisième, homme de trente-cinq ans, rien ; le quatrième, homme de trente-trois ans, rien ; le cinquième, fille de vingt-neuf ans, ataxie héréditaire ; le sixième, homme de vingt-six ans, rien ; le septième, homme de vingt-trois ans, ataxie héréditaire ; le huitième, garçon de dix-neuf ans, ataxie héréditaire ; le neuvième, garçon de dix-huit ans, ataxie héréditaire. Soit cinq enfants sur neuf atteints de cette maladie. N'est-ce pas là une singularité curieuse qui fait rentrer cette affection dans le groupe neuro-musculaire ?

Passons maintenant à l'évolution et au pronostic.

La sclérose en plaques n'a pas une marche progressivement fatale, mais elle présente des rémissions et des temps d'arrêt pouvant simuler parfois une véritable guérison, guérison qui n'est généralement que temporaire. Elle peut aussi, cependant, rétrograder, s'amender. — L'ataxie locomotrice proprement dite, au contraire, a une marche progressive, fatale, et une terminaison également fatale, et s'il y a parfois des temps d'arrêt, ils sont rares. Quant à la guérison, je ne l'ai jamais observée. — L'ataxie héréditaire, cette fois, se rapproche plutôt de l'ataxie locomotrice proprement dite, en ce sens que, comme cette dernière, elle ne rétrograde jamais, sa marche est progressive, son évolution est fatale ainsi que sa terminaison.

Si maintenant nous étudions comparativement les trois maladies entre elles, au point de vue de la symptomatologie, nous vous rappellerons, pour l'ataxie locomotrice, le tableau des phénomènes spinaux, céphaliques ou bulbaires, viscéraux, et des troubles trophiques qui la caractérisent. Je vous rappellerai aussi les douleurs fulgurantes qui lui sont absolument propres.

Dans la sclérose en plaques, on observe des troubles du mouvement dans les membres supérieurs, caractérisés par

des oscillations rythmées, tandis que dans l'ataxie les troubles de la coordination ne sont pas rythmés; il en est de même de l'ataxie héréditaire. Du côté des membres inférieurs, dans la sclérose en plaques, on constate une exagération du réflexe rotulien, de la paraplégie spasmodique, la rigidité des membres; dans l'ataxie locomotrice, de même que dans l'ataxie héréditaire, il y a au contraire abolition des réflexes, station debout et marche difficiles. Voilà pour les symptômes spinaux. Quant aux phénomènes bulbaires ou céphaliques, dans la sclérose et dans l'ataxie héréditaire, il existe presque constamment du nystagmus, ce que l'on n'observe pas dans l'ataxie locomotrice. Dans la sclérose, la parole est embarrassée, scandée, parfois presque inintelligible comme dans l'ataxie héréditaire, ce qui n'a pas lieu dans l'ataxie locomotrice, à moins que celle-ci ne se complique de paralysie générale progressive. Les phénomènes oculaires, qui jouent un si grand rôle dans l'ataxie locomotrice, ne se rencontrent ni dans la sclérose ni dans la maladie de Freerichs. Dans l'ataxie locomotrice, on observe de bonne heure des phénomènes viscéraux, souvent même c'est par eux que la maladie débute pour ainsi dire; dans la sclérose et dans l'ataxie héréditaire, il n'en existe pas; et si parfois la vessie est affectée dans la sclérose, ce n'est qu'accidentellement.

Les troubles trophiques qui sont caractéristiques de l'ataxie locomotrice, tels que l'atrophie musculaire, les lésions osseuses, articulaires, etc., ne se rencontrent jamais dans l'ataxie héréditaire non plus que dans la sclérose; dans cette dernière affection, quelquefois il existe un peu d'atrophie musculaire.

En résumé, cliniquement, l'ataxie héréditaire est une maladie intermédiaire à l'ataxie locomotrice proprement dite et à la sclérose, empruntant seulement à l'une et à l'autre quelques-uns de leurs symptômes, et s'en distinguant absolument, d'autre part, par l'absence d'un certain nombre de phénomènes inhérents à l'une ou à l'autre de ces deux affections. Quant à l'anatomie pathologique de l'ataxie héréditaire, telle qu'elle résulte des sept ou huit autopsies qui ont pu être faites, sur 20 cas observés, elle est complètement distincte de la sclérose et de l'ataxie locomotrice proprement dite. Ce n'est pas une lésion en plaques, mais une lésion diffuse des faisceaux postérieurs et des faisceaux latéraux s'accompagnant toujours d'un certain degré d'inflammation chronique des méninges. Quant au bulbe, il n'est pas encore permis de se prononcer, les recherches de ce côté ayant été insuffisantes.

Ainsi donc, nosographiquement, il existe une maladie particulière représentée seulement jusqu'ici par 20 observations ou par 21, si nous y ajoutons celle de notre malade, dont il nous reste maintenant à vous dire quelques mots. Cette maladie se rapproche, symptomatologiquement, à la fois de l'ataxie locomotrice proprement dite et de la sclérose en plaques, tout en s'en distinguant tout à fait par certains côtés; on lui a donné le nom d'ataxie héréditaire ou de maladie de Freerichs.

Notre jeune malade est un garçon de dix-huit ans qui, si l'on en croit tout d'abord sa famille, serait atteint seulement depuis un an, époque à laquelle l'incoordination aurait été remarquée pour la première fois. (Il travaille chez son père, bijoutier.) Mais, par un interrogatoire prolongé, nous trouvons que ce garçon a marché très tard, qu'il a toujours été maladroit de ses mains, qu'il a toujours eu la parole embarrassée, qu'il a toujours eu aussi les mouvements mal coordonnés. La maladie est donc de date très ancienne, et elle n'aurait pris tout à coup une brusque extension qu'il y a un an. Au point de vue de l'hérédité, nous trouvons quelques faits exceptionnels : ainsi les parents ne présenteraient rien de neuropathique; ils auraient eu neuf enfants, filles et garçons; deux seraient morts : l'un de convulsion, l'autre de méningite; des sept autres, six seraient très bien portants; seul, notre malade, né le second de ses huit frères ou sœurs, serait atteint. Il n'a pas eu de douleurs fulgurantes; sa démarche est celle des ataxiques, ses membres inférieurs sont constamment agités d'oscillations non rythmées, les mouvements dans les membres supérieurs sont également incoordonnés, la parole est embarrassée, il y a du nystagmus, sans le moindre phénomène oculaire; enfin, le malade a conservé à peu près la notion de position de ses membres.

Tel est le fait très curieux sur lequel je voulais attirer votre attention.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Terrillon.

Hypertrophie de la prostate.

L'hypertrophie de la prostate est une affection très commune et toujours difficile à très bien soigner. Nous avons en ce moment deux malades qui en sont atteints.

C'est d'abord le n° 12 de la salle Sainte-Vierge, âgé de soixante-neuf ans, qui a toujours été bien portant, dont l'état général a toujours été bon, qui n'avait, enfin, jamais rien éprouvé du côté de la vessie, lorsque, il y a quelque temps, il a été pris brusquement, à la suite d'un refroidissement, de rétention des urines. Celles-ci en même temps devenaient très rapidement troubles.

Après avoir été facilement sondé par un médecin de la ville, il nous a été envoyé dans cet hôpital. A son arrivée, on constate qu'il ne peut pas pisser seul, mais d'autre part on voit que les sondes en caoutchouc rouge pénètrent facilement dans la vessie et que les urines sont troubles sans pour cela être ammoniacales. Le toucher rectal nous indique que la prostate est augmentée de volume, ses deux lobes latéraux sont légèrement bosselés, par suite le rectum est un peu aplati.

Le second malade est couché au n° 9; il a soixante-quatre ans; chez lui les phénomènes morbides sont plus sérieux. Jamais il ne s'est plaint de quoi que ce soit du côté des voies urinaires. Il y a un mois seulement qu'il a commencé à uriner un peu plus fréquemment que d'habitude, sa vessie devenait un peu intolérante. Il y a quinze jours, il a été pris brusquement aussi de rétention d'urine, mais sans cause appréciable, il n'avait pas éprouvé de refroidissement; il n'avait pas commis d'excès. Il resta ainsi trente-six heures sans uriner.

Un médecin, appelé auprès de lui, pratiqua le cathétérisme avec la première sonde venue qu'il trouva dans sa trousse, sonde en métal : il fit ainsi saigner l'urètre et ne parvint que difficilement à donner issue à l'urine.

Cet homme arrive donc à l'hôpital présentant certains désordres du canal de l'urètre, conséquence du traumatisme du canal. Nous faisons à notre tour le cathétérisme, mais *avec une sonde molle en caoutchouc*, qui pénètre assez facilement la première fois; bientôt cependant la prostate irritée, tuméfiée, ne laisse plus même passer notre sonde, et, afin d'évacuer l'urine contenue dans la vessie, force nous est de

pratiquer la ponction directe de la vessie par la paroi abdominale. Quelques heures plus tard, nous prenons une sonde spéciale, une sonde dite à béquille, laquelle passe assez bien et nous permet de vider de nouveau la cavité vésicale.

Nous constatons par le toucher une prostate volumineuse, proéminant un peu du côté du rectum. C'est encore ici, comme chez le précédent malade, une hypertrophie de la prostate, avec cette différence que ce second cas se complique de symptômes plus graves tenant aux désordres du côté du canal de l'urètre.

Ceci dit, voyons ce que l'on entend par l'hypertrophie de la prostate et en quoi elle consiste.

La prostate est un organe qui a ceci de particulier que, chez certains sujets et à un certain âge, elle prend un développement assez considérable. Cette hypertrophie commence généralement, — fait important à retenir, — vers l'âge de cinquante-cinq ans, elle s'observe chez un dixième des hommes en général et elle va en augmentant jusqu'à soixante-quinze, quatre-vingts, quatre-vingt-dix ans. Elle se développe sans orage et ne donne lieu qu'au bout d'un temps plus ou moins long, à des phénomènes morbides. Il en est de l'hypertrophie de la prostate chez l'homme comme des corps fibreux de l'utérus chez la femme.

L'hypertrophie peut être totale ou partielle.

Lorsqu'elle est totale, son augmentation de volume dans ses diamètres vertical et antéro-postérieur détermine certaines déformations du côté de l'urètre, caractérisées par une augmentation de longueur, et par une diminution de son calibre telle qu'au niveau de la prostate il semble réduit à une sorte de fente ; elle soulève aussi le col de la vessie et donne lieu à ce que l'on a appelé un bas-fond de la vessie, tandis que d'autre part elle amène un léger aplatissement du rectum. De plus, il est rare que, dans ces conditions, le canal de l'urètre reste droit : il présente généralement alors une courbure plus grande et, le col vésical étant remonté plus haut, il s'ensuit que si l'on veut pénétrer dans la vessie on ne peut plus se contenter des sondes ordinaires, mais bien d'instruments à grande courbure correspondant à la déformation du canal.

Les hypertrophies partielles ou irrégulières de la prostate affectent deux types distincts. Dans le premier cas, l'hypertrophie donne lieu par ses irrégularités à un canal sinueux, inflexe, les sinuosités correspondant au développement dans l'intérieur de la prostate de petits corps fibreux isolés. De là de grandes difficultés dans le cathétérisme, le bec de la sonde venant buter à chaque instant contre ces inflexions.

Le deuxième type est plus fréquent et c'est de lui surtout que je veux parler dans cette leçon : il est caractérisé par l'hypertrophie du lobe moyen. Cette variété est de beaucoup plus importante, car c'est elle qui détermine les phénomènes de rétention d'urine. Son hypertrophie, en effet, s'accentue surtout du côté du col vésical parce que de ce côté elle n'éprouve pas de résistance : elle le repousse ainsi en haut, déforme le canal de l'urètre, et fait de la paroi vésicale une sorte de valvule contre laquelle la sonde vient buter et qui rend le col pour ainsi dire imperméable. Enfin la déformation du canal de l'urètre donne lieu à la formation dans sa partie profonde d'une sorte de cul-de-sac. En résumé, l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate entraîne des inconvénients graves, c'est-à-dire la rétention des urines, la difficulté de tout cathétérisme et l'exagération du bas-fond de la vessie. De là accumulation des urines, leur séjour prolongé, l'irritation de la muqueuse, le dépôt de phosphates et la formation de calculs très mal situés pour être broyés.

Passons maintenant à la symptomatologie de l'hypertrophie de la prostate. Au point de vue des symptômes, les malades peuvent être classés en trois catégories : 1° les malades qui ont une rétention brusque comme premier symptôme ; 2° les malades qui présentent les symptômes ordinaires de cette affection et qui n'arrivent que rarement ou tardivement à la rétention d'urine ; 3° les malades qui ont de l'incontinence d'urine.

Étudions tour à tour ces trois variétés.

Dans le premier cas, qui est celui de mes deux malades, la rétention brusque, initiale, s'explique par des phénomènes congestifs de la prostate survenant sous l'influence d'une excitation quelconque, telle que des excès de table, un trajet prolongé en chemin de fer, etc., etc. ; ici les accidents sont passagers.

Dans le second cas, les symptômes ordinaires sont les suivants : le malade est obligé de faire des efforts plus ou moins prolongés (deux, trois, quatre ou cinq minutes même parfois) pour arriver à uriner ; le jet est petit au début, volumineux ensuite ; le sujet éprouve de la pesanteur au périnée soit après une course en voiture ou une marche exagérée ; les urines sont à peu près normales la plupart du temps, mais souvent aussi, tous les quatre ou cinq jours, à la fin de la miction, les urines deviennent boueuses, épaisses ou troubles, comme provenant du bas-fond de la vessie ; enfin, très fréquemment, la miction paraissant terminée, les malades laissent encore échapper une certaine quantité d'urine qui vient souiller leur linge et leurs vêtements.

Enfin la troisième variété comprend les malades qui, en marchant ou même dans leur lit, perdent involontairement leurs urines, la vessie se vidant par regorgement.

Tel est le tableau des trois catégories de malades atteints d'hypertrophie du lobe moyen de la prostate. Les accidents auxquels cette affection donne lieu s'observent du côté de la vessie, des uretères et des reins. Alors on voit survenir le soir un mouvement fébrile plus ou moins prononcé, les individus maigrissent, leur peau prend une teinte jaune paille particulière, etc. ; quelquefois les phénomènes sont plus graves, il s'agit d'une véritable cystite s'accompagnant d'un état général sérieux.

Quant au traitement, s'il s'agit d'une rétention simple ou d'incontinence d'urine par regorgement, la première chose à faire est de sonder d'urgence le malade, le sonder avec la sonde en caoutchouc rouge n° 17 ou n° 18 (surtout si l'individu a dépassé soixante ans), laquelle dix-neuf fois sur vingt pénètre facilement et sans blesser le canal. Cependant, si cet instrument ne pénètre pas, alors on a recours à la sonde à béquille en gomme noire, courbée à 45 degrés et à talon arrondi, dont le bec, restant toujours en contact avec la paroi supérieure du canal de l'urètre, peut ainsi arriver à l'ouverture du col de la vessie et pénétrer dans celle-ci. De plus, afin d'éviter l'introduction dans la vessie de ces petits organismes qui peuvent donner lieu à des accidents graves, la sonde en caoutchouc doit être plongée dans l'eau phéniquée forte, puis dans l'eau bouillie pour ne pas irriter la muqueuse. Au bout de peu de temps les malades arrivent à se sonder eux-mêmes et peuvent bientôt reprendre leurs occupations.

Lorsque l'on a affaire à des urines troubles, on fait des lavages de la vessie avec l'acide borique à 4 p. 100 ; enfin, la vessie devenant douloureuse, les urines contenant du

pus, on applique une sonde à demeure, si elle peut être bien supportée, et l'on pratique plusieurs lavages par jour.

Quant au traitement de l'hypertrophie elle-même de la prostate, il est absolument nul ; tout ce que l'on peut conseiller aux malades, ce sont des lavements froids, des bains de siège froids, des purgatifs salins légers, répétés tous les sept ou huit jours afin d'éviter toute constipation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 avril 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATIONS

Thermométrie. — M. E. GLEY présente à la Société un thermomètre construit de façon que l'on puisse aisément observer sur soi-même la température rectale et en suivre toutes les variations. Il a fait avec ce thermomètre un certain nombre d'expériences pour étudier l'influence de l'activité psychique sur la température générale. Ces expériences se divisent en deux séries, d'après les conditions dans lesquelles l'observateur s'est placé. Les unes ont été faites l'après-midi, dans la position assise, dans l'immobilité. Par l'effet de celle-ci, la température centrale baisse assez rapidement et régulièrement; M. Gley insiste sur ce fait; mais si l'activité psychique intervient, la courbe de descente cesse d'être régulière : il se produit des plateaux et même par moments de petites ascensions. Et, tandis qu'en une heure vingt-cinq, s'il n'y a pas travail intellectuel, la température baisse de 0°,64 ; dans le même laps de temps, lorsqu'il y a travail, la baisse n'est plus que de 0°,22. M. Gley rapporte plusieurs chiffres analogues et présente les courbes qui les traduisent.

Dans une seconde série d'expériences, il s'est attaché à supprimer cette cause perturbatrice, l'immobilité, en se plaçant dans un milieu à température sensiblement constante : il a fait ses observations au lit, le matin, à jeun. Il a alors constaté qu'en une heure environ, par l'effet du travail intellectuel, la température s'élève d'un peu plus d'un dixième.

M. Gley explique cette augmentation de température, résultant de l'activité psychique par une production de chaleur dans le cerveau qui fonctionne. A la vérité, on pourrait aussi l'attribuer à des phénomènes vaso-moteurs et à la répartition différente de chaleur qui proviendrait de cette cause. Mais c'est là un point de théorie à éclaircir ultérieurement.

Injections sous-cutanées de chloroforme. — M. LABORDE, à l'occasion de la note présentée par M. Blanchard sur l'anesthésie par la voie rectale, a des observations à présenter relativement à ce mode d'anesthésie. Aujourd'hui il veut seulement parler des injections sous-cutanées de chloroforme; il rappelle à ce sujet la communication faite par M. Bouchard à l'Académie de médecine (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 149). Lorsqu'on injecte un ou deux centimètres cubes de chloroforme sous la peau d'un lapin, on constate un léger degré de narcose, mais pas d'anesthésie. L'animal reprend sa santé et ses allures habituelles, puis il meurt au bout de vingt-quatre heures. Le fait n'est pas constant et comporte de nombreuses exceptions. Il y en a qui ne sont pas morts; d'autres ne meurent que quatre ou cinq jours après. Un fait constamment observé chez les animaux : c'est l'albuminurie. M. Bouchard a cherché la vérification pathogénique de ce fait. Il a constaté une congestion des reins, un certain degré de néphrite ; mais l'épithélium des tubes du rein est intact. Il y a lieu d'invoquer ici un phénomène suspensif local. Chez les animaux, qu'ils meurent ou non, il y a des phénomènes morbides du côté des organes respiratoires : on trouve des altérations dans le poumon, des ecchymoses, de la congestion, de l'emphysème. Cela ressemble à ce qui se passe quand on fait la section des pneumogastriques. Quoi qu'il en soit, ces animaux meurent par arrêt de la respiration.

M. RICHET a fait des expériences consistant à injecter dans le péritoine de très minimes quantités de perchlorure de fer. Les animaux sont morts en six heures de sidération nerveuse dont le point de départ était, croit M. Richet, dans l'excitation péritonéale.

M. LABORDE trouve l'hypothèse de M. Richet justifiée. Il rappelle des faits analogues de M. Brown-Séquard.

M. MALASSEZ fait observer qu'il y a souvent des lésions rénales, des altérations de l'épithélium qui passent inaperçues, même au microscope, et qui demandent une extrême attention.

M. QUINQUAUD a vu, chez l'homme, des accidents pouvant se produire du côté des reins à la suite d'injections sous-cutanées de chloroforme pour combattre une névralgie sciatique.

Anesthésie du conduit auditif et du tympan au moyen d'un jet de gaz acide carbonique. — M. GELLÉ, se rappelant les expériences de M. Brown-Séquard sur l'anesthésie de la muqueuse de la gorge et du larynx par la projection d'un jet de gaz acide carbonique, dans un cas d'otalgie extrême, a dirigé dans le méat auditif, au moyen d'un tube fin de caoutchouc, un jet de gaz acide carbonique, pendant quelques minutes. Assez rapidement la douleur s'est trouvée diminuée et le soulagement a été assez sensible pour que le sujet en continue l'emploi.

L'effet calmant cesse cependant assez rapidement, et l'action ne paraît ni profonde ni durable. Cependant M. Gellé se propose d'employer plus énergiquement cette méthode thérapeutique et de l'essayer dans les opérations qui se pratiquent sur l'oreille, comme anesthésique local.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 avril 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Jusqu'où peut aller la supercherie chez les hystériques. — M. DU CASTEL vient d'observer un fait de nature à diminuer l'importance que, dans sa dernière communication, M. Debove attribuait aux recherches thermométriques pour le diagnostic de l'hystérie. Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans qui entra dans son service au mois de février dernier, femme nerveuse, mais n'ayant jamais eu d'attaques, n'ayant présenté, comme antécédents pathologiques, qu'une pneumonie simple suivie d'une hémoptysie. Elle entrait à l'hôpital pour une angine herpétique. Cette affection avait suivi un cours très régulier; la température était montée à 39°,5, puis elle avait baissé. La malade fut prise tout à coup d'un accès de délire, d'une agitation considérable. Elle déclara qu'elle avait craché du pus ; personne n'a vu ce pus. Un matin, on la trouva dans un état comateux avec une légère élévation de la température ; puis apparurent successivement de la paraplégie, de l'hyperesthésie, de l'aphasie, du mutisme ; la température s'élevait à 39 degrés, 39°,5. Il y avait lieu de conserver quelques doutes sur l'existence de l'hystérie ; on pouvait penser à une lésion cérébrale consécutive à une otite que la malade avait eue à la suite de son angine, lorsqu'un matin la température monta à 43°,4. Les jours suivants elle était revenue à 39 degrés. Huit jours après, nouvelle élévation à 43, puis à 44 degrés. La malade n'avait aucune source de calorique à sa disposition; les différents thermomètres employés étaient très exacts. Deux thermomètres placés l'un dans l'aisselle, l'autre dans le vagin, montaient parallèlement. Il y avait donc bien évidemment fourberie de la part de la malade. Cependant on ne découvrait rien. Le thermomètre continuait toujours à monter ; un jour il marque 48 degrés, un autre jour 73 degrés. On ne découvrait toujours pas le procédé mécanique employé par la malade, quand un interne de service montra, sur lui-même, qu'en frappant légèrement sur l'extrémité supérieure du thermomètre on faisait

très facilement monter la colonne mercurielle. Enfin, grâce au concours intelligent d'une voisine dont la malade ne se méfiait pas, on parvint à découvrir que c'était bien, en effet, par ce procédé qu'elle faisait à volonté, monter le thermomètre à des hauteurs inconnues.

Traitement de l'ulcère simple de l'estomac. — M. DEBOVE fait une communication sur ce sujet : Lorsqu'on soumet un malade atteint d'ulcère simple de l'estomac au régime lacté, il faut lui faire prendre au moins 4 litres de lait dans les vingt-quatre heures; si l'on ajoute à cela l'eau de Vichy, l'eau de chaux qu'on a l'habitude de joindre au lait, dans ces cas, on voit que le malade ingère une quantité considérable de liquide qui a pour effet d'amener une dilatation de l'estomac avec tous ses inconvénients. M. Debove cite même un cas de mort. Pour éviter ces inconvénients, il avait eu l'idée de donner aux malades de la poudre de lait, de la poudre de viande. La plupart de ces traitements échouèrent. Il eut alors l'idée de donner 25 grammes de poudre de viande additionnée de 10 grammes de bicarbonate de soude. Le lavage de l'estomac, fait dans ces conditions, montre qu'il n'y a pas de peptones. La viande est donc passée, indigérée, dans l'intestin. Il n'y a pas, dans ces cas, de cachexie alcaline, aucune action locale irritante. M. Debove y ajoute 1 litre à 1 litre et demi de lait avec du saccharure de chaux.

Ce traitement lui a donné, dans plusieurs cas, de très bons résultats.

M. DUGUET fait observer que le lavage de l'estomac est loin d'être sans inconvénients chez les malades atteints d'ulcère de cet organe. Il cite l'exemple d'un malade chez lequel ce lavage qu'il pratiquait lui-même, amena un peu de sang, puis une véritable hémorragie à laquelle il succomba.

M. DEBOVE a vu des cas où le lavage de l'estomac enlevait un peu de sang qui y restait. Aussi, dès qu'apparaît un liquide rosé, il est absolument indiqué d'interrompre toute espèce d'opération.

M. GÉRIN-ROZE a été surpris d'entendre M. Debove dire que le régime lacté conduisait à la dilatation de l'estomac. Ce régime est bien à la mode aujourd'hui, aussi bien chez les dyspeptiques que chez les cardiaques et il y aurait lieu de s'étonner de ne pas constater plus souvent cette dilatation chez ces malades.

M. BUCQUOY est également d'avis, lorsqu'on pratique le lavage stomacal, qu'on s'arrête aussitôt qu'il apparaît un liquide tant soit peu teinté de sang, et il pense que, pour cette raison, il ne faut jamais laisser le malade se servir lui-même du tube Faucher. Il ne partage pas l'opinion de M. Debove sur les causes de la dilatation stomacale que M. Bucquoy lui-même attribue bien plutôt à la maladie elle-même qu'au traitement. Il continue à préconiser le régime lacté dans ces cas.

M. DEBOVE répond que ce n'est pas le lait par lui-même, mais la quantité ingérée qui donne lieu à des accidents.

Fracture chez un syphilitique. — M. DEBOVE présente une pièce anatomique relative à un cas de fracture du radius chez un syphilitique.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

IX

LABILLARDIÈRE

C'était un savant botaniste que je voyais souvent soit à l'Institut, soit chez lui, et qui était fort bienveillant pour moi; il avait fait partie de l'expédition de d'Entrecasteaux à la recherche de Lapérouse (1791); homme de soixante ans, de moyenne taille, un peu gros, teint fleuri, yeux protubérants, physionomie douce, voix peu élevée, manières lentes et timides, il m'ouvrait souvent son herbier et je conserve quelques échantillons de précieux *lichens* de l'Océanie qu'il me donna.

DUPETIT-THOUARS

Ce botaniste distingué était frère du capitaine de vaisseau qui périt glorieusement au combat d'Aboukir (1798) : il venait d'arriver d'un voyage scientifique dans l'Océanie avec le capitaine Baudin lorsque je fis sa connaissance à Paris. Il lut à l'Institut plusieurs mémoires importants sur la flore de l'île de France et de Madagascar; il ne tarda pas à être nommé membre de l'Institut : homme âgé de cinquante ans, grand, maigre, brun, voûté, de figure décolorée, triste, mise fort négligée, tournure disgracieuse, manières simples et gauches, santé délabrée; nous nous voyions souvent et nous avons fait ensemble plusieurs herborisations : il mourut en 1831.

BORY DE SAINT-VINCENT

Il fut mon ami pendant quarante ans; du même âge, nés sous le même ciel, lui, à Agen, moi à Saint-Sever, tous deux amants passionnés de Flore, nos sympathies s'établirent vite et à toujours, ainsi que le témoigne notre correspondance active; j'ai suivi toutes les phases de sa vie si accidentée. Petit de taille, un peu incliné de côté avec la prétention d'être droit; teint pâle, décoloré; physionomie vive et mobile; humeur gaie, enjouée; passionné pour la musique et fredonnant très bien tous les airs; infiniment d'esprit naturel, remarquable facilité de parole sans être pourtant bavard, grâce exquise pour conter une histoire ou une anecdote; fort aimable et ambitionnant de le paraître, ami du monde et de l'ostentation; instruit, mais effleurant beaucoup de sciences et en approfondissant peu; donnant souvent dans le faste pour la dépense et habituellement sans le sou, ambitieux de titres qu'il usurpait parfois; écrivant bien d'un premier jet et au galop, mais blessant parfois l'orthographe; vivant en garçon quoique marié, faisant des maîtresses et des dettes partout, ayant eu plusieurs enfants avec l'actrice M[lle] Gros, qui le suivit en exil : vie individuelle, vie du jour et non du lendemain.

Ce fut en 1802 que je fis la connaissance de Bory au retour de son voyage à l'île Bourbon et à l'île de France, où il s'était séparé, par un coup de tête, de l'expédition scientifique commandée par le capitaine Baudin; nous passâmes plusieurs mois à arranger, à classer ses nouvelles conquêtes botaniques; durant ce travail, il ne cessait pas de chanter et d'improviser des couplets ou des rimes sur les noms scientifiques des plantes qui passaient par nos mains; il avait pour cela un véritable talent drolatique. J'ai connu peu d'hommes plus doués que Bory d'une heureuse successibilité dans les idées, d'une ductilité de caractère et d'esprit aussi prompte à s'accommoder à la situation du moment. Un jour il me rendit, dans une même matinée, le témoin d'une triple scène que j'ai souvent contée à mes amis et aux siens.

Pendant que nous procédions au maniement des plantes, il reçut d'abord la visite d'Elleviou, le célèbre acteur et chanteur de l'Opéra-Comique qu'il avait connu à Rennes, où Bory, lui, avait pris sa femme légitime. A entendre Bory causer actrices et comédies, on l'eût cru un familier des coulisses. A Elleviou succéda un membre de l'Institut, un des savants botanistes de l'époque, Ventenat : la conversation roula avec gravité sur la végétation tropicale des îles Bourbon, de France et de Ténériffe ainsi que sur leur structure géologique.

L'académicien était dans l'admiration, dans l'extase sur la facilité du jeune savant à rendre ses impressions sur les immenses matériaux qui témoignaient de son incroyable activité. A peine Ventenat nous avait-il quittés qu'à ma très grande surprise je vis entrer un évêque : à cette époque de 1804, c'était un personnage assez nouveau. Le prélat, qui avait lu une publication récente et peu orthodoxe de Bory sur les îles Canaries, s'était décidé à venir

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 avril 1884.

en conférer avec l'auteur. Je fus abasourdi en entendant Bory appeler l'évêque monseigneur à pleine bouche : c'était pour la première fois que j'entendais semblable appellation. Une conversation sérieuse s'engagea et Bory mit tant de convenance et de courtoisie dans ses réponses que le prélat se retira enchanté de sa visite. Quand nous nous retrouvâmes seuls en face de nos plantes, Bory, voyant mon muet étonnement, se prit à rire aux éclats, puis à fredonner des improvisations burlesco-scientifiques. Pendant que Bory s'occupait de l'impression de son *Voyage dans les quatre principales îles des mers d'Afrique*, il fut obligé d'en abandonner inopinément la direction pour se rendre comme militaire d'abord au camp de Boulogne, puis en Allemagne; il me confia ses manuscrits et me chargea de surveiller cette publication, ainsi qu'il le dit dans sa préface : j'entrepris là une rude besogne, un rôle fort pénible de conciliateur entre l'auteur, l'imprimeur et les graveurs. Le libraire Buisson, qui avait acheté le manuscrit 6,000 francs, faillit en perdre la tête à cause des exigences de Bory ; sans mon intervention, il y aurait eu procès entre les deux : je menai pourtant à bonne fin cette entreprise ; mais la correspondance fut un peu onéreuse pour le pauvre étudiant.

Lorsqu'au commencement de 1806, j'obtins mon titre de docteur et je quittai Paris, Bory était encore à la grande armée de Napoléon et nous sommes demeurés vingt-cinq ans sans nous revoir, mais nos relations épistolaires se continuèrent très actives. En 1809, Bory suivit le mouvement de la grande armée vers l'Espagne, où je me trouvais moi-même depuis un an : il était alors capitaine dans un régiment de dragons; puis il entra dans l'état-major du maréchal Soult, qui était en Andalousie et principalement à Séville; en 1812, il obtint une mission pour se rendre auprès du maréchal Suchet à Valence, dans l'espoir de m'y voir ; à la même date, une mission médicale me porta loin du quartier général de l'armée d'Aragon et nous ne pûmes nous serrer la main : ce fut là une déception vivement sentie de part et d'autre. Les revers de nos armées sur les divers points de la péninsule et la défaite de Vittoria ramenèrent Bory en France ; il assista à la bataille d'Orthez, et, suivant avec Soult le mouvement rétrograde, il vint faire une courte visite à ma famille à Saint-Sever, lorsque j'étais encore à Givonne.

Après la bataille de Toulouse, Bory se sépara de l'armée et organisa avec un nommé Florian une bande de partisans (*guerilla* contre les troupes anglo-espagnoles et tint la campagne pendan quelque temps dans les départements du Lot-et-Garonne et du Gers; puis, à la dislocation des armées, il gagna Paris. Au retour de Napoléon de l'île d'Elbe, c'est-à-dire pendant l'interrègne, Bory s'agita plus que jamais. Il vint à Agen et remua ciel et terre pour se faire nommer député : il réussit. On le vit plusieurs fois s'élancer à la tribune du Parlement et s'y agiter sans mesure.

Dans ce même temps, il était corédacteur avec Dirat d'un journal antilégitimiste, le *Nain Jaune*, où l'esprit et l'épigramme pleuvaient comme la grêle sur les partisans des Bourbons : bientôt il fut compris dans les trente-huit de la liste des proscrits; il se réfugia en Belgique, où toutes les polices le traquèrent comme une bête fauve dans les célèbres souterrains de Maestricht. Son activité d'esprit et de corps redoublait devant les obstacles de toutes sortes : durant cet exil si tourmenté, il mit au jour plusieurs publications : 1° *Samuel* ou le *Livre du Seigneur* avec l'*Histoire du roi Behemot et d'Apollyon*, ce sont des allusions pleines d'esprit et de méchanceté à l'adresse de Louis XVIII et de toute sa famille, appuyées sur des passages textuels de la Bible. Bory eut l'imprudence de m'adresser par la poste ce livre, au moment même où la Chambre des députés venait de le flétrir publiquement et de le mettre à l'index ; il m'aurait gravement compromis à cette époque de vive réaction; 2° *Voyage souterrain dans les cryptes de Maestricht*, où il annexa, pour grossir son livre, mes *Lettres sur les Montagnes Maudites des Pyrénées;* il me dédia cet ouvrage, et sa dédicace est pleine d'esprit et d'originalité; 3° enfin, Bory, Drapiez et Van Mons entreprirent de publier à Bruxelles, sous le titre d'*Annales des sciences physiques*, un journal scientifique dont huit volumes furent successivement imprimés; par intérêt pour mon ami, je fournis à ce recueil un fort grand nombre d'articles d'histoire naturelle.

En 1819, une amnistie ouvrit aux exilés de 1815 les portes de France : Bory rentra à Paris, il se calma sous le rapport politique, reprit ses occupations scientifiques et se livra à diverses publications. En 1823, il fit paraître sous le titre de *Guide du voyageur en Espagne* un gros volume et, peu après, l'*Itinéraire de don Quichotte ;* il prit la direction d'un *Dictionnaire classique d'histoire naturelle* en douze volumes, où il se chargea d'un nombre prodigieux d'articles sur des sujets variés.

Sur ces entrefaites, malgré sa pension de retraite de colonel, malgré ses entreprises littéraires, Bory, toujours aux expédients financiers, fut emprisonné pour dettes à Sainte-Pélagie par ses créanciers usuriers : il y demeura plus d'un an, y travailla plus que jamais à son dictionnaire et il refusa d'en sortir, quoique son ami M. de Martignac, alors au pouvoir, le pressât de le laisser arranger ses affaires; il conserva dans sa prison sa gaieté habituelle, son activité constitutionnelle. Dans une de ses lettres, écrite sous des impressions gastronomiques, Bory me témoignait le désir de manger de la *garbure* (soupe des Gascons) et me priait de lui en adresser la recette : je le comprenais à demi-mot, et ce n'était pas la première fois qu'il mettait à l'épreuve mon intelligence sous ce rapport; je lui expédiai un pot de cuisses d'oie à la graisse avec la susdite recette; il passa d'heureux moments avec cette conquête culinaire : cependant, pour le mariage de ses filles, Bory quitta définitivement Sainte-Pélagie, je ne sais par quel arrangement. En 1828, sous le ministère de M. de Martignac, une expédition scientifique en Morée s'organisa, et Bory fut appelé à diriger la section d'histoire naturelle; cette expédition partit en 1829 : la publication de ce grand ouvrage se prolongea jusqu'en 1835.

Un quart de siècle s'était écoulé depuis notre dernière entrevue, lorsqu'au printemps de 1830 je fis un voyage à Paris et j'eus le bonheur d'y retrouver mon ami : je me logeai dans la maison où il avait son appartement rue de Bussy, et nous demeurâmes deux mois ensemble. Malgré vingt-cinq ans de plus, je le trouvai le même et physiquement et financièrement ; presque tous ses amis étaient ses créanciers et le demeurèrent : il venait d'arriver alors de la Morée. La Révolution de 1830, la prise d'Alger et l'organisation d'une expédition scientifique dans cette colonie africaine réveillèrent de nouveau son ambition, et il se démena si bien qu'il fut chargé encore de la direction de la section d'histoire naturelle. Il passa plusieurs années en Algérie, fit marcher plus ou moins de front la science et les plaisirs. Le gouvernement lui octroya une concession de terrain dans la jolie contrée de Blidah que, dans ses lettres, il me décrivait comme un véritable Éden ; mais cette concession, il ne tarda pas à la concéder et à la convertir en espèces sonnantes qui défilèrent sans beaucoup de bruit. Je revis Bory en 1838, à son retour d'Algérie. Enfin, en 1845, lorsque j'allai conduire mes deux fils auprès de la Faculté de médecine de Paris, je trouvai ce vieil ami en butte à une affection du cœur qui l'emporta l'année suivante. L'habitation de Bory pendant vingt ans à un quatrième étage au-dessus de l'entresol, avec escalier fort rapide qu'il escaladait plusieurs fois par jour, n'a pas peu contribué, je pense, à la production de l'hypertrophie du cœur qui l'a enlevé dans sa soixante-sixième année.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 avril, M. le docteur Ely a été promu au grade de médecin principal dans le corps de santé de la marine.

— Le lundi 2 juin, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XVIe arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Nous croyons savoir que des négociations sont actuellement engagées entre notre ministère des affaires étrangères et les

représentants d'autres États à l'effet d'obtenir dans leurs pays respectifs la faculté, pour nos docteurs en médecine, d'exercer leur profession. Il y aurait, bien entendu, réciprocité de notre part.

— Le Conseil municipal de Paris a, dans sa séance de vendredi dernier, 25 avril 1884, voté la construction, à l'asile des aliénés de Vaucluse, de baraquements pour les maladies épidémiques.

Cette décision a été prise à la suite d'une visite faite par la commission spéciale du Conseil, laquelle avait constaté qu'on avait été forcé d'évacuer la colonie en raison d'une épidémie ophtalmique régnant dans ledit asile.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Dumas, professeur d'accouchements, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1883-1884, par M. Léon Dumas, agrégé.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Magnin, docteur ès sciences naturelles, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1884, maître de conférences de botanique.

— M. Sédillot, naturaliste, est adjoint à la commission chargée de poursuivre, en 1884, les recherches scientifiques en Tunisie.

— M. le docteur Vincent, médecin de première classe de la marine, est nommé officier d'Académie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Fournier commencera ses leçons cliniques du second semestre scolaire de l'année 1883-1884, sur les maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 2 mai 1884, à neuf heures et demie du matin et les continuera les mardi et les vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le vendredi, les leçons auront lieu à l'amphithéâtre; le mardi elles seront faites au lit des malades.

— M. le docteur Jules Simon continuera ses conférences de thérapeutique infantile à l'hôpital des Enfants-Malades, les mercredis à neuf heures. — Le samedi, consultation clinique.

— M. le professeur Ball reprendra son cours de clinique des maladies mentales, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 4 mai 1884, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16120.

31

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre	....	1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone **phosphatée** Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

38

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre: *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

93

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

46

Pougues

EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles. Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

143

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

2

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions dfificiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

241

Vin de Baudon **antimonio-phosphaté.**

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

65

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur,* diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes et Catarrhes chroniques,* enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

117

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

65

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

Quina - Laroche phosphaté

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina, sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition* du *système osseux et musculaire,* pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22, rue Drouot. *J. Laroche*

6

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

31

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

17

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger. *Paterson*

88

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte PIERRE Lamouroux

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

42

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. De l'oreillon. — HÔPITAL NECKER. Ostéome de la mâchoire inférieure. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la locomobilité du cerveau suivant les attitudes a été reprise dans cette séance, qu'elle a occupée tout entière. M. Luys a présenté de nouvelles pièces anatomiques à l'appui de sa première démonstration. M. Trélat, à l'aide de faits empruntés à la chirurgie et aux traumatismes du cerveau, et M. Sappey, se renfermant dans des faits et des considérations purement anatomiques, ont vivement combattu la thèse de M. Luys et les conséquences qu'il a déduites de ses expériences. On trouvera les principaux arguments de ces deux orateurs dans le compte-rendu de la séance. M. Constantin Paul est monté ensuite à la tribune pour y exposer, non pas sur le fait même en discussion, mais à l'occasion et à côté en quelque sorte de ce fait, les observations très curieuses qu'il a eu l'occasion de faire sur un autre ordre de causes de changement de volume du cerveau, sur les atrophies ou les hypertrophies, sur les atrophies surtout et les augmentations de liquide dont elles s'accompagnent et sur la fonction spéciale restée jusqu'ici inconnue, qui est dévolue, dans ces conditions anomales, aux ventricules. On lira avec intérêt le résumé de l'intéressante exposition de M. Constantin Paul sur ce sujet.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

De l'oreillon.

Le malade du n° 29 de la salle Jenner est un jeune homme de dix-neuf ans, entré dans nos salles au septième jour de sa maladie dans des conditions qui permettaient un diagnostic instantané. Il présentait de la fièvre, un état saburral marqué et un gonflement de toute la région droite de la mâchoire et du cou, gonflement comprenant à la fois la glande sous-maxillaire et surtout la parotide du côté droit. De plus, à gauche, la parotide était également tuméfiée, le gonflement était accompagné de la rougeur des téguments et de vives douleurs soit spontanées, soit à la pression; enfin, le soir, la température était de 39°,2 et le lendemain matin de 38 degrés. En un mot, il s'agissait d'un cas d'oreillon ayant déjà effectué ce que l'on a appelé *à tort* sa métastase sur le testicule, mais en réalité étant en pleine efflorescence.

Les auteurs qui ont assimilé l'oreillon à une affection rhumatismale au point de vue de ses manifestations et de sa marche sont, au contraire, opposés à la théorie de la métastase. La comparaison des oreillons avec une fluxion périphérique, avec le rhumatisme, a pour elle encore ce fait que cette affection n'atteint que des organes glandulaires, c'est-à-dire, comme dans le rhumatisme, des organes ayant une similitude de structure, des tissus semblables, avec prédilection pour certaines glandes, de même que le rhumatisme atteint de préférence certaines jointures. Ce rapprochement avec le rhumatisme fait par certains auteurs est l'indice que l'affection ourlienne a quelque chose de plus important qu'on ne le croit généralement.

Ce que nous avons donc à retenir surtout du jour de l'entrée de notre malade, ce sont ces trois manifestations simultanées de la maladie sur la parotide, la glande sous-maxillaire et le testicule.

Nous n'avons fait aucun traitement, et considérant, le lendemain matin en voyant le malade pour la première fois, que nous étions au huitième jour et que les testicules étaient pris, nous pensâmes, nous fondant sur la majorité des faits observés, que nous aurions, dans vingt-quatre heures, une détente dans l'état de ce jeune garçon et surtout une défervescence fébrile. Celle-ci ayant ordinairement lieu du septième au huitième jour, nous admettions ainsi la possibilité d'un retard de vingt-quatre heures.

Mais il en fut tout autrement; le neuvième jour, les fluxions glandulaires n'avaient pas diminué, la température était montée à 40 degrés le matin et à 40°,5 le soir, sans phénomènes cérébraux, et l'état général était plus sérieux. Je n'étais point satisfait, car la fièvre comparée aux manifestations locales ne permettait pas de se rejeter sur une idiosyncrasie individuelle. Nous ne pouvions pas non plus attribuer la fièvre à quelque fluxion glandulaire en préparation, puisque la fluxion était faite, non plus qu'à la période d'invasion d'une maladie aiguë. Cependant l'état fébrile nous indiquait qu'il ne s'agissait plus d'oreillons simples, classiques, mais qu'il y avait là quelque chose d'autre encore. S'agissait-il de complications viscérales, de quelque inflammation de l'appareil respiratoire? Non, d'abord parce que ces complications sont exceptionnelles et que, de plus, un examen attentif de ce côté-là ne nous avait absolument rien dévoilé.

En résumé, il n'existait aucune complication et la fièvre devait être imputée à la maladie ourlienne seule, de sorte que, par elle-même, elle démontrait la gravité grande du cas. Le surlendemain matin, la température était à 40°,2 et pareille fièvre, dans une maladie où l'on ne doit pas l'observer, était la marque, à elle seule, d'un état infectieux, bien que d'autres phénomènes caractéristiques puissent encore s'y ajouter.

Quelles sont donc les marques de l'état infectieux ? 1° La fièvre, une fièvre insolite comme chez notre malade ; 2° la tuméfaction de la rate qui n'existe pas ordinairement dans l'oreillon simple ; 3° la présence de l'albumine dans les urines ; 4° enfin, la production de lésions inflammatoires localisées sur l'endocarde ou le péricarde.

Chez notre malade, le critérium tiré d'une fièvre aussi nette était suffisant pour nous faire reconnaître qu'il s'agissait d'un état infectieux. Chez lui, le jour de son entrée, la rate était notablement plus volumineuse dans tous ses diamètres et le lendemain on percevait, à la pointe du cœur, une impulsion exagérée comme intensité et comme durée ainsi qu'un souffle systolique rude et prolongé. Ce n'est pas tout : vers la base du cœur, dans la région sternale, à la hauteur du deuxième et du troisième espace intercostal droit et gauche, il y avait un frottement péricardique. Donc endocardite mitrale, péricardite sèche à la base, rate volumineuse et fièvre. L'albuminurie seule a fait défaut.

Peut-être m'objectera-t-on que c'est le cœur qui a été la cause de l'exaspération fébrile survenue le neuvième jour. Ce n'est pas possible. Une endocardite aussi limitée et secondaire n'est pas capable d'élever ainsi la température au-dessus de 40 degrés et de l'y maintenir.

Nous avons donc constaté chez notre malade trois des marques caractéristiques de la maladie infectieuse. Est-ce là un fait exceptionnel ? sans précédents ? Non, et je puis vous citer une observation clinique de M. Bouchard assez analogue à celle-ci, sauf que le cœur n'a pas été pris et qu'il y a eu, en son lieu et place, la quatrième marque de l'état infectieux, la néphrite. Mon malade est le premier cas d'oreillon dans lequel on ait observé des manifestations aiguës du côté de l'endocarde et du péricarde, et cela, je crois pouvoir le dire, parce qu'on ne les a pas encore cherchées.

Quant à l'idée de voir dans l'oreillon une maladie infectieuse, dans certains cas, elle n'est pas nouvelle, elle n'est pas basée sur un seul fait. Déjà, au siècle dernier, — sans parler des modernes, — on avait assimilé, à la suite d'observations cliniques, l'oreillon aux fièvres éruptives.

Il a donc fallu des cas analogues au nôtre, car le type vulgaire de l'oreillon ne permet pas ce rapprochement par ses prodromes peu marqués : la fièvre légère durant trois ou cinq jours au plus, la fluxion parotidienne plus gênante que vraiment douloureuse, la fluxion testiculaire, en un mot tous phénomènes, dont la durée ne dépasse pas sept jours, pendant lesquels le malade n'est point astreint au lit, mais garde seulement la chambre.

Que faut-il donc déduire du cas de M. Bouchard et du nôtre ? Que lui et moi nous avons rencontré des faits exceptionnels ou bien que la maladie ourlienne est une maladie infectieuse. Pour moi, je me rattache à cette dernière opinion, en présence de pareils faits, car ils prouvent mieux que quoi que ce soit que l'oreillon n'est pas la maladie simple et bénigne que l'on croit, mais qu'elle doit être rangée dans le cadre des maladies infectieuses, dont elle présente les marques véritables. Il en est de l'oreillon comme de la fièvre typhoïde : des deux côtés vous avez des cas bénins, des cas moins légers et des cas graves. Aussi n'est-il pas possible de faire deux classes d'oreillons : les oreillons infectieux et les oreillons non infectieux. Cette maladie a ... degrés et la mort peut être sa terminaison par urémie, p... méningite vraie, — une observation avec autopsie a été ra... portée par un médecin russe.

Dans nombre de cas, on a vu, dans l'oreillon, la mort su... venir par étouffement et par syncope. Pour moi, le cœur devait être en cause.

Maintenant, cette maladie infectieuse est-elle une affection parasitaire ? En tous cas, qu'il y ait ou non des microbes, cela ne change rien à ma définition.

M. Bouchard en a trouvé dans le sang, il a trouvé des micrococcus, il a pu les cultiver, mais il n'a pas pu inoculer la maladie avec les produits de culture. MM. Capitan et Charrin ont trouvé des microbes dans la salive ; mais cela me touche peu, la salive en contenant toujours. M. Netter, très compétent dans ces recherches, a trouvé aussi des micrococcus dans le sang de notre jeune malade. Il paraît donc vraisemblable qu'un jour ou l'autre de nouvelles recherches démontreront que les microbes sont constants dans l'oreillon ; qu'ils ont une forme particulière ; qu'on peut les cultiver (M. Bouchard l'a déjà prouvé) ; enfin qu'avec les produits de culture on pourra reproduire la maladie. Alors on pourra déclarer l'oreillon une affection parasitaire, tandis que, sans plus attendre, on peut déjà le considérer comme une maladie infectieuse se présentant ordinairement avec des phénomènes légers, mais pouvant aussi prendre un caractère grave, voire même mortel.

Aussi, dès que j'ai vu la persistance d'une température élevée, que j'ai constaté l'état du cœur, j'ai abandonné aussitôt la méthode expectante pour intervenir par un traitement médical. J'aurais voulu donner l'acide salicylique à cause de cette température et de la nature infectieuse du mal ; mais, l'état du cœur s'y opposant, j'ai dû y renoncer et j'ai prescrit alors le bromhydrate de quinine. Malheureusement le malade en a vomi une grande partie et ce qu'il en a conservé était une dose absolument insuffisante pour abaisser la température.

Le lendemain, onzième jour, la chaleur était de 40°,4 sans nouvelle fluxion ; mais le malade était tellement influencé par cette hyperthermie que j'ai dû agir énergiquement, d'autant plus que c'est un garçon jeune et robuste. J'ai ordonné alors 40 centigrammes de tartre stibié, par cuillerée d'heure en heure dans la journée. Le soir même, la température tombait à 38°,2. Elle s'est maintenue ainsi le jour suivant à 38°,4 le matin et 38 degrés le soir, indiquant une tendance prononcée à la défervescence. Hier matin, 37°,8 et 37°,4 le soir.

Cependant notre malade ne se trouvait pas très bien, la langue était très sèche, blanche sur les bords, rouge au milieu. Et ce matin la température était remontée à 40°,1 et le deuxième testicule était fluxionné, aujourd'hui quatorzième jour. Cette reprise du testicule, qui a ramené la température à son chiffre primitif de 40°, nous explique le mouvement fébrile et par suite nous donne moins d'inquiétude.

Tels sont les faits que je voulais vous présenter sur l'oreillon à propos du malade actuellement placé dans nos salles.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Ostéome de la mâchoire inférieure.

Cette fois, par exception, ce n'est pas d'un malade de l'hôpital que je vais vous entretenir aujourd'hui, mais d'un malade de la ville que j'ai opéré, le mois dernier d'une variété, de tumeur fort rare.

Ce malade est un petit garçon de huit ans et demi environ, qui habite la province; il est un peu délicat, frêle, mais sans diathèse aucune ni aucun antécédent personnel ou héréditaire. Il m'a été amené à Paris par son père pour une tumeur volumineuse de la mâchoire inférieure du côté droit, remontant déjà à quelque temps et sur laquelle les avis ont été très partagés. Le médecin de son pays qui l'a soigné, ancien interne des hôpitaux de Paris, se serait prononcé, d'après les parents de l'enfant, pour une périostite du maxillaire, d'origine dentaire.

La maladie datait de sept mois quand je vis l'enfant, il y a six semaines; elle avait débuté par des maux de dent, si douloureux qu'ils avaient nécessité l'extirpation de la deuxième grosse molaire définitive, laquelle commençait déjà, du reste, à se carier. (Elle a été conservée avec son follicule dans l'alcool.) Une fois la dent extirpée, la tuméfaction de la mâchoire, déjà un peu proéminente, n'en continua pas moins à évoluer et à acquérir peu à peu le volume qu'elle présente actuellement.

Au premier moment, le diagnostic de périostite me surprit, parce qu'il s'agit d'une tumeur absolument indolente même à la pression, parce que la tumeur était dure et résistante et qu'elle datait de six à sept mois.

Cette tumeur occupait presque toute la branche horizontale droite du maxillaire inférieur, s'avançant d'une part jusqu'à 14 ou 15 millimètres de la ligne médiane, de l'autre s'étendant jusqu'à mi-hauteur de la branche montante. Elle était régulière, un peu plus saillante à la partie moyenne et de plus, je le répète, très dure, sans donner lieu à aucune sensation particulière, à aucun bruit spécial, bruit de carton ou de boîte de montre, enfin sans aucune élasticité ni dépression, sans le moindre ramollissement ni fluctuation.

L'enfant ouvrait la bouche facilement, complètement et largement. Donc la tumeur n'avait aucun retentissement sur l'articulation et ne gênait en rien les mouvements. La troisième grosse molaire n'était pas encore sortie, ce qui correspond d'ailleurs à l'âge du petit malade; la deuxième avait disparu, extirpée quelques mois auparavant; enfin la première était en voie d'éruption. Du reste nulle déformation ni saillie du maxillaire inférieur à l'intérieur de la bouche, correspondant à la tumeur externe. Enfin on trouvait une petite masse ganglionnaire tout près de l'angle de la mâchoire du même côté, sans aucune induration, mais d'une consistance normale.

Ainsi voici donc la portion droite du maxillaire inférieur parfaitement normale, du côté de la bouche, tandis que sa face externe est recouverte, dans presque toute l'étendue de sa branche horizontale et une partie de sa branche montante d'une tumeur dure, [illegible] tumeur

examiner les conséq[illegible]

M. Constantin Paul rapporte comment, étant chargé du serv[illegible] de l'infirmerie de Bicêtre, où il avait eu à examiner un grand no[illegible]bre de cerveaux, il avait rencontré des cas où les deux ventricul[illegible] au lieu d'avoir [illegible] appliquées l'une sur l'autre, représ[illegible]taient des cavités réelles. Ces cavités étaient remplies par [illegible] liquide céphalo-rachidien. Il y avait une diminution de volume

ou anomalement dans la mâchoire. Quel diagnostic porter? Éloignant toute idée de néoplasme, je me demandais s'il ne s'agissait pas de quelque tumeur dentaire, de quelque kyste résultant de l'implantation ou de l'évolution vicieuse de la troisième grosse molaire, et je me disais que cela concorderait très bien avec l'ensemble des phénomènes, concordant aussi très bien avec deux observations rapportées dans le traité de MM. Duplay et Follin.

Mais parmi ces kystes, nous avons les kystes folliculaires mous et les kystes durs, les odontomes fibreux dont l'évolution fort lente dure quelquefois deux, trois, cinq, sept, neuf années même; enfin il y a les kystes simples du maxillaire inférieur qui sont une maladie de l'os lui-même, maladie non dentaire, lente, qui atteint surtout les individus parvenus à l'âge de quarante, cinquante ou soixante ans. Mais rien de tout cela ne ressemble à ce que nous trouvions chez notre malade, il reste alors, au point de vue dentaire, les tumeurs dues à l'évolution vicieuse d'une dent, les odontomes décrits il y a onze ou douze ans par Broca, tumeurs parfois très volumineuses, toujours isolées, qui réagissent sur le maxillaire inférieur et le déforment en certains points, de telle sorte que le palper reconnaît des irrégularités plus ou moins prononcées à la surface de l'os. Je parle seulement, en ce moment, bien entendu, des odontomes radiculaires. Ici ce n'est pas encore cela.

Après avoir passé ainsi en revue une série de lésions, j'en arrivai à conclure à la nécessité d'une opération chirurgicale : mettre à nu la tumeur et l'ouvrir, qu'elle fût pleine ou creuse : que si elle était creuse, il faudrait l'évacuer de son contenu ; que si elle était solide, on devrait l'extirper, et si la conservation du maxillaire inférieur n'était pas possible, il faudrait en pratiquer la résection.

Le père de mon jeune malade paraissant terrifié par l'opération à faire, je l'engageai à consulter quelques-uns de mes confrères. Il vit M. Verneuil qui fut de mon avis : nécessité d'intervenir ; il vit M. Gosselin, lequel diagnostiqua un sarcome des os et conseilla l'ablation de la tumeur, suivie de la résection de la mâchoire au cas où l'extirpation ne suffirait pas.

J'oubliais de dire que, à son arrivée à Paris, cet enfant avait été vu également par M. Peyrot qui avait diagnostiqué une périostose probable avec séquestre inclus.

Néanmoins je maintins mon diagnostic et pratiquai l'opération suivante, le 19 du mois dernier :

Incision sur le bord du maxillaire inférieur, ligature de l'artère faciale en deux points, ablation du petit paquet ganglionnaire, lequel était, soit dit en passant, parfaitement sain. J'arrive sur la tumeur et son aspect me décontenance un peu. En effet, je trouve un tissu blanc et dur qui n'est autre chose que le périoste épaissi (épaisseur de 2 millimètres environ) au-dessous duquel je rencontre le tissu osseux, vasculaire et supportant très bien la rugine. Je décolle le périoste avec soin jusque sur la branche montante du maxillaire et sur la branche horizontale je constate que notre tumeur est un ostéome. Avec la gouge en lunette, je creuse et creuse encore et trouve toujours du tissu osseux de nouvelle formation, si bien que de coup de gouge en coup de gouge je parviens à enlever la tumeur tout entière et que j'arrive sur la face externe de l'os.

En résumé, la tumeur, formant une saillie de 25 millimètres d'épaisseur, était constituée dans toute son étendue par du tissu osseux de néoformation comme le cal d'une fracture, recouvert par un périoste épaissi.

Après l'opération j'ai rabattu le périoste à sa place normale sur le maxillaire, et j'ai terminé par la pose d'un petit tube dans l'angle inférieur de la plaie, la suture et le pansement antiseptique ordinaire. Jusqu'au quatrième jour tout alla bien ; ce jour-là seulement le petit malade eut un peu de fièvre ; il y avait un léger décollement sous le périoste ; au moyen de la sonde cannelée, j'évacuai un peu de pus et la guérison se fit rapidement. Mais à la partie supérieure il s'est formé un peu d'os anomal, ce qui est tout naturel, du reste, puisque j'avais été obligé de gratter le périoste. En somme, il reste seulement aujourd'hui une petite tuméfaction au niveau du point opéré.

Les cas d'ostéome sous-périostique de la mâchoire inférieure sont des cas très rares, et MM. Gosselin et Verneuil, dont la carrière chirurgicale est déjà longue cependant, n'en ont jamais rencontré.

Otto Weber en a rapporté seulement deux cas, chez lesquels la tumeur était, comme ici, située au niveau de l'angle inférieur de la mâchoire inférieure.

L'origine de cette tumeur ne peut être imputée au développement des dents, mais à une irritation du périoste alvéolaire, résultant d'une maladie de la deuxième grosse molaire qui a nécessité son avulsion.

— Il y a dix-huit ans environ, je fus appelé par mon collègue des hôpitaux, M. Millard, auprès d'un malade, grand industriel, âgé de quarante-quatre ou quarante-cinq ans, qui souffrait horriblement de la mâchoire inférieure. Ses douleurs étaient telles qu'il en avait perdu le sommeil, le boire et le manger. Il s'agissait d'une tumeur peu saillante, peu considérable de la mâchoire inférieure. Afin d'éclairer tout d'abord un diagnostic fort difficile, je proposai de faire une ponction exploratrice avec un trocart à harpon pour ramener un peu du tissu malade, dont on étudierait la nature. J'obtins ainsi un fragment d'un millimètre de large, constitué par une substance un peu grenue. M. Cornil, auquel je la remis pour l'examiner, me fit connaître que cette substance était de l'os, réponse qui ne me satisfaisait que très médiocrement. Je priai M. Verneuil de voir à son tour notre malade et tous trois, Verneuil, Millard et moi, nous fûmes d'avis que, en présence de douleurs d'une intensité aussi considérable, une opération était nécessaire. Je pratiquai la résection de la moitié droite de la mâchoire. Le malade guérit parfaitement, si bien même que d'assez laid qu'il était avant l'opération, il se trouva suffisamment beau, son maxillaire réséqué, pour faire faire son buste en marbre, lequel a figuré avec honneur dans l'une des expositions artistiques qui ont eu lieu quelques années plus tard.

Mais je reviens à ma tumeur. Une fois enlevée, je la portai à M. Cornil, qui me répondit de nouveau, après examen, qu'il s'agissait d'une tumeur osseuse, d'un ostéome sous-périostal se présentant avec des caractères exceptionnels d'une gravité extrême, c'est-à-dire d'une douleur excessive dont l'origine est toujours restée d'une très grande difficulté à expliquer.

Mais pourquoi chez l'enfant l'ostéome a-t-il été indolent, tandis que chez l'adulte il fut aussi douloureux? Je ne puis que poser la question sans la pouvoir résoudre.

En tout cas, ce sont les deux seuls faits qu'il m'ait été donné jusqu'ici de pouvoir observer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 avril 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

M. Amat, médecin-major, adresse la relation d'une épidé de fièvre typhoïde observée dans la garnison d'Alger (commiss des épidémies) ; — MM. Garrigou-Désarènes et Mercié déposent pli cacheté sur le traitement du catarrhe chronique des fosses sales et de l'ozène par l'électrolyse (accepté); — M. Alliot dép un pli cacheté sur la thérapeutique des affections diphtériti (accepté) ; — M. Bourgeois, médecin-major, adresse un mémo sur la vaccination par injection sous-épidermique.

DISCUSSION

Les mouvements du cerveau. — M. Luys présente p sieurs pièces à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue relativem aux mouvements de la masse cérébrale. Ces pièces ont pour l de démontrer que, dans la station debout, il existe un esp libre entre la face supérieure du cerveau et la voûte crânien M. Luys a injecté dans cet espace des matières coagulables, suif. Il a pu ainsi démontrer que cet espace libre, occupé à l'é normal par le liquide céphalo-rachidien, peut être évalué à onzième de la capacité crânienne.

M. Trélat déclare tout d'abord ne pas partager l'opinion M. Luys. Le cerveau, suivant lui, est disposé de manière à sub dans la moindre mesure possible, les effets de la pesanteur, s dans les changements d'attitude, soit dans les chocs de la tê échappe aux variations de pression résultant de la respiratio la circulation artérielle, de la réplétion des sinus, etc. En e quand une plus grande quantité de sang circule dans les vaisse de l'encéphale, le liquide céphalo-rachidien s'efface pour laisse ce sang sa place ; sitôt que celui-ci disparaît, le liquide cépha rachidien revient occuper l'espace laissé libre ; il agit donc co tamment comme préservateur, comme coussin protégeant sa cesse la masse cérébrale. Si la théorie de M. Luys était vra l'attrition, la contusion du cerveau seraient extrêmement fr quentes. Lorsqu'un homme se précipite d'un lieu élevé et tom la tête sur le sol, le mécanisme invoqué par M. Luys se produi le cerveau vient alors se contondre, se broyer contre la voû crânienne ; mais ce sont là des conditions pathologiques. Qu'il ait ou non fracture du crâne, il se produit dans ces cas une co tusion cérébrale, au point même du choc, par le mécanisme adm par M. Luys, grâce à la brusque disparition du liquide céphal rachidien.

Les observations de M. Luys ont été faites sur le cadavre, alo que le liquide céphalo-rachidien a disparu. Chez le cadavre, e effet, le cerveau a perdu une partie de son volume, le liquic céphalo-rachidien a, en grande partie, disparu ; les artères ou l sinus ne contiennent qu'un sang en partie disparu ou coagulé. C ne sont pas là des organes tels qu'ils se présentent chez l'individ vivant. La matière coagulable injectée par M. Luys dans la cavit crânienne ne remplace pas le sang artériel ni le liquide céphalo rachidien. C'est donc là un argument insidieux.

M. Luys invoque, à l'appui de sa théorie, plusieurs faits patholo giques ; deux faits, entre autres, empruntés l'un à Broca, l'autre M. Verneuil. Mais tous ces faits trouvent leur explication dans no connaissances sur la circulation cérébrale. Quant aux pièces pré sentées par M. Luys, elles n'apportent aucun élément nouveau M. Luys ne s'appuie que sur des arguments anatomiques, alor qu'il faudrait des arguments physiologiques.

mouvement fébrile et par suite nous donne moin
tude.

Tels sont les faits que je voulais vous présenter

M. CONSTANTIN PAUL. Il a été question, dans cette discussion, soit des déplacements possibles du cerveau, soit des mouvements d'expansion ou de retrait de cet organe, sous l'influence de la circulation et de la respiration. Il est d'autres changements de volume du cerveau bien autrement considérables. Le cerveau n'échappe pas à la loi commune, il peut maigrir ou engraisser, s'atrophier ou s'hypertrophier. Cruveilhier l'affirmait déjà dans son « Anatomie pathologique », M. Sappey en dit autant dans son « Anatomie », et ils ont cité l'un et l'autre, à l'appui, des exemples d'hydrocéphalie. Ce n'est pas seulement à la suite de l'atrophie sénile ou morbide que le liquide augmente de quantité. Il s'accroît également à la suite de toutes les maladies aiguës ou chroniques assez longues pour produire un amaigrissement notable. L'encéphale participe à cette réduction de volume, commune à tous les organes essentiellement composés de substance grasse.

Voilà donc des faits déjà établis classiquement. Restait à en examiner les conséquences.

M. Constantin Paul rapporte comment, étant chargé du service de l'infirmerie de Bicêtre, où il avait eu à examiner un grand nombre de cerveaux, il avait rencontré des cas où les deux ventricules, au lieu d'avoir leurs parois appliquées l'une sur l'autre, représentaient des cavités réelles. Ces cavités étaient remplies par du liquide céphalo-rachidien. Il y avait une diminution de volume du cerveau, une véritable hydrocéphalie *ex vacuo*. Dans ces conditions, les circonvolutions restaient appliquées à la voûte crânienne et les ganglions cérébraux à la base sans déplacement.

Ainsi, lorsque le cerveau vient à maigrir par suite d'un état cachectique ou de l'atrophie sénile, les circonvolutions comme les ganglions cérébraux gardent leur place habituelle, leurs rapports avec le squelette. C'est le ventricule qui, en s'ouvrant et se dilatant, permet à cette rétraction de se faire sans inconvénient.

Voilà l'explication de la présence des ventricules du cerveau.

M. Constantin Paul en trouve encore la preuve dans l'examen de l'état pathologique. Ici il rapporte un grand nombre d'observations, consignées la plupart dans la thèse d'un de ses anciens élèves, les unes relatives à des cas d'atrophie partielle, d'autres à une lésion locale du cerveau, n'occupant le plus souvent qu'un hémisphère.

Ainsi, conclut-il, quand les membranes d'enveloppe du cerveau sont adhérentes entre elles, la dilatation du ventricule continue jusqu'à ce que la paroi ventriculaire ait rejoint la scissure cérébrale. Si, au contraire, les membranes d'enveloppe sont libres d'adhérence, lorsque le ventricule sera distendu autant que son élasticité le permet, les circonvolutions s'aplatissent.

Telle est la fonction des ventricules latéraux, fonction inconnue jusqu'ici.

PRÉSENTATION

Appareil pour le lavage de l'estomac. — M. BOISSEAU DU ROCHER présente à l'Académie un instrument pour le lavage de l'estomac, se composant d'un appareil à injection et d'un appareil d'aspiration, fixés sur un tube en caoutchouc à double courant.

La séance est levée à cinq heures un quart.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de pathologie et de clinique infantiles (1), par M. le docteur A. DESCROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

On se ferait une idée inexacte du livre de M. le docteur Descroizilles et on courrait risque d'en méconnaître l'importance et la valeur, si on prenait son titre trop au pied de la lettre. Ce titre, en effet, ne s'applique qu'au format. Par la largeur et l'élévation des vues générales, par la description magistrale des symptômes, l'étude approfondie des causes, des indications thérapeutiques et de toutes les circonstances morbides que présentent, sous des modes si multiples et si variés, les maladies de l'enfance, l'ouvrage sort à chaque instant des limites étroites d'un manuel et devient un véritable traité de pathologie infantile.

Chaque page est empreinte de cet esprit médical solide et positif sans être aride, qui s'adresse au jugement plus encore qu'à la mémoire, parce qu'il est nourri de faits et fécondé par les réflexions que suggère une longue pratique. N'est-ce pas là une qualité dominante et maîtresse? L'œuvre où elle manquerait serait-elle durable? Un manuel ne se réduirait-il pas alors à une froide et stérile énumération mnémotechnique?

Mais il y a bien d'autres qualités dans ce livre : la méthode, la clarté, la concision, l'art d'exposer les phénomènes suivant leur enchaînement naturel, ou de les grouper d'après leur ordre hiérarchique, une appréciation toujours exacte et rigoureuse de leur signification diagnostique, le sentiment vrai des indications qu'ils suggèrent, la mesure et le tact dans le choix des médications et le maniement si délicat des moyens thérapeutiques, la sagesse et la prévoyance d'une hygiène qui doit améliorer le présent et sauvegarder l'avenir.

(1) In-12 de 1063 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Un ouvrage aussi capital ne peut pas être analysé en quelques lignes. Nous devons nous borner ici à le juger dans son ensemble et à signaler d'une façon sommaire les principaux chapitres.

Les premiers qui servent d'introduction comprennent tout ce qui est relatif à la pathologie générale de l'enfance. Il est indispensable de la connaître à fond si on veut s'éviter les ennuis et les difficultés d'une initiation toujours pénible. Quel est le praticien, même parmi les plus expérimentés en fait de maladies d'adultes, qui ne s'est pas senti, avant cette initiation, embarrassé et perplexe devant ce problème ardu, récalcitrant, aux cris et aux mouvements hostiles, que présentent la plupart des enfants malades? C'est alors que les conseils d'un spécialiste sont éminemment utiles. Aussi l'auteur a-t-il consacré un long article aux règles et aux procédés de l'exploration clinique chez les enfants. Dans les préliminaires, on trouve également des considérations physiologico-pathologiques pleines d'intérêt sur la croissance, le poids, la taille, la dentition, les anomalies et les difformités congénitales, etc.; et des préceptes touchant l'alimentation, l'hygiène et la thérapeutique des enfants malades et infirmes.

Viennent ensuite les maladies aiguës et chroniques de chacun des grands appareils de l'économie, dans l'ordre suivant : celles de l'appareil digestif, des organes génito-urinaires, de l'appareil respiratoire, des organes de la circulation, du système cérébro-spinal et de l'appareil locomoteur. Le choix serait difficile à faire au milieu de ce vaste ensemble, si on n'avait égard qu'au soin avec lequel chacun des chapitres qui le composent a été traité. Mais on peut en recommander plus particulièrement quelques-uns à cause de la spécialité et de l'importance de la maladie, entre autres : les affections diphtéritiques, le croup et la trachéotomie, les bronchopneumonies, les dyspepsies infantiles et leurs conséquences prochaines ou éloignées, la toux nocturne, la coqueluche, la méningite tuberculeuse, les convulsions, les maladies mentales, si curieuses à cet âge, etc., etc.

Une partie traitée avec tous les développements qu'elle comporte, c'est celle qui comprend les maladies des os, des articulations, des muscles. Les nombreuses variétés du rhumatisme, les arthropathies de toute origine, les myosites aiguës et chroniques, enfin les déviations qui en résultent, sont décrites avec une abondance de détails, qui ne se trouve que dans les livres consacrés exclusivement à l'orthopédie.

Voilà une heureuse excursion dans le domaine de la chirurgie, qui sera la bienvenue pour plus d'un praticien.

Toutes les maladies chroniques chez les enfants ont été étudiées et décrites par M. le docteur Descroizilles avec une sorte de prédilection. Nous ne saurions trop l'en louer. Si elles offrent un intérêt moins immédiat que les maladies aiguës, leur connaissance approfondie est d'une utilité tout aussi grande et d'une portée plus considérable. Leur origine presque toujours constitutionnelle, leur caractère essentiellement personnel, ne fournissent-ils pas en effet, dès l'âge le plus tendre, des notions précieuses sur ce que sera la manière d'être, au physique et même au moral, de l'individu, pendant la durée entière de son existence?

Pour terminer l'énumération des principaux chapitres, citons encore ceux qui sont consacrés aux maladies de la peau, aux fièvres, aux maladies dyscrasiques, dystrophiques et cachectiques, aux affections parasitaires, aux maladies virulentes et aux diathèses.

Cette encyclopédie des maladies aiguës et chroniques de l'enfance, si habilement résumée et condensée en un seul volume, rendra de grands services à tous les médecins. Les étudiants, les praticiens qui débutent, et même ceux qui ont déjà de l'expérience, mais qui tiennent à compléter et à perfectionner leurs connaissances, y trouveront une ample provision de préceptes excellents. S'ils veulent enrichir leur thérapeutique, ils n'auront qu'à puiser, à leur choix, dans le formulaire de la fin, qui est aussi complet et aussi varié qu'on le peut souhaiter.

Ce manuel sera donc consulté et étudié avec fruit par tous ceux qui voudront apprendre les maladies de l'enfance. En outre il

de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, et M. Lespiault, professeur de mécanique rationnelle à la Faculté des sciences de Bordeaux; tous deux sont membres sortants.

École supérieure de pharmacie. — Élu : M. Jacquemin, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Chatin, directeur de l'École supérieure de Paris.

— La question donnée aux candidats du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris, pour la quatrième épreuve — épreuve écrite, — a été : Du tissu osseux; Des fractures spontanées.

— Des travaux vont être prochainement entrepris à l'hôpital Lariboisière pour la création d'une consultation pour les femmes enceintes et l'annexion au service d'accouchements de chambres d'isolement et de logements pour les sages-femmes.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — M. J.-L. Tempié vient de faire don à la Faculté des sciences de Montpellier d'une somme de 10,000 francs pour la fondation d'un prix annuel qui portera le nom du donataire. Ce prix sera décerné, sous forme d'instruments de travail et de livres à celui des candidats à la licence ès sciences naturelles, — élève de ladite Faculté, — qui aura passé les meilleurs examens dans le cours de l'année, pourvu qu'il ait obtenu la note minimum *assez bien* pour l'ensemble des épreuves.

Dans le cas où le prix ne serait pas décerné, les arrérages dis-

ponibles seront convertis en une rente qui augmentera la valeur 1 prix pour les années suivantes.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur ouis Viollet, décédé à Paris à l'âge de soixante ans.

—La Société de médecine légale vient de nommer : 1° *Membres tulaires :* MM. le docteur Barthélemy, chef de clinique à la Faculté e médecine; Benoit, juge d'instruction; Bordier, avocat à la cour 'appel; le docteur Bouchereau, médecin de l'asile Sainte-Anne; lbert Liouville, docteur en droit; le docteur Socquet. — 2° *Membre rrespondant étranger :* M. le professeur da Mazio, à Bahia.

— M. le docteur Terrillon, suppléant M. le professeur Gosselin, eprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Chaité, le vendredi 2 mai 1884, à neuf heures du matin, et les contiuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le professeur Charcot recommencera ses leçons cliniques es affections nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le vendredi mai 1884, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les endredis suivants, à la même heure.

Les leçons au lit du malade continueront, comme par le passé, ous les mardis à neuf heures du matin.

— M. le docteur Martin reprendra, à l'hôpital de Lourcine, son cours clinique de gynécologie et de syphiligraphie, le mercredi 14 mai, à neuf heures, et le continuera les mercredis à la même heure. — Tous les jours, visite des malades à neuf heures.

— *Muséum.* — M. le professeur Ch. Rouget commencera le cours de physiologie générale le jeudi 1er mai 1884, à quatre heures et demie du soir, et le continuera les jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée.

Son cours aura pour objet cette année : 1° les mouvements du cœur; 2° les mouvements érectiles, spécialement ceux des organes de la génération chez les végétaux et les animaux.

Les leçons pratiques auront lieu le mardi, de trois à quatre heures, dans le laboratoire.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera une herborisation publique le dimanche 4 mai, dans les bois du Vésinet. Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à onze heures et demie, pour la station de Chatou.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16135.

N° 52. — SAMEDI 3 MAI 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 3 MAI 1884. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. La fièvre typhoïde : Expériences d'inoculation; — Fièvre typhoïde ébauchée; période prodromique. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Deux cas de gangrène des membres inférieurs par artérite; guérison. — Appareil pour le lavage de l'estomac. — REVUE DE LA PRESSE. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La fièvre typhoïde.

Encore un mot au sujet de la fièvre typhoïde et ce sera le dernier pour le moment. Dans nos deux revues précédentes, nous avons esquissé les larges considérations étiologiques développées dans le livre de M. Noël Gueneau de Mussy et dans les mémoires et rapports de M. L. Colin, et nous avons passé en revue quelques-unes des méthodes de traitement. Ce sont ces mêmes considérations étiologiques qui ont été débattues dans la discussion de l'année dernière à l'Académie et qui ont, en grande partie, fourni le texte des conclusions qu'elle a adoptées sur les mesures prophylactiques à proposer à l'administration. Dans ces conclusions, on s'en souvient, tout en faisant la part qui revient, soit comme causes prédisposantes, soit comme causes adjuvantes, à toute la série des influences générales des climats, des saisons, de l'encombrement, de l'insalubrité d'habitation, etc., une part importante, on peut dire la part principale, était réservée à l'action directe des émanations des fosses d'aisances et des accumulations de matières fécales et à l'usage des eaux qui en ont été souillées. Le rapport de l'Académie, en effet, en évitant toute formule doctrinale sur les points d'étiologie en discussion, n'en visait pas moins, en réalité, dans ses propositions, la cause en question. Mais cet assentiment très général, presque unanime, comme entraîné par une grande accumulation de témoignages et d'observations concordantes, repose réellement beaucoup plus peut-être sur des circonstances coïncidentes que sur un rapport direct bien établi et démontré. Cependant un commencement de démonstration expérimentale existait, qui semblait devoir donner à la théorie de l'origine fécale de la fièvre typhoïde l'appoint d'une épreuve directe, et dont il ne nous paraît pas qu'on ait suffisamment tenu compte ni dans les délibérations de l'Académie ni dans les publications qui ont été faites depuis, et notamment dans celles qui viennent particulièrement de nous occuper. Nous voulons parler des expériences d'inoculation de matières typhoïdiques qui ont été faites, il y a quelques années, par M. J. Guérin, et qui ont fait le sujet de trois mémoires successifs lus à l'Académie des sciences, en 1877, et d'une communication faite dans la même année à l'Académie de médecine et rappelée dans la dernière discussion.

Bien que nous ayons déjà, dans le temps, mis sous les yeux de nos lecteurs un résumé analytique de ces diverses communications, nous croyons devoir en rappeler en ce moment l'objet et les résultats, d'autant que si l'on ne voulait pas y trouver les éléments d'une véritable solution de la question, on ne saurait, du moins, se défendre d'y voir des jalons posés sur la voie qui y pourra conduire. Ce très rapide rappel nous permettra d'ailleurs, par la même occasion, de revenir aussi un instant sur un autre point de l'histoire de la fièvre typhoïde sur lequel M. J. Guérin a émis des vues dont on ne lui contestera ni la propriété ni l'originalité : nous voulons parler des ébauches de fièvre typhoïde.

Expériences d'inoculation.

Le problème posé de l'influence pathogénique des émanations des fosses d'aisances impliquait, pour amener une solution, l'examen des questions préalables suivantes, savoir : 1° si les matières stercorales, considérées d'une manière générale, renferment, par le seul fait de leur agglomération, les principes morbides qu'on leur attribue, ou bien si ces principes résultent d'un certain mode d'altération postérieure à leur dépôt ; 2° si les éléments morbides résultant de ce travail sont d'un caractère général ou d'une nature spéciale ; 3° si, au contraire, les émanations des dépôts ne possèdent la propriété spéciale et même spécifique qu'on leur attribue d'engendrer la fièvre typhoïde qu'en vertu des matières émanant directement des sujets atteints de la maladie, et par conséquent du mélange de ces matières avec celles accumulées dans le dépôt ; 4° enfin, si le principe typhoïdique, dont les matières excrétées par les malades seraient le véhicule, s'est développé après la sortie des matières, ou bien avant leur sortie, dans le corps même du typhique. De ces éléments divers du problème complexe ainsi formulé, M. J. Guérin s'est d'abord attaché à un seul, savoir : si les matières excrétées par les typhiques renferment directement et de prime abord un principe toxique bien caractérisé. C'est pour résoudre ce point unique de la question qu'ont été entreprises les expériences, qui ont consisté à recueillir des matières alvines de typhiques fournies par des malades traités dans les hôpitaux et à les introduire dans le tissu cellulaire sous-cutané de divers animaux. Nous renverrons pour les détails de ces expériences aux *Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences* (pre-

mier semestre, année 1877). Nous n'en voulons citer ici que les résultats. Les premiers résultats d'expériences comparatives faites avec les produits excrémentitiels des typhiques et ceux qui ont été recueillis sur des sujets sains ou sur des malades atteints de toutes autres maladies diverses, ont été ceux-ci : 1° les matières fécales des typhiques renferment, à leur sortie de l'économie, un principe toxique susceptible de donner la mort aux animaux en expérimentation dans un temps qui a varié de quelques heures à quelques jours; 2° les matières fécales des sujets sains ou atteints d'autres maladies ne possèdent pas les mêmes principes toxiques. Voilà ce qu'a donné l'expérimentation. Rien de plus, mais c'était déjà un fait important acquis. Le rapprochement de ce résultat avec les examens cadavériques et avec l'observation clinique a conduit M. J. Guérin à formuler les autres propositions : que ces éléments toxiques résultent de la fermentation des matières stercorales retenues et accumulées à la fin de l'intestin grêle, derrière la valvule iléo-cœcale ; que les lésions organiques spécifiques de la fièvre typhoïde sont des effets de l'action virulente des matières typhiques ; et que les troubles fonctionnels ou symptômes généraux de la maladie sont tout à la fois le résultat de la pénétration des mêmes matières dans l'organisme et des altérations organiques qu'elles y déterminent ; enfin que le poison typhique, engendré par la fermentation stercorale, se répand incessamment au dehors par toutes les voies excrétoires de l'économie, d'où la transmissibilité de la maladie et la formation de foyers d'infection susceptibles de la reproduire sous la forme endémique et épidémique.

De ces propositions, dont quelques-unes pourraient évidemment prêter à discussion, nous ne voulons pour le moment retenir que le fait expérimental seul avec sa signification immédiate, pour dire que c'est là en réalité un fait important qui donne un appui efficace à la théorie étiologique de l'origine fécale de la fièvre typhoïde, mais en la restreignant et la précisant davantage à la fois.

Maintenant, que les micrographes viennent ajouter à ce fait le contingent de leurs recherches et nous montrer le germe contage sous l'aspect d'un être figuré, d'un microbe quelconque, nous sommes tout prêts à en accueillir la démonstration : toujours est-il que l'honneur de la première tentative expérimentale en devra rester à M. Guérin.

Fièvre typhoïde ébauchée. Période prodromique.

Le second point sur lequel nous avons voulu revenir, parce qu'il nous paraît devoir être fécond en études nouvelles et en applications prophylactiques et thérapeutiques, est celui des formes ébauchées et de la période prodromique de la fièvre typhoïde. Nos lecteurs n'ont pas oublié la communication que fit sur ce sujet M. J. Guérin à l'Académie de médecine, il y a aujourd'hui un peu plus d'un an, et l'appréciation qui en fut faite alors par l'un d'entre nous dans la *Gazette des hôpitaux*. Il nous suffira de rappeler ici, en manière de conclusions, les faits établis par M. J. Guérin, savoir : que l'action du virus typhique est susceptible de s'exercer sur l'organisme humain à des degrés différents et que les modifications qui en résultent peuvent s'exprimer par des changements dans les formes, dans la marche, la durée et l'intensité de la maladie.

L'épidémie de 1882, à l'occasion de laquelle cette proposition a été énoncée, était elle-même une démonstration manifeste de sa justesse, par les formes variées et incomplètes qu'elle avait présentées, par sa marche indécise, par la discordance fréquente des lésions constatées et surtout par son exceptionnelle bénignité.

Une deuxième proposition résume l'étude de M. J. Guérin sur la période prodromique de l'affection. C'est celle-ci : l'existence de la période prodromique de la fièvre typhoïde peut être démontrée de deux façons : par la constatation empirique des phénomènes antérieurs à l'explosion de la maladie proprement dite et par l'indication des premiers effets de sa cause prochaine.

Les symptômes et les malaises qu'accusent presque invariablement tous les malades avant le moment où ils s'arrêtent et s'alitent, et où l'on ne voit généralement qu'un état gastrique ou bilieux, une courbature, le résultat d'une fatigue excessive ou d'un mauvais régime, sont, aux yeux de M. Guérin, la maladie elle-même à sa période prodromique. C'est surtout en rapprochant ces phénomènes des diverses phases assignées par M. Guérin au développement et à l'évolution de la cause prochaine, fermentation putride des matières stercorales dans l'intestin, leur action locale sur la surface intestinale, leur passage par les ganglions et l'intoxication progressive et générale de l'économie par leur absorption, que l'on peut le mieux se rendre compte des évolutions de la maladie elle-même, y compris les premiers troubles de la santé, qui en annoncent et en font prévoir l'explosion manifeste. Pour M. Guérin, cet agent toxique, qu'il se soit formé de toute pièce dans l'intestin, auquel cas il répond à l'idée de spontanéité, qui a suscité il y a quelque temps une si grande indignation, ou qu'il arrive de l'extérieur, ce qui est d'accord avec l'idée étiologique dominante aujourd'hui, concourt déjà, avant son absorption et sa dissémination dans l'organisme, à l'évolution de la période prodromique de la forme intestinale de la fièvre typhoïde. Dans cette forme dite spontanée, la concordance la plus rigoureuse existe entre les phases, les formes, le siège et les degrés des altérations anatomiques et l'action des ferments stercoraux. Mais cette concordance est moins rigoureuse, elle peut manquer même à quelques égards, lorsque l'agent toxique vient du dehors, selon la voie par laquelle s'est opérée la transmission. D'où les variétés que l'on connaît dans les formes de l'affection, comme dans les formes même de ses prodromes.

Ces formes de la période prodromique ne sont autre chose, pour M. Guérin, que les formes ébauchées de la maladie. De part et d'autre, c'est la première manifestation de l'action toxique de l'agent typhogène. Les formes ébauchées témoignent d'une cause atténuée qui s'arrête à ses premiers effets ; les formes prodromiques expriment la même cause, qui n'a pas encore produit tous ses effets, mais qui les produira.

Ces considérations n'ont pas seulement un intérêt purement théorique et scientifique, elles sont susceptibles aussi de se résoudre en applications pratiques, soit prophylactiques, soit thérapeutiques ; et ce sont ces applications que nous avons plus particulièrement visées en les résumant en ce moment. Dans la généralité des cas, surtout dans la pratique hospitalière, la thérapeutique n'intervient qu'à une période déjà plus ou moins avancée de la maladie et alors que celle-ci est déjà constituée au double point de vue de la phase de l'action primitive locale de l'agent toxique et de la maladie réalisée, c'est-à-dire du nouveau fonctionnement physiologico-pathologique spécial créé par la pénétration de cet agent dans l'organisme. On sait assez tous les tâtonnements,

toutes les hésitations, tous les essais par lesquels ont passé tous les praticiens, et d'après le résumé de la dernière discussion académique, tous les doutes, toutes les incertitudes qui en ont été le triste aboutissant. S'attaquer aux prodromes toutes les fois que cela est possible, chercher dès le principe à chasser de l'économie l'agent infectieux qui s'y est développé ou qui y a pénétré, à en neutraliser l'action par des agents antiseptiques appropriés, n'est-ce pas là surtout la voie dans laquelle devrait s'engager la thérapeutique, sans négliger, bien entendu, les grandes mesures d'assainissement et de prophylaxie générale, enquêtées et proposées de toutes parts? Mais pour cela il faut étudier et guetter avec soin, pendant le règne des épidémies typhoïdes surtout, les phénomènes prodromiques, en vue de les enrayer dès leur début et de réduire par là la maladie à cet état d'ébauche que produit parfois la nature elle-même. Les évacuants employés dès les premiers soupçons de la maladie, les purgatifs pour la forme abdominale, les vomitifs, l'ipéca surtout, pour la forme thoracique, l'alternance des évacuants et des désinfectants, le charbon notamment, dans les jours suivants, tels sont les moyens principaux que M. J. Guérin préconise et à l'aide desquels il assure avoir plus d'une fois réussi à faire avorter la fièvre typhoïde à son début. Des résultats du même genre et par des moyens analogues ont été rapportés par Griesinger en Allemagne. Ce ne sont là que des indications : les moyens de les remplir peuvent varier. Le but est signalé : c'est le principal.

C'est sur ces idées ou plutôt sur ces interprétations d'une observation sagace et persévérante, jointe à une expérimentation qui implique un certain courage ; c'est surtout sur les applications pratiques dont elles sont susceptibles, que nous avons voulu appeler aujourd'hui de nouveau l'attention, parce qu'elles ne nous ont pas paru jusqu'à présent l'avoir suffisamment fixée. En les propageant, en les signalant avec une insistance nouvelle au double contrôle, soit des expérimentateurs, soit des observateurs et plus particulièrement des praticiens, nous espérons provoquer de nouvelles expériences complémentaires utiles et de nouvelles observations.

Si nous adressons plus particulièrement cet appel aux praticiens qui exercent dans de petites localités, c'est parce que nous ne pouvons oublier que c'est d'eux surtout que nous est venue la notion et la démonstration du fait, si longtemps méconnu ou contesté dans nos écoles, de la contagion de la fièvre typhoïde. De même que personne n'était mieux placé qu'eux pour résoudre cette question, pratiquant au sein de populations circonscrites, vivant dans une plus ou moins grande intimité au milieu des familles, où il est aisé de reconnaître à leur naissance les épidémies locales, d'en saisir à la piste la marche, la succession et les voies de propagation, personne, et par les mêmes raisons, n'est mieux qu'eux à même de leur appliquer le précepte du *principiis obsta*.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Deux cas de gangrène des membres inférieurs par artérite ; guérison.

La gangrène sèche des membres inférieurs qui reconnaît des causes très diverses est cependant le plus souvent le résultat de l'artérite. J'ai observé l'année dernière deux cas de ce genre. Ils sont si semblables qu'il m'a paru bon de les publier.

Obs. I. — M. Ch..., soixante ans, près de qui je fus appelé en février 1883, était malade depuis trois mois. Il avait éprouvé d'abord des douleurs vives dans le cou-de-pied gauche, puis il était survenu du gonflement de tout le pied. Le docteur Bouchereau, qui le soignait, songea à une gangrène des extrémités. Le malade, qui avait jadis étudié la médecine, s'examinant lui-même, avait constaté l'absence des battements de l'artère pédieuse et de la tibiale postérieure. Bientôt apparurent des points noirs, puis des escarres à la face interne du gros orteil, à la pulpe du deuxième et à la face interne du cinquième.

Lorsque je vis le malade, j'interrogeai ses antécédents : il y avait des habitudes de boissons alcooliques, non qu'il en eût été fait excès, mais le malade vivait bien et ne mouillait pas son vin. Je n'hésitai pas à penser qu'il s'agissait d'une gangrène par artérite ; il n'y avait d'ailleurs aucune diathèse, pas de sucre ni d'albumine dans l'urine.

Le pied présentait les signes de la gangrène dite sénile, il y avait quatre plaques gangreneuses non limitées de l'étendue d'une pièce de un centime aux lieux indiqués. L'artère poplitée ne battait plus, elle était dure ; l'artère fémorale battait faiblement et était également dure. La température du pied gauche était plus basse que celle du pied droit.

Je prescrivis des cataplasmes froids sur le pied. Ce traitement ne soulagea pas le malade, qui souffrait tellement qu'il ne pouvait dormir dans son lit et passait ses nuits sur un fauteuil.

L'état resta le même pendant un mois ; au bout de ce temps l'escarre de la face interne du gros orteil se détacha, mais la gangrène du second orteil continuait sa marche envahissante. Comme il y avait de l'œdème rouge du membre inférieur jusqu'au tiers moyen de la cuisse, comme les battements de l'artère crurale avaient disparu, je jugeai que la coagulation du sang dans l'artère remontait. Je fis appliquer un grand vésicatoire volant en bande à la face interne de la cuisse depuis l'aine jusqu'au genou, et huit jours après j'en fis appliquer un sur la région du creux poplité.

A ce moment ce malade fut transporté à l'infirmerie des frères Saint-Jean-de-Dieu, le 25 avril, où je continuai à le soigner. Deux nouveaux vésicatoires furent appliqués dans le cours de trois mois et demi que le malade resta dans cette infirmerie, et successivement je vis la gangrène du petit orteil s'éliminer ; les escarres du deuxième orteil commencèrent à se détacher. En même temps l'œdème du membre disparut, et quelques battements devinrent perceptibles dans plusieurs artères sous-cutanées de la jambe et du pli de l'aine. A ce moment la circulation collatérale se rétablissait.

A partir du mois de juin 1883 les escarres se détachèrent, la cicatrisation s'effectua rapidement et ne fut retardée que par l'élimination d'une phalange du deuxième orteil. Le malade commença à se lever et marcha avec des béquilles ; enfin il s'en alla dans son pays aux environs de Paris.

Le résultat de cette maladie fut la perte de la totalité du deuxième orteil et de la pulpe du cinquième. Mais le malade conserva une légère flexion de la jambe sur la cuisse, due à la rétraction d'une bride dans le creux poplité, qui me paraissait être l'artère poplitée réduite à un cordon fibreux. La circulation collatérale rétablie avait rendu au membre sa chaleur et sa coloration normales. Le malade était guéri d'une gangrène par artérite avec coagulation du sang dans les vaisseaux. Le malade marchait sans béquilles au mois de septembre 1883, époque à laquelle je le revis.

Obs. II. — *Gangrène sèche par artérite, guérison.* — Le nommé R... (François), cinquante-cinq ans, garçon distillateur, est entré le 8 août 1883, salle Saint-Jean, lit n° 6.

Voici son histoire : Le père du malade est mort à l'âge de cinquante-neuf ans d'une maladie de cœur avec anasarque.

Sa mère est morte de vieillesse à quatre-vingt-quatre ans.

Ils étaient treize enfants dont il ne reste plus que sept.

Le malade est né le quatrième.

Tous ceux qui sont nés avant lui vivent encore et se portent bien.

Parmi ceux qui sont morts, un a été tué par accident, un a succombé au diabète et les autres sont morts en bas âge.

Le malade lui-même s'est toujours bien porté et ne s'est jamais alité, si ce n'est pour une entorse du pied droit survenue en 1870. Mais jamais le malade n'a rien eu d'autre du côté où il souffre actuellement.

Vers le mois de juin 1883, le malade a eu une douleur dans le mollet gauche et sa jambe enfle légèrement le soir. Le médecin consulté pense à des varices profondes et ordonne un bas élastique.

Sous l'influence de cette compression, tout disparaît et le malade peut continuer le travail fatigant qu'il fait journellement. Le pied ne se fatiguait pas et n'enflait pas.

Le 16 juillet 1883, après une longue course que fait le malade, son pied gauche devient froid et est excessivement douloureux.

Le lendemain matin, sous l'influence du repos, presque tous ces phénomènes douloureux ont disparu, mais dès lors, tous les soirs, les douleurs reviennent et s'accentuent de plus en plus.

Après quatre jours, pendant lesquels le malade ne marche qu'avec peine, il est forcé de se mettre au lit et fait venir un médecin. Celui-ci prescrit des frictions au baume Opodeldoch, mais le malade va à l'hôpital Saint-Antoine.

A la consultation, on lui conseille la ouate et les cataplasmes.

Le malade, de retour chez lui, fait ce traitement pendant quatre jours; mais, ne ressentant aucun soulagement, il retourne à l'hôpital Saint-Antoine, où il voit d'autres médecins qui ajoutent les bains alcalins à la première prescription.

C'est après trois ou quatre jours de ce nouveau traitement que le malade vient à la consultation de M. Després, car il trouve que cela va de plus en plus mal.

Les deux pieds mis en parallèle présentent de notables différences.

Le pied gauche plus froid est de couleur légèrement bleu violacé. Cette couleur est surtout accentuée sur les parties périphériques et au niveau des premier et cinquième orteils. La sensibilité est à peu près normale.

M. Després porte le diagnostic de gangrène sèche par artérite et ordonne deux vésicatoires.

Chaque vésicatoire a la largeur de la paume de la main, et l'on place l'un au creux poplité et l'autre au niveau du triangle de Scarpa.

De plus, le malade doit avoir son pied continuellement enveloppé de ouate.

Le malade fit ce qui lui était ordonné.

Il revient deux jours après, se plaignant un peu moins, mais déclarant qu'il ne peut se soigner chez lui parce qu'il est dans l'impossibilité absolue de marcher. Il est admis à entrer à l'hôpital (8 août). Le petit orteil était de couleur jaune noirâtre et une escarre commençait à se former. Le gros orteil présentait une teinte d'un bleu lie de vin, spéciale et surtout marquée au-dessous.

Les autres orteils étaient à peu près à l'état normal. Le pied était très froid. La jambe n'offrait rien de particulier, mais à l'examen des artères on constatait que les battements de la fémorale et de la poplitée étaient très faibles et à peine perceptibles. La plante du pied piquée avec une épingle est à peine sensible. Les artères radiales sont légèrement athéromateuses, mais battent normalement.

Il n'y a rien au cœur.

8 août. — Le malade est mis au lit, le pied et le bas de la jambe entourés de ouate.

10 août. — Sur la face dorsale du pied, on constate des traînées rouges de lymphangite, au nombre de cinq ou six. Elles remontent au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne et ont pour point de départ le gros orteil. Celui-ci est mortifié et le sillon éliminateur devient très apparent tout autour de l'escarre. L'état général est bon, mais le malade se plaint de ne pas dormir beaucoup.

L'appétit est conservé, malgré une constipation qui nécessite un verre d'eau de Sedlitz.

16 août. — On remplace la ouate par des cataplasmes.

17 août. — On applique un vésicatoire au-dessous du creux poplité et une grande bande de vésicatoire sur le trajet de l'artère fémorale, depuis le genou jusqu'au pli de l'aine.

20 août. — Le 20 août le malade a un état général très satisfaisant et se plaint beaucoup moins de son pied. Les douleurs sont presque nulles.

21 août. — La santé générale reste en très bon état. Le petit orteil ne forme plus qu'une escarre qui tend à s'éliminer. Le gros orteil présente un état moins avancé.

22 août. — Même état. La plante du pied tend à recouvrer sa sensibilité, mais le gros orteil l'a entièrement perdue.

13 septembre. — Depuis le 22 août la santé générale est restée bonne et l'élimination des escarres suit son évolution.

Le malade a toujours eu ses urines normales.

17 septembre. — La circulation de la jambe se rétablit peu à peu, grâce à une circulation collatérale qui est surtout manifeste autour du genou. A ce niveau, une artère articulaire supérieure atteint un volume supérieur à celui de l'artère radiale. Les battements sont très accentués et sont constatés même à la simple inspection.

Le petit orteil, entièrement sphacélé, est tombé.

19 septembre. — La cicatrisation du petit orteil commence à se produire.

22 septembre. — Le petit orteil est cicatrisé et le gros orteil est presque éliminé.

29 septembre. — Chute du gros orteil (pansement simple).

4 octobre. — La plaie du gros orteil est en voie de réparation, et il ne reste plus qu'une petite pointe osseuse à tomber.

9 octobre. — La plaie se cicatrise sans complication.

17 octobre. — Malgré la pointe osseuse qui n'est pas éliminée, la circulation suit son cours normal, mais la jambe présente un peu d'œdème.

19 octobre. — L'œdème a presque disparu.

21 octobre. — L'œdème reparaît de nouveau et monte jusqu'à la moitié du mollet. Le malade ne souffre pas.

(Il n'y a eu aucune imprudence de la part du malade.)

M. Després attribue cet œdème à une poussée d'angioleucite profonde.

22 octobre. — L'œdème continuant à augmenter, on place une bande de vésicatoire sur le trajet de la fémorale.

28 octobre. — L'œdème monte jusqu'à la racine de la cuisse, mais le malade ne souffre pas.

Le membre a une température normale.

1er novembre. — L'œdème est moins dure et semble diminuer.

3 novembre. — La résolution de l'œdème se manifeste de jour en jour.

9 novembre. — L'œdème a presque totalement disparu.

L'état général du malade est resté excellent.

La cicatrisation du gros orteil n'a pas eu à souffrir de cette complication et est presque complète.

15 novembre. — Il n'y a plus aucune trace d'œdème et la cicatrisation du gros orteil est achevée. Le malade serait complètement guéri sans une petite épine osseuse qui fait saillie à l'extrémité du moignon du gros orteil.

Le petit séquestre tombe le 20 février 1884, et la cicatrisation est complète; le 25 mars le malade a repris ses occupations.

Ces deux observations montrent que la guérison de la gangrène par artérite est possible au prix de la perte de un ou de deux orteils. Ceci n'est pas neuf, seulement il est bon de le rappeler, et je pense que la révulsion énergique appliquée sur ce trajet de l'artère contribue beaucoup à faciliter la guérison.

Le diagnostic de la cause de la gangrène a été fait et a

évité au chirurgien de tomber dans une erreur assez commune qui le pousse à pratiquer l'amputation de la cuisse. Il eût été probable que l'un des malades au moins, le plus jeune, aurait guéri, et cela aurait encouragé de nouveau à amputer les membres atteints de gangrène à la suite de pneumonie ou de maladies de cœur, c'est-à-dire de gangrène par embolie. J'ai fait trois fois, à mon corps défendant, ces amputations; le seul malade qui a survécu est mort de thrombose quarante jours après l'amputation, le premier jour où il se leva. Chez les deux autres, la gangrène a envahi le moignon. Je me suis abstenu d'amputer tous les autres malades que j'ai observés, et un malade a guéri comme les deux dont je viens de rapporter l'observation. C'était, comme eux, un malade ayant des artères calcifiées, suites d'habitudes alcooliques; dans les trois cas, le diagnostic a indiqué le traitement : combattre l'artérite, c'est-à-dire prévenir autant que possible la coagulation du sang dans l'artère principale du membre.

REVUE DE LA PRESSE

Souffle systolique de la pointe. — Un des éléments des bruits de souffle cardiaque dont on a coutume de tenir grand compte est assurément le siège maximum de ce bruit. Le trouve-t-on à la base? c'est l'aorte ou l'artère pulmonaire que l'on incrimine; à la pointe? c'est l'orifice mitral; entre la pointe et l'épigastre? c'est l'orifice tricuspide.

Habituellement, la conclusion précédente est la bonne; mais il y a des exceptions.

Ainsi tous les cliniciens savent que le siège maximum du souffle diastolique de l'insuffisance aortique est parfois reporté en bas, sur le bord gauche du sternum, vers la base de l'appendice xiphoïde ou près de la pointe; mais le siège *exclusif à la pointe* d'un souffle systolique dû à une lésion aortique n'a pas été jusqu'ici signalé : il vient d'être observé à Lyon, par M. le docteur Weill, dans le service de M. le professeur Lépine.

Il faut donc apporter une certaine réserve dans l'interprétation des bruits pathologiques de la pointe, et, considérant celle-ci comme l'aboutissant de toutes les vibrations rétrogrades systoliques du cœur gauche, et *parfois* du cœur droit, comme l'a bien dit M. Duroziez, avoir présente à l'esprit la possibilité d'une lésion *aortique*, alors que celle-ci est la cause d'un bruit de souffle mitral d'*apparence*. (*Revue de médecine.*)

Décollements de l'épiphyse inférieure du fémur. — M. le docteur Delens résume ainsi les recherches qu'il a faites sur ce sujet :

Le décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur s'observe presque exclusivement chez les jeunes garçons et surtout de dix à dix-huit ans.

La divulsion est ordinairement produite par l'extension forcée du membre, combinée ou non avec la torsion et l'arrachement. Le ligament postérieur de l'articulation du genou joue, dans le mécanisme de cette fracture, un rôle analogue à celui du ligament antérieur de l'articulation radio-carpienne dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius.

Le décollement se fait, le plus souvent, à la limite du fibro-cartilage de conjugaison, en un point plus voisin de l'extrémité diaphysaire que de l'épiphyse. Il s'accompagne fréquemment du détachement d'une esquille de l'extrémité diaphysaire.

La divulsion traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur a été quelquefois confondue avec la luxation du genou.

Parmi les complications primitives, une des plus fréquentes et des plus graves est la perforation de la peau par l'extrémité de la diaphyse qui vient faire saillie au dehors. Lorsque cette extrémité osseuse ne peut être réduite, on doit immédiatement en pratiquer la résection. L'amputation primitive doit être réservée aux cas où il existe une déchirure de l'artère poplitée. L'amputation secondaire est quelquefois rendue nécessaire par le sphacèle du membre ou d'autres complications graves.

La résection de l'extrémité diaphysaire permet la conservation du membre et n'empêche pas le rétablissement complet des mouvements de l'articulation. L'accroissement ultérieur du fémur, en longueur, bien que fortement influencé, n'est pas cependant arrêté par cette résection. (*Archives de médecine.*)

Sclérose d'origine cardiaque. — Les principaux points de l'étude de M. le docteur Jules Boy (de Marseille) peuvent se résumer ainsi :

1° De même qu'on a décrit une cirrhose cardiaque hépatique, rénale, cardiaque, il existe une cirrhose cardiaque pulmonaire;

2° Cette cirrhose pulmonaire est systématique et répond exactement aux altérations rencontrées dans le foie et dans le rein cardiaque;

3° On y rencontre des points de sclérose diffuse, épars dans le parenchyme et accidentellement produits;

4° Cette cirrhose est caractérisée par l'épaississement des travées péri et intra-lobulaires, l'épaississement des cloisons interalvéolaires allant parfois jusqu'à l'étouffement de l'alvéole, par la dilatation du système vasculaire avec épaississement de la tunique adventice des vaisseaux; enfin par la présence constante de lésions artérielles;

5° Le rôle principal est joué par la stase sanguine et la dilatation permanente des vaisseaux, puis par l'épithélium qui nous amène aux cirrhoses viscérales épithéliales de M. Charcot, ensuite par le système artériel qui vient apporter une confirmation aux travaux de MM. Talamon, Debove et Letulle, Rigal, Juhel Rénoy; enfin par la dyscrasie. (*Marseille médical.*)

Cathétérisme œsophagien. — Afin de se garantir contre la pénétration de la sonde nasale œsophagienne dans les voies aériennes chez les aliénés indociles auxquels on est obligé de pratiquer l'alimentation forcée, M. le docteur Sizaret, médecin en chef de l'asile des aliénés de Marseille, a imaginé le procédé suivant, qu'une longue expérience lui permet de considérer désormais comme infaillible tant qu'il n'existe pas de paralysie pharyngienne. La sonde, préalablement enduite de glycérine, est introduite par une des fosses nasales jusqu'à l'entrée du pharynx. Avant de la faire avancer plus loin, M. Sizaret adapte à son pavillon une poire en caoutchouc munie d'un ajutage conique en bois tourné et remplie d'eau froide. Cela fait, il presse avec la main gauche sur la poire qui inonde le pharynx d'un jet d'eau froide, tandis qu'avec la main droite il pousse hardiment la sonde dans le canal œsophagien jusqu'à son arrivée dans l'estomac. Que se passe-t-il donc dans ces conditions? L'eau froide provoque instantanément un mouvement réflexe par suite duquel l'épiglotte s'abaisse et ferme l'ouverture du larynx; la poire de caoutchouc, continuant à se vider, lubrifie ensuite les parois de l'œsophage et facilite la descente de la sonde. De là résultent deux avantages : on évite toute fausse route et l'on préserve les parois œsophagiennes de toute érosion. (*Revue médicale de l'Est.*)

Paralysie radiculaire du plexus brachial. — Il s'agit, dans l'intéressante observation rapportée par M. Giraudeau, d'un homme de soixante et un ans, manœuvre, entré dans le service de M. Hallopeau, à l'hôpital Saint-Antoine, et qui, toujours d'une excellente santé, fut pris brusquement deux mois avant son entrée à l'hôpital, et sans autre cause appréciable qu'un refroidissement, de douleurs violentes au niveau du triangle sus-claviculaire, douleurs qui persistèrent pendant trois semaines environ. En même temps le bras perdit de sa force et lorsque, six semaines après le début de l'affection, M. Hallopeau vit le malade pour la première fois, il existait une paralysie très prononcée, compliquée d'atrophie intéressant les muscles deltoïde, sus et sous-épineux, biceps, coraco-brachial, brachial antérieur et long supinateur du côté

droit. Les autres muscles du membre supérieur se contractaient bien et avaient un volume égal à ceux du côté opposé. La sensibilité cutanée était conservée. La température périphérique du côté malade était de deux degrés inférieure à celle du côté sain. Enfin, à droite, les contractilités faradique et galvanique étaient presque complètement abolies dans les muscles paralysés, tandis qu'elles étaient normales dans les muscles sains du bras droit et dans tous ceux du bras gauche.

Mais toutes les tentatives pour faire disparaître cette paralysie restèrent sans résultat.

L'existence d'une lésion du plexus brachial, dans cette observation, semble bien établie; car, étant donné la dissémination de la paralysie, la seule affection avec laquelle on pourrait la confondre serait une affection médullaire, mais, dit l'auteur, l'existence de ces douleurs intenses, limitées à *un seul* triangle sus-claviculaire, sans aucun phénomène douloureux le long de la colonne vertébrale, et la constatation, à l'aide de l'électricité, de la double réaction de dégénérescence, sont des caractères qui, à eux seuls, assurent le diagnostic. (*Revue de médecine.*)

APPAREIL POUR LE LAVAGE DE L'ESTOMAC

Par M. le docteur Boisseau du Rocher.

L'instrument que j'ai l'honneur de proposer pour le lavage de l'estomac, se compose d'un appareil à injection et d'un appareil d'aspiration fixés sur un tube en caoutchouc à double courant.

Le tube à double courant, dont le principe a été posé par Cloquet, pour le lavage des cavités, réalise le désidératum thérapeutique des maladies de l'estomac. C'est donc ce principe que j'ai cherché à appliquer au lavage de l'estomac, ce lavage présentant des avantages considérables quand il est fait d'une façon complète et rapide. Le tube, construit par un procédé de fabrication spécial, est fait de telle sorte que les deux courants aient le même diamètre, le diamètre total extérieur étant cependant inférieur à la somme des deux diamètres intérieurs. Par exemple, le tube ayant un diamètre extérieur de 11 millimètres, le diamètre de chacun des deux courants a 7 millimètres. Ce résultat est obtenu en façonnant le tube de telle manière que le courant d'aspiration ait dans l'un de ses diamètres 8 millimètres, dans l'autre 6 millimètres. Les diamètres du courant d'injection ont 10 millimètres et 4 millimètres. La paroi du courant de sortie, épaisse de 2 millimètres, est assez forte pour résister à l'aspiration et pour empêcher que le tube ne s'aplatisse aux différentes courbures. La paroi d'injection, très faible, mais cependant suffisante pour résister à une forte pression du liquide injecté, est assez élastique pour ne pas s'affaisser dans les courbures. L'affaissement qui se produit par l'introduction du tube et en réduit la grosseur, tout en laissant à la colonne liquide un passage suffisant pour se mouvoir, distendre la paroi et la ramener à ses dimensions normales, facilite l'introduction, et permet d'employer des tubes beaucoup plus gros que par le passé.

La partie libre du courant d'injection se fixe sur un robinet gradué qui fait suite à deux poires en caoutchouc, l'une dilatable et rétractile, le réservoir, l'autre destinée à puiser le liquide à injecter.

L'appareil d'aspiration, fixé sur l'autre partie libre du tube, est constitué en haut par un tube en métal à double courant (de courants inégaux) en forme d'Y ; en bas, par un autre tube de même disposition, ces deux tubes étant reliés entre eux par des tubes de caoutchouc et séparés par une soupape contenue dans un ajutage en verre. Les deux branches de plus petit calibre des tubes en Y sont reliées entre elles par une poire en caoutchouc, destinée à faire le vide depuis la soupape jusqu'à l'extrémité stomacale.

La disposition intérieure des tubes en Y permet de faire l'aspiration sur la colonne liquide en mouvement, et dans le sens du courant, de sorte que la quantité de liquide, qui s'écoule normalement et sans aspiration, est augmentée de la quantité aspirée. La vitesse du courant de sortie est donc augmentée au gré de l'opérateur.

La quantité du liquide injecté varie au gré de l'opérateur. En prenant la minute pour unité de temps, le tube de sortie débite : sans aspirations, 2 litres ; avec aspirations, 2 litres 1/2.

Le courant de sortie étant établi par la dilatation de la poire comprimée, le liquide s'écoule comme dans le siphon. Si l'on veut augmenter le débit, et par conséquent la vitesse du courant de sortie, il suffit de faire des aspirations répétées. Et plus grande est la vitesse du courant, plus vite sont entraînés les détritus à l'orifice du tube, plus est complet et rapide le lavage. La quantité de liquide introduite dans l'estomac étant la même que celle qui s'en écoule, et le liquide étant remplacé à mesure qu'il s'écoule au dehors par l'orifice de sortie situé à 10 centimètres en arrière, il en résulte dans l'estomac un tourbillon ininterrompu qui entraîne les détritus. Il est évident que ceux-ci s'y engagent d'autant plus vite que la vitesse du courant est plus grande. Si le courant s'arrête, ou bien des matières obstruent l'orifice stomacal, ou bien la muqueuse se trouve engagée. Dans ce dernier cas, tout en déplaçant le tube de quelques centimètres, on peut faire une forte projection de liquide au moyen du réservoir rempli préalablement. Ces deux manœuvres combinées, en changeant la direction du tube et en refoulant la muqueuse, sont suffisantes pour la dégager. D'ailleurs, l'aspiration se faisant sur un estomac rempli d'eau en tourbillon, il est difficile que la muqueuse s'engage ou soit aspirée. Si ce sont des détritus qui obstruent le tube, une nouvelle aspiration rétablit le courant.

L'instrument, construit de la sorte, réalise donc les conditions nécessaires à un lavage utile : certitude de faire un lavage complet, rapide et exempt de dangers. En un mot, il réalise les avantages du siphon et de la pompe stomacale, sans en avoir les inconvénients et les dangers, tout en permettant une rapidité d'exécution exceptionnelle. Outre qu'elle évite au malade une grande fatigue préjudiciable à son rétablissement, cette rapidité d'exécution permet encore de donner à l'estomac de véritables douches, dont on peut graduer la température et la durée, en même temps qu'on fait le lavage.

Pour procéder à l'alimentation artificielle, il suffit de fermer le robinet qui se trouve à la partie supérieure de l'appareil d'aspiration. On intercepte ainsi toute communication avec l'extérieur ; elle empêche tout retour possible des aliments introduits dans l'estomac par l'appareil à injection.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

130. M. Quesneville. Nouvelles méthodes pour la détermination des éléments du lait et de ses falsifications. — 131. M. Vaudein. De la fièvre bilieuse mélanurique observée à Mayotte. — 132. M. Dorey. Notion commune à l'étude de l'étiologie du goitre et de la fièvre typhoïde. — 133. M. Campart. De l'épisclérítis. — 134. M. Herland. Des corps mobiles articulaires et de leur traitement. — 135. M. Grégoire. Contribution à l'étude de la trachéotomie chez les tuberculeux. — 136. M. Lemarchand. Quelques considérations sur l'étiologie et les affinités nosologiques du scorbut. — 137. M. de Andrade Fialho. Des manifestations rhumatoïdes de la dysenterie. — 138. M. Hervé. De la chorée pendant la grossesse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici le complément des résultats définitifs du scrutin pour le renouvellement des membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, dont nous avons fait connaître les premiers dépouillements dans notre dernier numéro, quant à ce qui concerne l'enseignement supérieur des sciences.

Académie des sciences. — Élu : M. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel, membre sortant.

Collège de France. — Élu : M. Berthelot, membre sortant.

Muséum. — Élu : M. Frémy, membre sortant.

École normale supérieure. — Élu : M. Debray, membre sortant.

— L'Association des médecins du département de la Seine a tenu, dimanche 27 avril, son assemblée générale annuelle dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Après une chaleureuse allocution du président, M. le professeur Béclard, M. Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du rapport sur la situation de l'œuvre pendant le cours de l'année 1883.

On a procédé ensuite à l'élection des membres du bureau pour l'année 1884. Ont été élus : président, M. Béclard; vice-président, MM. Richet et Blanche ; secrétaire général, M. Louis Orfila.

—*Congrès d'hygiène industrielle à Rouen.*— A l'occasion de l'Exposition industrielle qui s'ouvrira à Rouen le 1er juin 1884 et durera jusqu'au 30 septembre suivant, un congrès d'hygiène industrielle aura lieu dans cette ville les samedi 26 et dimanche 27 juillet, sous le patronage de la Société industrielle, avec le concours du conseil central d'hygiène publique et de salubrité de la Seine-Inférieure et de la Société de médecine de Rouen.

Le programme comprend :

I. — *Hygiène de l'ouvrier dans l'atelier.* — Amélioration de l'atmosphère des ateliers. — Précautions à prendre contre les variations de température, d'humidité. — Moyens nouveaux pour empêcher les accidents résultant des machines industrielles ou des substances employées dans l'industrie. — Modifications apportées, dans un but hygiénique, à certains procédés de fabrication. — Précautions contre la propagation de certaines maladies contagieuses due aux modes d'opération. — Insalubrité de certaines industries nouvelles. — Travail de jour et de nuit. — Vêtement pendant le travail. — Éclairage, hygiène de la vue.

II. — *Hygiène de l'ouvrier hors de l'atelier.* — Habitations ouvrières. — Éducation, instruction, enseignement. — Alimentation.

Les personnes qui ont l'intention de coopérer au congrès sont priées d'adresser *franco*, avant le 30 juin, à M. le secrétaire général du comité d'organisation du congrès d'hygiène industrielle, rue Jeanne-Darc, 7, à Rouen, leur adhésion et le titre du travail qu'elles désirent présenter.

— M. le professeur Baillon fera sa première herborisation publique, dimanche prochain, 4 mai 1884, sur les bords de la Marne. Le rendez-vous est fixé à midi, au pont de Charenton.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16147.

97

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

17

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine 12 août 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

12

Affections cardiaques, Hydropisies, Albuminurie. Palpitations.

Sirop de Convallaria Maialis

LANGLEBERT, 2 à 3 cuillerées par jour.

Pilules de Convallaria Maialis

LANGLEBERT, 6 par jour.

Pharmacie LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs, Paris.

23

RECONSTITUANT : *Anémies, Cachexies primitives ou acquises.*

DÉPURATIF : *Herpétisme de la peau, des muqueuses*

Telles sont les indications thérapeutiques du

Sirop de Clermont

Licencié ès sciences, pharmacien ex interne des hôpitaux de Paris.

Ce Sirop, d'un goût agréable et d'une composition constante, contient exactement :

1mg arséniate de fer soluble par cuillerée à café.

Dose : de 1 à 4 cuillerées à café à chacun des deux repas.

Paris, 6, avenue Victoria. A. Clermont

74

Iode libre. CAPSULES BOUÉ.

Spécifique des bronchites et des affections de poitrine.

Ces capsules contiennent chacune 1 centigr. d'iode libre, en dissolution oléique, seule préparation supportée par les voies digestives.

4 à 8 par jour avant les repas. — **3** fr. le flacon. Paris, 34, rue Grenier-Saint-Lazare.

57

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent employer ce mode de pansement.

55

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

143

Hélénol du docteur de Korab

MODIFICATEUR DES MUQUEUSES

5

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

57

Véritables Grains de Santé

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

6

Tamar indien Grillon

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent. *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique*, etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc. Ph. GRILLON, 28, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

99

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

19

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

51

Etoupe à pansement purifiée

blanchie et cardée suivant les procédés de MM. les docteurs Weber et Thomas. Ce nouveau genre de ouate est hygroscopique, doux, de contact moelleux, élastique *et d'un prix très modique*, ce qui en fait un excellent objet de pansement, remplaçant très avantageusement le coton dans tous ses emplois chirurgicaux et médicaux.

Étoupe antiseptique à l'acide phénique ou salicylique. Vente en paquets de 250 grammes. (Echantillons gratuits et *franco.*)

Fabrique internationale d'objets de pansements à MONTPELLIER. Directeur : H.-Th. BAESCHLIN.

109

LA PLUS PUGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sydney 1879, Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

13

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame-des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

99

Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN**, pharmacien de 1re classe. Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant. E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré

48

Capsulines Solirène

A L'HUILE DE RICIN PURE

Ces capsulines sont molles, élastiques, très solubles et sont dégluties avec la plus grande facilité, même par les enfants. Elles ont l'avantage d'être roses, de masquer ainsi la vue de l'**huile de ricin**, et d'avoir l'aspect d'un séduisant fruit confit.

MODE D'EMPLOI :

Prendre le matin, à jeun, à l'aide d'une gorgée d'eau simple ou de bouillon gras :

4 à 8 capsulines, pour effet purgatif complet;

2 à 4 comme laxatif et contre la constipation habituelle.

1 fr. 50 la boîte de 8 capsulines.

Pharmacie SOLIRÈNE, 17, rue Soufflot, Paris, et dans la plupart des pharmacies.

90

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. Les accidents cérébraux dans le mal de Bright. État mental des albuminuriques. — Recherches sur la constitution physique et chimique des dents à l'état de santé et de maladie. — Société de Biologie. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Correspondance. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les accidents cérébraux dans le mal de Bright.

ÉTAT MENTAL DES ALBUMINURIQUES.

I

Le rein est la voie principale par laquelle s'éliminent les déchets de la nutrition. C'est le filtre par excellence, au travers duquel sont rejetés au dehors les résidus des combustions organiques, devenus inutiles au jeu régulier de l'économie. Il résulte de ce rôle prépondérant des reins dans la fonction d'excrétion que les lésions de ces organes, susceptibles d'apporter un obstacle à leur travail obligé et continuel, retentissent sur l'organisme de la façon la plus fâcheuse. En entravant l'élimination de produits qui n'ont plus aucun rôle à jouer dans les mutations nutritives, elles en provoqueront l'accumulation dans le torrent circulatoire. Ces substances, en se mélangeant au sang, l'altèrent d'une façon plus ou moins profonde, le rendent impropre à son rôle physiologique de *milieu intérieur*, ou plutôt le transformeront en un milieu vicié. C'est là, en effet, ce qui a lieu dans un certain nombre de néphrites ou de dégénérescences (cancéreuse, kystique ou autre) des reins.

Quels sont au juste les produits chimiques qui, dans ces cas, s'accumulent dans le sang? C'est là une question que les chimistes, les physiologistes et les cliniciens ont résolu fort différemment. On a incriminé tour à tour l'urée, les matières extractives, le carbonate d'ammoniaque, d'autres substances encore. Après tout, la détermination précise de l'agent ou des agents, dont l'accumulation dans le torrent circulatoire détermine les accidents dits *urémiques*, a une importance plus théorique que pratique. Ce qu'il nous importe surtout de connaître, c'est d'une part la condition générale qui engendre les accidents dont je vais m'occuper, — et cette condition est univoque; quelles que soient les lésions spéciales qui y aboutissent, elle consiste dans *l'insuffisance de la dépuration rénale*, — c'est ensuite la nature des accidents en question.

L'urémie, — je me servirai de ce terme consacré par l'usage pour désigner l'altération du sang consécutive aux lésions des reins, quels que soient d'ailleurs les défectuosités de ce terme, — l'urémie, comme la glycémie, comme l'intoxication plombique, dont je vous ai précédemment entretenu, affecte avec une certaine prédilection le système nerveux. La plupart des phénomènes par lesquels elle se révèle expriment en effet une perturbation plus ou moins profonde de ce système.

Toutefois les troubles nerveux ne sont pas les seuls par lesquels l'urémie se traduise, je dois dès maintenant vous le rappeler. Si ces troubles sont la conséquence fréquente, la manifestation la plus bruyante de la gêne apportée aux fonctions organiques par la présence en excès dans le sang de certains des éléments de l'urine, il en est d'autres qui résultent d'une sorte *d'élimination collatérale* de ces substances (passez-moi l'expression).

Ne pouvant plus s'échapper de l'organisme par le filtre rénal devenu malade, l'urée, les matières extractives, le carbonate d'ammoniaque, etc., s'éliminent par la peau, par les voies digestives, voire même par la voie pulmonaire. De là toute une série de symptômes de l'intoxication urémique, que je n'ai pas à vous décrire, mais que je ne puis cependant me dispenser de vous indiquer. C'est ainsi que les démangeaisons assez communes chez les Brightiques, que le dépôt à la surface des téguments d'un enduit blanc d'apparence cristalline formé par de l'urée, indiquent la suractivité des glandes sudoripares qui tendent à suppléer les fonctions rénales défaillantes; c'est ainsi que les vomissements de matières alimentaires d'abord, puis bilieuses, mélangées à une quantité plus ou moins grande de carbonate d'ammoniaque, comme l'a montré Freerichs, que la diarrhée souvent abondante et colliquative, sont la conséquence de l'élimination par les voies digestives de certains produits excrémentitiels; c'est ainsi enfin que l'expiration ammoniacale, constatée par un grand nombre de médecins (Jacks, Charcot, etc.), constituerait, contrairement à ce que, il est vrai, ont pensé d'autres auteurs, la preuve du mélange aux gaz expirés de certains des produits dérivés de l'urée, anomalement retenus dans la circulation. Si vous ajoutez à ces divers phénomènes les épistaxis qui s'observent assez communément chez les urémiques, vous aurez l'ensemble des manifestations autres que les manifestations nerveuses qui s'observent dans l'urémie.

Mais c'est à l'étude de ces dernières, vous le savez, qu'est consacrée cette leçon. Aussi allons-nous les passer successivement en revue, avec quelques détails.

On pourrait dire des accidents nerveux dont il s'agit, ce

que Romberg a dit des névralgies des anémiques, qu'ils constituent en quelque sorte le cri du système nerveux implorant un sang plus généreux ou du moins plus pur. Quand les produits de déchet de la nutrition sont retenus en trop grande abondance dans la circulation, les cellules cérébrales s'en trouvent fâcheusement impressionnées, et elles traduisent de différentes façons, tantôt bruyamment, tantôt au contraire par un appareil symptomatique à allures plus tranquilles, la gêne qu'elles éprouvent dans leur nutrition et dans leur fonctionnement. L'urée et ses dérivés s'accumulent-ils brusquement, à la suite d'une lésion aiguë du rein qui a rapidement détruit les cellules de cet organe, le système nerveux, subitement impressionné par le fâcheux contact d'un sang impur, sans avoir eu le temps de s'y accoutumer, réagit par les manifestations à appareil dramatique, dont on est trop souvent témoin, à la dernière période de la scarlatine ou chez les femmes en état de puerpéralité. Que si, au contraire, la lésion de la glande s'installe avec lenteur, que si chaque jour elle fait des progrès détruisant petit à petit les éléments sécréteurs du rein, la viciation du sang s'accentue elle-même d'une façon en quelque sorte continue, le cerveau *se fait*, pour ainsi dire, au contact d'un milieu vicié, ou du moins il exprime sa souffrance avec moins de brutalité que lorsqu'il est surpris par la subite accumulation dans le torrent circulatoire des déchets nutritifs. C'est là ce qui vous explique que les accidents urémiques affectent, suivant les cas, une marche, une forme, une évolution fort différentes; qu'ici, ils se manifestent avec l'effrayante instantanéité de la foudre (forme aiguë ou suraiguë), que là au contraire ils se développent et se succèdent avec une certaine lenteur, ou tout au moins revêtent un appareil moins dramatique et de moins bruyantes allures (forme lente).

Aussi, dès les premières études sur les complications cérébrales de l'albuminurie, les auteurs ont-ils éprouvé le besoin de classer ces complications et de constituer des groupes en vue de mieux exprimer la réalité clinique. Cette tendance, nous la trouvons très accusée déjà dans le mémoire d'Addison (1), écrit en 1839, et qui peut être considéré comme le premier travail d'ensemble sur la question qui nous occupe. La classification d'Addison a été reproduite par Lasègue (2) dans le remarquable article des *Archives de médecine* où ont été pour la première fois décrits en France, et avec un rare talent, les accidents cérébraux du mal de Bright.

Addison et Lasègue admettent cinq formes de ces accidents :

1° Attaque plus ou moins soudaine de stupeur passagère, intermittente ou permanente, et se terminant par la mort ;

2° Attaque subite de coma avec *stertor* d'une nature spéciale, transitoire ou durable ;

3° Convulsions subites revenant par accès assez rares ou tellement rapprochées qu'elles peuvent être considérées comme persistantes et se terminant par la mort ;

4° Combinaison des deux formes précédentes, état comateux et attaques convulsives ;

5° Hébétude de l'esprit, lenteur et paresse à se mouvoir, somnolence précédée par des vertiges ; diminution de la vue, céphalalgie suivie ou non de coma et de convulsions.

(1) Addison. *Guy's hosp. reports*, 1839 (on the disorders of the brain connected with diseased kidney).

(2) Lasègue. *Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright*. Arch. gén. de méd. Octobre 1852.

Cette classification a le mérite d'être conforme à la réalité des faits, de bien montrer leur enchaînement, leur succession et leur suite. Si vous voulez bien vous y reporter de temps en temps par la pensée, elle vous permettra de mieux saisir la marche et le groupement des accidents dont je vais esquisser le tableau.

Elle a le petit inconvénient toutefois de mal se prêter à une description d'ensemble des complications cérébrales de l'albuminurie, et il me semble préférable d'adopter dans cette description, en lui faisant subir quelques légères modifications, la division devenue classique que vous retrouverez dans la plupart des traités de pathologie ou dans les mémoires spéciaux sur le sujet et que je résume dans le tableau suivant :

A. FORME AIGUE.
- *a.* Prodromes.
- *b.*
  1. Type comateux.
  2. Type convulsif.
  3. Type délirant.
  4. Type dyspnéique.
  5. Type mixte.

B. FORME LENTE.

A. FORME AIGUE.

a. Prodromes et mode de début. — Les prodromes peuvent faire défaut. L'invasion des accidents urémiques, comateux ou convulsifs, plus rarement délirants, a lieu alors d'une façon soudaine. Quelquefois le début est véritablement foudroyant, au moins en apparence.

Il n'est pas exceptionnel de voir, par exemple, une attaque convulsive ou comateuse, que rien n'avait fait prévoir, être le premier symptôme révélateur de l'urémie, durant la convalescence d'une scarlatine ou dans l'état puerpéral. Les faits de cet ordre peuvent acquérir un grand intérêt au point de vue médico-légal, lorsque la mort, — ce n'est point la règle, il est vrai, — suit de près les premiers accidents. En pareil cas, on a vu parfois émettre le soupçon d'empoisonnement. M. Fournier (1) cite, d'après M. G. Sée, une observation de ce genre. Une autre du même auteur, que nous rapportons ci-dessous, est, au même point de vue, fort instructive (2).

Un ouvrier, nommé Price, qui était affecté de diarrhée depuis quelques jours, entra chez un droguiste et acheta de la teinture de rhubarbe, à laquelle on ajouta quelques gouttes de teinture d'opium. Séance tenante, il prit ce médicament. Au sortir de la pharmacie, il fut pris de vertiges..... Il vomit, retourna chez lui et tomba dans un profond sommeil. On lui donna de l'émétique et une forte infusion de café. L'intelligence revint pendant quelque temps ; mais bientôt après il survint une nouvelle léthargie qui résista à tous les excitants, et le malade mourut.

L'autopsie montra des reins complètement atrophiés. L'urine contenait une quantité considérable d'albumine. Dans le cerveau on constata avec certitude la présence de l'urée. Quant à l'estomac, il ne contenait pas trace d'opium.

Contrairement à ce que vous venez de voir, les accidents urémiques proprement dits, le coma, les convulsions, etc., sont d'habitude précédés par diverses manifestations qui en constituent les signes avant-coureurs : c'est une *céphalalgie*

(1) Fournier. *De l'urémie, Th. agr.* Paris, 1863.

(2) John Moore. *London med. gaz.*, 1845, p. 821. (Obs. rapportée par M. Fournier, loc. cit.)

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

IX

PERSOON.

Mon goût prononcé pour l'étude de la cryptogamie fit que je me liai étroitement avec la première notabilité de l'époque dans cette branche de la botanique, le célèbre Persoon. Mon ardeur pour la recherche de ces presque invisibles productions végétales ne m'avait pas laissé étranger au nom de l'auteur du *Synopsis fungorum*, ouvrage qui venait de voir le jour, véritable code où tous les champignons, depuis l'*Uredo* jusqu'à l'*Agaricus*, sont méthodiquement classés et décrits; mais la plupart des botanistes qui négligeaient cette partie de la science, ignoraient presque le nom de Persoon : je m'empressai donc de mettre à profit, pour ma propre instruction, la connaissance d'un savant si spécial, et, malgré son allure excentrique, je gagnai son affection; il me fit cadeau d'un exemplaire de son *Synopsis* qu'on trouvera dans ma bibliothèque, ainsi qu'un volume de ses *Observationes de fungis* et son *Enchiridium botanicum*, ouvrage de longue haleine à la rédaction duquel j'assistai alors.

C.-H. Persoon, Hollandais d'origine, était bien le type du savant exclusivement occupé de ses plantes et de ses livres. Agé alors de cinquante ou cinquante-cinq ans, il était grand, maigre, à cou décharné, dos courbé, facies vulgaire, cheveux rares et plats, figure nue, nez peu long, subcartilagineux, négligé dans sa toilette, désordonné dans son ménage de garçon isolé, manquant de ce qu'on appelle éducation et usage du monde, fumeur imperturbable, hypocondriaque qu'il fallait connaître à fond pour l'apprécier. On voyait sur sa table, pêle-mêle, des tas de plantes, des livres, du pain, un bol, une casserole de lait, sa loupe, un peigne, quelque reste de viande crue. Il était pauvre et n'avait d'autre ressource pour son entretien que les revenus de ses publications et une modique pension du gouvernement hollandais ; aussi était-il mal vêtu, mal chaussé, mal peigné, et, en été, je le voyais avec une chemise tellement usée et rapiécée que j'apercevais parfois la peau sous la chemise. Persoon parlait passablement le français, la langue latine lui était très familière; il avait une grande simplicité de mœurs et beaucoup de science botanique sans la moindre prétention : à cause de la communauté de nos recherches, il n'avait nulle réserve dans ses communications scientifiques avec moi : dans une publication cryptogamique à laquelle il m'avait associé, il me donnait l'épithète de *oculatissimus* que je méritais alors; mes visites fréquentes et nos promenades ensemble étaient devenues pour lui une nécessité. Malgré son avidité pour les échantillons de plantes, je ne me suis jamais aperçu qu'il méritât les reproches que lui faisaient les savants de Paris de se laisser quelquefois aller à soustraire des bouts d'échantillons dans les herbiers publics ou privés qu'il consultait. Depuis 1806, j'avais conservé avec Persoon des relations épistolaires et je lui ai souvent fait des envois consultatifs de plantes : je le retrouvai à Paris en 1830, en 1835 et en 1838 : nous nous visitâmes souvent. Il mourut, je crois, dans le courant de cette dernière année, au quartier du Val-de-Grâce. J'ignore quel fut le sort de ses collections et de ses livres ; je présume que le gouvernement hollandais les aura réclamés.

VENTENAT. — JOSÉPHINE BONAPARTE.

Au commencement du siècle, je fis la connaissance intime de Ventenat, botaniste de grand renom, membre de l'Institut, auteur de plusieurs ouvrages importants, directeur du jardin de la Malmaison : homme grand, maigre, nez long, pommettes animées, âgé de quarante-cinq ans, de bonnes manières, moine défroqué. L'intérêt qu'il me portait faillit donner au début de ma carrière scientifique une direction dont il était difficile de calculer les conséquences si elle s'était effectuée. Voici cet épisode de ma vie d'étudiant.

Ventenat, connaissant mon goût pour les voyages et ma passion pour les investigations des productions de la nature, m'appela un jour chez lui pour me communiquer le projet d'un voyage aux Indes-Orientales (Pondichéry, Chandernagor) pour le compte de Joséphine, femme de Bonaparte, premier Consul. Je n'avais alors que vingt-trois ans : j'acceptai avec empressement l'offre de prendre part à cette pérégrination; à jour donné, il me conduisit à Saint-Cloud et me présenta à Joséphine. Je n'oublierai jamais l'accueil bienveillant et gracieux que me fit la femme du premier Consul : mon entrée, moi simple étudiant, dans les appartements si magnifiques du Palais m'imprima un embarras extrême, une singulière défiance de moi-même ; mais les premières paroles de Joséphine me mirent à l'aise. Son visage, qui ne manquait ni de fraîcheur ni de finesse, respirait la bonté et une grâce charmante ; il n'est pas d'encouragement qu'elle me donnât pour le succès de cette entreprise : elle me recommandait tantôt de lui recueillir des plantes pour son jardin chéri de la Malmaison, tantôt de lui procurer des papillons, des insectes, des coquilles, pour son cabinet de curiosités. Je sortis ravi de cette entrevue et plus bouillant que jamais pour ce grand voyage d'outre-mer : j'en perdais, comme on dit, le boire et le manger. J'appris bientôt qu'une expédition commandée par le général Decaen était destinée pour Pondichéry et naturellement c'était celle dont je devais faire partie. J'appris en même temps que l'administration du Jardin des Plantes avait désigné un jeune botaniste pour cette expédition, M. Godon de Saint-Memin; je fis sa connaissance et nous nous concertâmes pour nos préparatifs de départ : livres, instruments de chasse, etc.; j'écrivis à ma famille qui me donna son consentement; je ne me sentais pas de joie. Cependant huit jours s'étaient écoulés sans autre nouvelle, ils me semblaient un siècle, j'étais sur les charbons ardents. J'allai consulter Ventenat pour savoir s'il fallait écrire à Joséphine pour lui rappeler ses promesses et hâter mon entrevue avec le général Decaen. Il m'approuva, et, dans la même journée, je lui soumis la lettre suivante qu'il jugea convenable et je l'expédiai :

« *A Madame, Madame Bonaparte,*
épouse du premier Consul, au palais de Saint-Cloud.

« Madame, l'accueil flatteur que vous daignâtes me faire, lorsque j'eus l'honneur de vous être présenté par M. Ventenat, m'enhardit aujourd'hui à réclamer de nouveau vos bontés. Vous me fîtes espérer de m'honorer de votre protection auprès du général Decaen pour obtenir d'être envoyé dans les Indes comme naturaliste : on assure que l'expédition est sur le point de partir. J'ignore si le général est instruit de vos bonnes intentions pour moi ; l'intérêt que vous prenez aux sciences naturelles et particulièrement à la botanique me fait espérer que vous voudrez bien continuer de m'accorder une protection trop honorable sans doute, mais dont je m'efforcerai de me rendre digne par un zèle sans bornes et une éternelle reconnaissance.

Je suis avec un profond respect, madame, votre serviteur très humble et très obéissant,

Léon Dufour.

Paris, 1er nivôse an XI. »

Dans ce même temps, pendant une soirée chez le sénateur Roger Ducos, celui-ci, instruit de mon prochain voyage, me remit une bonne lettre de recommandation du général Masséna pour le général Decaen, son ami; la voici :

« Le citoyen Léon Dufour désire, mon cher général, vous accompagner dans l'Inde. Ce jeune homme est compatriote du sénateur Roger Ducos et très avantageusement connu de lui; ce jeune savant a le plus grand désir de s'instruire et met un prix infini à faire ce long voyage. Je vous le recommande, mon cher général ;

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 avril 1884.

rendez-lui tous les services qui dépendront de vous, je vous en aurai une obligation infinie. Je vous salue d'amitié.

Gal MASSÉNA.

Paris, 24 frimaire an XI. »

Je reçus enfin la lettre tant désirée de Joséphine et j'en transcris le texte :

« *Au citoyen général Decaen, commandant aux Indes.*

Je vous remercie bien sincèrement, citoyen général Decaen, de m'avoir ménagé le plaisir de connaître Mme Decaen. Je l'ai trouvée aussi aimable que belle, et il me serait très agréable de la voir souvent. Je désire que vous consentiez à admettre dans votre expédition le citoyen Dufour, que je charge de vous remettre cette lettre. Il a un extrême désir de vous accompagner dans l'Inde, et je verrai avec satisfaction que vous lui donniez quelques témoignages de bienveillance.

Recevez l'assurance de mes sentiments distingués.

JOS. BONAPARTE.

Paris, 3 nivôse an XI. »

M. Ventenat, qui était allé à Saint-Cloud pour mon compte, m'assura que Joséphine m'avait recommandé verbalement au général Decaen.

Ces deux lettres me semblaient devoir amener un résultat définitif pour mon voyage, et j'avais déjà pris mes dispositions ; hélas ! jeune que j'étais, j'avais compté sans mon hôte, comme on va le voir. Fier de mes puissants autographes, que j'aurais bien gardés si j'avais prévu le coup, je me rendis avec Ventenat chez le général Decaen. J'en reçus un excellent accueil, je crus à une solution favorable ; mais, avant de quitter le général, je voulus aborder la question des honoraires, soit pendant la traversée, soit durant le séjour dans l'Inde : le général se refusa net à les régler. Malgré tout ce que mon amour-propre eut à souffrir, je ne balançai pas à renoncer à ce voyage ; Ventenat approuva ma détermination et Godon de Saint-Memin suivit mon exemple. A mon âge et avec le prestige d'un succès assuré, ce fut, j'en conviens, une cruelle déception ; je persistai dans mon refus de partir sans ce règlement du temporel d'une mission scientifique, et j'eus à m'en féliciter plus tard. En effet, il n'y avait pas un mois que le général Decaen était parti, que le traité d'Amiens avec l'Angleterre se rompit ; l'expédition fut obligée de relâcher à l'île de France et de renoncer à Pondichéry. Je me remis avec ardeur à mes études médicales.

CORRESPONDANCE

Concarneau, le 28 avril 1884.

Monsieur le Rédacteur en chef,

En date du 22 avril, j'ai reçu de MM. J.-B. Baillière et fils une lettre contenant ce qui suit :

« Cher Monsieur,

« Au moment où nous allons terminer la nouvelle édition du *Dictionnaire de médecine*, nous nous sommes présentés chez vous pour vous communiquer, par un motif de haute convenance que vous apprécierez, la préface des éditeurs.

« N'ayant pas eu le plaisir de vous rencontrer, nous prenons le parti de vous l'adresser par la poste en vous priant de vouloir bien nous renvoyer cette épreuve par le retour du courrier, avec vos observations, s'il y a lieu. »

J'ai répondu ce qui suit à MM. Baillière :

« Concarneau, le 26 avril 1884.

« Messieurs,

« En rentrant d'excursion, je trouve votre lettre du 22 avril à laquelle je réponds. Je veux formellement que soient enlevées les deux lignes sur lesquelles je mets mon *deleatur* dans l'épreuve ci-contre de votre préface. Je tiens essentiellement à ce que mon nom ne soit pas dans la préface d'un livre que ni Littré ni moi n'avons revu. J'y tiens d'autant plus que ce que j'ai lu de ce dictionnaire, en ce qui me concerne, résume, comme étant mes idées, nombre de vues auxquelles les faits m'ont conduit à substituer d'autres notions dans plusieurs mémoires et articles publiés depuis 1879, dans les examens et dans mon cours de Faculté. Dire que le livre sus-indiqué *contient un résumé exact et précis de mes idées* serait absolument contraire à la vérité. Je m'empresserai de le faire connaître au monde médical et scientifique par la publication de cette réponse, etc., dans le cas où vous ne suivriez pas les indications de ma volonté formelle.

« Je vous présente mes salutations.

« C. ROBIN. »

Or, ce 28 avril, je reçois le no 17 (26 avril 1884) du *Journal général de la Librairie*, dans lequel je lis, page 770, les deux lignes dont j'ai demandé la suppression à MM. Baillière, leur publication ayant paru avant que les observations sur elles, que ces Messieurs me réclamaient, aient été reçues à Paris, je me vois amené à protester contre l'exactitude de ce que cette annonce a pour but de faire croire. Je le fais en publiant ma réponse à ces éditeurs, réponse rédigée et envoyée avant que j'aie pu connaître ce qu'ils avaient imprimé déjà.

Je vous serais fort reconnaissant, Monsieur, si vous vouliez bien faire connaître ce qui précède à vos lecteurs, et agréez l'assurance de mes sentiments très distingués.

Professeur Ch. ROBIN.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a tenu, hier lundi 5 mai 1884, sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Émile Blanchard, qui a prononcé le discours d'usage.

Après la lecture des éloges historiques de MM. Charles et Henri Sainte-Claire-Deville, composés par l'illustre et regretté secrétaire perpétuel J.-B. Dumas ; après la lecture de l'éloge de M. Victor Puiseux, par M. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel, ont été proclamés lauréats pour l'année 1883 :

MÉDECINE et CHIRURGIE. — *Prix Montyon :* prix de 2,500 francs à MM. Constantin Paul, Henri Roger et E. Vallin ; mentions honorables de 1,500 francs chacune à MM. Napias et Martin, à MM. L. Dubar et Ch. Rémy, à M. P. Denucé ; citations honorables : MM. Berne, A. Certes, Huchard, Polaillon, Réal et Rossignol. — *Prix Bréant :* prix de 5,000 francs, à M. Fauvel ; prix de 10,000 francs à partager entre MM. Straus, Roux, Nocard et Thuillier. — *Prix Godard :* M. Guelliot ; mention honorable : M. Desnos. — *Prix Chaussier :* M. Legrand du Saulle ; mention honorable : MM. Layet et Luton. — *Prix Lallemand :* non décerné. La valeur en est partagée entre MM. Benjamin Ball et Auguste Voisin à titre d'encouragement.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon :* M. Paul Regnard. — *Prix Lacaze :* M. Balbiani.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE. — *Grand prix des sciences physiques :* M. H. Viallanes. — *Prix Bordin :* M. Grand'Eury. — Le prix *Savigny* et *Thore* ne sont pas décernés.

STATISTIQUE. — *Prix Montyon :* M. Charles Nicolas ; mention honorable : M. Arsène Thévenot.

CHIMIE. — *Prix Jecker :* M. Étard. — *Prix Lacaze :* M. L. Cailletet.

BOTANIQUE. — *Prix Barbier :* M. Joannès Chatin. — *Prix Desmazières ;* MM. Bonnier et Mangin ; encouragement : M. Klein. — *Prix de la Fons-Mélicocq :* non décerné ; encouragement : M. Ch. Magnier. — *Prix Bordin :* M. Costantin.

PRIX GÉNÉRAUX. — *Prix Montyon, arts insalubres :* non décerné. — *Prix Trémont :* M. J. Morin. — *Prix Gegner :* M. Edmond Lescarbault et M. Charles Brame. — *Prix Petit d'Ormoy :* M. Henri Filhol.

— Par décret en date du 3 mai, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. Bédart, Laborde, Le Moyne, Bourrée, Paul Claverie, Huos, Mazet, Le Cuziat, Bizardel, Dédet, Le Gac, Thomas, Ménier, Jarri, Babot.

Au grade d'aide-médecin : MM. Guillot, Bon, Benon, Marloy, Le Guen, Durand, Malespine, Bouyssou, Lefèvre, Pinard, Morel, Imbert, Pierron, Coppin, Angier, Ribes.

— Par décret en date du 29 avril, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les docteurs Aubry, Weiss, Gueilliot.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs François, Stœber, Nau, Regnier, Febvré, Laurent, Meunier, Dorveaux, Reibel, Vesseaux, Dechoudans, Duvernoy, Geoffroy.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : M. Julhe.

— Par décret en date du 29 avril, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les docteurs Hergott, Moret, Demange, Paul Berger, Pozzi.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs Leclerc, Crucis, Spiral, Baux, Carion, Seuvre, Bœckel, Gremel, Cartaz, Cabasse, Lelorrain, Bonnet, Champy, Richard, Wittmann, Lévêque, Bancel, Necquard, Solmon, Grollemund, Peltier, Guesliot, Courtet, Liégeois, Beugnon, Michaut, Labache, Dehenne, Lapierre, Fagart, Planteau, Michel, Chatelin, Moulard, Métras, Grellot, Guérin, Guillaume, Teissier, Chavanis, Descouts, Fustier, Graux, Amodru, Gervais, Chouppe, Delfaux, Thorens, Goy, Gaillard.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe : M. Debionne.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. Calloud, Bardel, Malard, Poulet, Chateau, Gallard, Tailleur.

— M. le docteur E. Ménière est chargé d'une mission à l'effet de représenter le ministère de l'instruction publique au Congrès international d'otologie, qui s'ouvrira à Bâle au mois de septembre prochain.

— On nous annonce la mort de M. Vincent, ancien directeur des hôpitaux de la Pitié et de Saint-Louis, décédé avant-hier 3 mai 1884.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Les concours de clinicat commenceront au mois de juillet prochain ; ils s'ouvriront : 1° pour la nomination à deux places de chef de clinique médicale, le lundi 7 juillet 1884 ; 2° pour la nomination à deux places de chef de clinique chirurgicale, le jeudi 10 juillet 1884 ; 3° pour la nomination à une place de chef de clinique obstétricale, le mardi 15 juillet 1884.

Les chefs de clinique nommés entreront en fonctions le samedi 1er novembre 1884.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Pouchet, professeur agrégé, chef du laboratoire, fera, à l'hôpital Saint-Louis, tous les mardis, à dix heures et un quart du matin, des conférences sur les principaux médicaments usités dans les maladies cutanées et syphilitiques. Ces conférences commenceront mardi prochain, 6 mai 1884.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16160.

97

Jaborandi du Docteur Coutinho

Plus de 20 espèces de plantes appelées Jaborandi, dont la teneur en pilocarpine est presque nulle appellent l'attention des médecins sur le véritable **Jaborandi** du Docteur Coutinho, qui a toujours donné des résultats prompts et sûrs dans les affections catarrhales aiguës et chroniques de la gorge et des organes respiratoires, au début des bronchites, dans la pleurésie, l'asthme, le rhumatisme, etc. :

1° **Feuilles de Jaborandi.** — Une dose, prise en infusion, détermine une sudation qu'on peut évaluer à deux litres par heure. L'excitation très vive des glandes salivaires provoque l'élimination des mucosités. Chaque dose est renfermée dans un étui de fer-blanc.

2° **Sirop de Jaborandi.** — Chaque cuillerée à soupe représente 2 grammes de feuilles, il s'administre dans une tasse de thé ou d'eau chaude, à la dose de deux cuillerées.

3° **Elixir de Jaborandi.** — Même dosage et même mode d'emploi que le Sirop.

4° **Solution de pilocarpine** pour injections hypodermiques. — Cette solution comprend 1 milligramme de pilocarpine par centimètre cube.

5° **Granules de pilocarpine.** — Chaque granule contient 2 milligrammes et demi de pilocarpine pure ; quatre granules correspondent à une dose de Jaborandi de Coutinho.

Dépôt à Paris : Phie Vial, 1, rue Bourdaloue.

67

Sirop de quinquina ferrugineux

AU PYROPHOSPHATE DE FER ET DE SOUDE DE **Grimault**.

Ce sirop est clair, limpide, agréable au goût ; il est pris avec plaisir, aussi bien par les enfants que par les grandes personnes, et contient par cuillerée à bouche *20 centigrammes de pyrophosphate de fer et de soude et 0,10 extrait de quinquina.*

Dépôt : Vial, 1, rue Bourdaloue.

125

Établissement thermal Vichy

(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabte, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino ; Musique dans le Parc ; Cabinet de Lecture ; Salon réservé aux Dames ; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

12

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'**Apiol** est l'emménagogue par excellence. Mais le commerce délivre sous ce nom des teintures ou extraits alcooliques de persil, à peu près inertes. L'**Apiol** des Drs Joret et Homolle offre seul toutes les garanties d'une bonne préparation ; c'est le seul qui soit absolument pur et qui ait été expérimenté avec succès dans les Hôpit. de Paris.

Dép. gal : phie Briant, 150, r. de Rivoli, et phies.

241

Vin de Baudon **antimonio-phosphaté.**

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

66

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HELÉNINE DE KORAB

6

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées* ; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

93

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

100

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la Viande.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

19

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

13

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical* ; le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

10

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

58

Sirop du docteur Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

46

Pougues

EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles. Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone **phosphatée** Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

58

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes *(Basses-Pyrénées).*

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. I. Tuberculisation pulmonaire et phlegmatia alba dolens. — II. Fièvre typhoïde, abcès intercurrent. — III. Rhumatisme polyarticulaire. — Hôpital de la Pitié. De la cure des hémorroïdes. — Contribution au traitement du rétrécissement de l'urètre par l'électrolyse linéaire. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Aimez-vous le microbe? On en a mis partout. Toute la séance a été aux microbes : microbe de la septicémie gangreneuse, microbe de la fièvre jaune, microbe de la tuberculose. Ce sont MM. Chauveau et Arloing (de Lyon) qui, par l'organe de M. Bouley, nous ont fait connaître les résultats, très intéressants et très utiles pour la pratique, des expérimentations auxquelles ils se sont livrés sur le micro-organisme (vibrion septique de M. Pasteur) de la septicémie gangreneuse ou gangrène gazeuse, qui a fait, il y a quelque temps, de nombreux ravages dans les hôpitaux de Lyon. C'est ensuite M. Rochard, à qui semble être réservé le rôle, — dont il s'acquitte si bien d'ailleurs, — de modérer les enthousiasmes faciles, paraît-il, chez nos confrères d'au delà de l'Atlantique. Dans un rapport verbal, il est venu nous entretenir de la prétention de l'un d'eux à la découverte du vaccin de la fièvre jaune. On n'a peut-être pas oublié qu'il y a quelques mois, ayant à se prononcer sur le mérite d'un ouvrage relatif à l'étiologie du « béribéri » et à sa genèse bacillaire, il a dû se demander si l'auteur n'avait pas été victime de quelque illusion. Il se fait la même demande aujourd'hui, à propos d'une communication d'un professeur de la Faculté de Rio-de-Janeiro, M. Domingos Freire, qui annonce avoir été conduit par ses recherches sur la fièvre jaune à découvrir la cause et la nature de la maladie, le microbe qui la produit, le traitement qui lui convient et le moyen de s'en préserver à l'aide d'une vaccination préventive, en injectant des microbes d'une autre espèce qui détruisent ceux de la fièvre jaune dans le torrent circulatoire.

« Personne, a dit M. Brochard en terminant son rapport, n'est plus intéressé à la découverte du vaccin de la fièvre jaune que les médecins de la marine, qui lui payent un si lourd tribut à chaque épidémie nouvelle. Si cette découverte se réalisait, nous nous cotiserions pour élever une statue à son auteur; mais avant d'ouvrir la souscription, nous attendons des preuves plus décisives que celles qui nous sont fournies par M. le docteur Freire, tout en faisant des vœux bien sincères pour qu'il ne se soit pas trompé. »

Enfin le troisième microbe qui a occupé l'Académie est le microbe du tubercule, le bacille de Koch, et son rôle dans la genèse et l'évolution de la tuberculose. Telle a été, en effet, la question traitée dans un excellent rapport de M. Hérard sur un travail envoyé pour le concours du prix Portal, dont le sujet était : « Le tubercule est-il d'origine parasitaire? » Nous regrettons que les usages de l'Académie ne nous permettent pas d'analyser ces sortes de rapport, car, d'après la simple audition, travail et rapport nous paraissent également remarquables.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Tuberculisation pulmonaire et phlegmatia alba dolens. — II. Fièvre typhoïde, abcès intercurrent. — III. Rhumatisme polyarticulaire.

I. Nous avons perdu notre malade du n° 23 de la salle Saint-Luc. Atteint de tuberculisation pulmonaire, il a succombé à une phlegmatia alba dolens. Il n'était guère malade, disait-il, que depuis un an, lorsqu'il est entré dans le service, et cependant il était déjà très cachectisé. Les phénomènes pulmonaires marchaient assez lentement, lorsque, tout à coup, il s'est plaint d'une douleur assez vive dans les deux membres inférieurs, surtout dans le mollet du côté gauche. Bientôt, nous sentions le cordon douloureux de la phlegmatia, et, quelques jours plus tard, le malade succombait dans un accès de suffocation.

A l'autopsie, nous avons trouvé un coagulum dans la veine iliaque gauche, au niveau de son entre-croisement avec l'artère : coagulum dur, très résistant, montrant ainsi qu'il datait déjà d'un certain temps et qui avait déterminé une inflammation des parois du vaisseau. Mais ce qui était plus grave, c'est qu'au-dessus de ce premier coagulum, il s'en était produit un second qui s'étendait vers la veine cave inférieure, se propageant peu à peu de bas en haut. Le danger qui existe en pareil cas, c'est que les caillots sanguins, rencontrant une veine collatérale, se trouvent soumis à l'impulsion plus ou moins forte d'un courant sanguin capable de les dissocier, par suite soit de les entraîner dans le torrent circulatoire et de déterminer une embolie, soit d'en emporter quelques fragments et d'amener la production d'infarctus pulmonaires. C'est probablement ce qui s'est produit chez notre malade, chez lequel nous avons trouvé non pas les gros caillots de l'embolie pulmonaire, mais bien de petits infarctus.

L'autopsie nous a montré aussi des lésions tuberculeuses considérables.

II. Dans cette même salle Saint-Luc, au n° 10, était couché un malade qui a présenté tous les phénomènes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, et chez lequel la température n'a jamais atteint qu'une seule fois le chiffre de 40 degrés. Les symptômes généraux, ainsi que les accidents thoraciques, ont été peu graves; aucun d'eux n'a présenté de prédominance véritable. En somme, la marche de la maladie a été régulière et bénigne, et nous n'en parlerions pas plus longuement si, vers la fin de la maladie, un petit incident ne s'était pas présenté.

Cet homme était entré au septième jour de sa fièvre typhoïde avec les premières taches rosées lenticulaires caractéristiques. Le soir, la température était à 39 degrés; le lendemain, à 39°,6, pour s'arrêter, au huitième jour, dans sa marche croissante et osciller, à dater de ce moment, autour du chiffre de 39 degrés, sans que nous eussions été obligé en quoi que ce soit d'intervenir par une médication spéciale.

C'est ainsi que, dès le quinzième jour, la défervescence commençait, semblant devoir être définitive vers le vingtième ou le vingt et unième jour, comme cela doit être dans une fièvre typhoïde marchant aussi régulièrement. Cependant il n'en a pas été ainsi, et cette défervescence définitive a été retardée de quelques jours par suite du développement d'un petit abcès à la région temporale. Elle n'a été complète que le vingt-quatrième jour seulement, lorsque l'abcès a été ouvert.

Ce fait est un exemple frappant, en médecine, de ce que M. Verneuil a déclaré maintes fois pour la chirurgie, savoir : que quand une opération est terminée, même avec toutes les précautions antiseptiques, l'œuvre du chirurgien n'est pas finie et que celui-ci n'est pas autorisé à croire que tout ira bien. Non, jusqu'à parfaite guérison il doit se souvenir que des accidents sont toujours possibles, qui seraient susceptibles d'arrêter une guérison ou de la retarder. De là, la nécessité de surveiller, d'interroger la température, alors même que la cicatrisation de la plaie suit un cours régulier et que le malade ou l'opéré va aussi bien que possible. Eh bien, ce qui est aussi frappant en chirurgie, l'est également en médecine. La marche de la température est peut-être le plus sûr moyen d'être averti d'accidents qui auraient pu échapper à l'examen du médecin, soit en raison de leur siège, soit parce que le malade lui-même ne s'en serait pas aperçu, soit parce qu'ils ne se seraient encore révélés par aucun phénomène particulier, susceptible d'attirer l'attention des médecins dans le cours d'une maladie à périodes régulières.

Ici, la cause du retard dans la défervescence a été, comme je viens de le dire, le développement d'un petit abcès dont l'ouverture a fait immédiatement tomber la fièvre à 36°,6, pour se relever le lendemain au chiffre normal de 37°,2, et s'y maintenir jusqu'à la fin.

III. Parmi les malades qui sont arrivés hier dans le service, je vous parlerai de la jeune fille du n° 11 de la salle Sainte-Adélaïde. Elle est âgée de dix-neuf ans et a été amenée à l'hôpital pour des douleurs très vives, dit-elle, dans les membres inférieurs, douleurs qui ont succédé à une fièvre typhoïde parfaitement guérie. La malade avait même repris ses occupations depuis quelques jours, lorsqu'elle a été atteinte.

Les douleurs qui surviennent à la suite ou pendant le cours de la dothiénentérie sont d'ordres différents. Ces douleurs peuvent résider dans le système musculaire, notamment dans les muscles du mollet, et être le résultat d'une myosite. Elles peuvent tenir au système vasculaire, veines ou artères, ces dernières surtout. Il n'est pas très rare, en effet, de voir une artérite succédèr à la fièvre typhoïde sans que pour cela, cependant, il y ait aucune coagulation dans l'artère. Enfin, elles peuvent être de véritables névralgies.

Chez notre malade, ce n'est à aucun de ces divers systèmes musculaire, vasculaire ou nerveux, que les douleurs dont elle se plaint sont dues. Chez elle, il s'agit d'une affection rhumatismale, chose assez rare soit chez un typhoïdique, soit à la suite de la dothiénentérie, d'un rhumatisme polyarticulaire à forme subaiguë.

En effet, les deux genoux, droit et gauche, sont pris; les articulations sont tuméfiées, douloureuses, et contiennent une certaine quantité de liquide épanché. De plus, du côté de la colonne vertébrale, nous trouvons la région lombaire très douloureuse, le moindre mouvement arrache des cris à la malade. — Il est vrai qu'elle est d'une nature très nerveuse. — Ces douleurs, siégeant de chaque côté de la colonne vertébrale, doivent être prises en considération. Ce ne sont pas des douleurs musculaires, pas plus que les douleurs des membres inférieurs : il ne s'agit pas non plus d'une myélite, la malade n'en a aucun des symptômes ; nous ne sommes pas en présence d'une névralgie, les douleurs sont des deux côtés de la colonne vertébrale, elles ne suivent pas le trajet d'un nerf, enfin elles sont surtout prononcées au niveau des apophyses épineuses des vertèbres lombaires. Nous sommes donc encore ici en présence de douleurs articulaires de même nature que celles des genoux droit et gauche.

Cette affection polyarthritique est-elle rhumatismale, est-elle la conséquence de la fièvre typhoïde? Non, d'abord parce qu'elle est survenue trois semaines après la convalescence terminée, ensuite parce que cette jeune fille, exerçant le métier de repasseuse, a été exposée à plusieurs reprises à des courants d'air froid dans la maison où elle travaillait. La fièvre typhoïde n'a eu qu'une influence très indirecte sur le développement du rhumatisme, c'est-à-dire en mettant cette jeune fille, par la maladie qu'elle venait d'avoir, dans des conditions de résistance moindre aux influences morbides auxquelles elle a été soumise.

Quoi qu'il en soit, les accidents paraissent devoir être chez elle d'une gravité médiocre. J'ai prescrit ce matin l'application de quatre ventouses scarifiées sur la région lombaire en même temps que le salicylate de soude.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

De la cure des hémorroïdes.

Je disais naguère que si des livres classiques de pathologie contenaient plus de vingt pages sur le traitement de l'ongle incarné, ce traitement, en réalité, pouvait être renfermé en six lignes et même moins peut-être. J'en puis dire tout autant de la cure des hémorroïdes sur laquelle on a tant écrit et depuis si longtemps et qui peut se résumer en deux moyens : 1° les lavements froids et les laxatifs légers pour les cas minimes ; 2° la dilatation forcée pour les cas graves.

Depuis que la science chirurgicale existe, on s'est occupé

des hémorroïdes et il n'y a pas de maladies sur lesquelles on ait autant divagué comme importance, comme pronostic et comme thérapeutique.

Les médecins qui les premiers ont traité cette question se sont prononcés contre toute intervention chirurgicale. Non seulement alors on rejetait bien loin toute opération, mais encore on considérait la présence de ces tumeurs comme un bienfait, leur suppression comme un danger. Cependant, au commencement du siècle, l'opération avait encore des adversaires décidés qui donnaient pour raison de leur abstention, que la nature se sert des hémorroïdes comme d'une sorte d'émonctoire; on leur donnait ainsi une espèce de fonction purgative analogue à la menstruation chez la femme et l'on soutenait que leur suppression pouvait avoir les mêmes inconvénients que celle des règles.

D'autres médecins soutenaient avec un peu plus de raison que l'ablation des hémorroïdes était dangereuse ; il est vrai qu'autrefois l'arsenal chirurgical était moins riche qu'aujourd'hui et que l'on usait de procédés dangereux en réalité. Alors on employait l'incision comme méthode palliative lorsqu'elles étaient sorties, qu'elles formaient un bourrelet rougeâtre. Jean-Louis Petit conseillait l'incision comme un moyen de soulagement. Moi-même, il y a quarante ans, tandis que j'étais interne de Lisfranc, j'ai pratiqué, d'après ses instructions, la saignée des hémorroïdes, saignée dont le danger était dans la blessure des veines et d'un tissu pathologique, entraînant parfois la mort par pyohémie, en tous cas ne remédiant à rien. On eut alors recours à l'excision, procédé également dangereux par les hémorragies graves auxquelles elle donnait lieu, hémorragies intra-rectales nécessitant le tamponnement du rectum, ce qui est toujours fort dangereux. Et les individus mouraient ou de l'hémorragie ou du tamponnement. L'excision fut abandonnée pour la ligature du bourrelet. Ce nouveau moyen avait encore ses dangers, il pouvait entraîner la mort ; il donnait lieu à des douleurs extrêmement violentes, à la formation de débris gangreneux, il déterminait parfois de la phlébite, laquelle, se communiquant par la veine porte, amenait aussi des accidents de pyohémie. J'en ai vu mourir plus d'un.

Plus tard, on songea à la destruction des hémorroïdes par une opération non sanglante, par l'emploi du fer rouge. Plus d'un de nos confrères s'en sert encore aujourd'hui. Cette cautérisation peut se faire par trois procédés : 1° celui d'Amussat, dans lequel on prenait le bourrelet dans une sorte de capsule métallique destinée à garantir la marge de l'anus et l'on cautérisait ensuite avec le fer rouge ; 2° Philippe Boyer se servait successivement de trois cautères coniques, quelque peu analogues au fer des soudeurs, un grand, un moyen et un petit, que l'on plantait successivement dans l'anus. A cette époque, on ne se servait pas encore de chloroforme, de telle sorte qu'en réalité le procédé était horrible quoique efficace et non dangereux, tellement horrible qu'aujourd'hui tous les vétérinaires eux-mêmes, sans exception, le renieraient.

Mais une réforme médicale fut inaugurée par l'apparition de l'écraseur linéaire. Le malade était endormi et l'écraseur coupait sans perte de sang et sans douleur aussi, grâce au chloroforme. Le procédé donnait d'excellents résultats, mais il avait le grave inconvénient de donner lieu à une cicatrice circulaire autour de l'anus, à un véritable anneau cicatriciel, par suite à un rétrécissement de l'anus, moindre cependant qu'avec le fer rouge. Devant pareil résultat, on imagina de segmenter le bourrelet, de le couper en deux, trois ou quatre fois. J'ai imaginé aussi, à l'imitation des Lyonnais, un procédé de cautérisation au moyen de trochisques caustiques (pâte de Vienne, chlorure de zinc, etc.). Puis j'eus recours à la cautérisation ponctuée, interstitielle, du bourrelet avec le galvano-cautère, laquelle déterminait ainsi une phlébite adhésive de bonne nature, donnait de bons résultats et, en somme, était une opération peu douloureuse. Cependant, quand arriva le thermo-cautère, je trouvai là un agent encore plus sûr, que je plongeai à des profondeurs variées selon le volume du bourrelet, et qui me donna de très bons résultats. Pendant ce temps, certains chirurgiens expérimentaient les attouchements avec l'acide nitrique, renouvelés à dix ou douze jours d'intervalle, jusqu'à formation du tissu cicatriciel. L'opération était horriblement douloureuse.

De très bonne heure, j'ai adopté l'écraseur de Chassaignac et, depuis 1854, époque où je fus nommé chirurgien du Bureau central, je l'ai continuellement employé soit contre certaines affections de la langue, soit contre les hémorroïdes.

Sur ces entrefaites, j'ai découvert la pathogénie des hémorroïdes, dont les anciens ne se doutaient pas. Je m'étais dit que, pour savoir ce que c'était que des hémorroïdes, la première condition était de les examiner, et de même que pour connaître la pathogénie des varices, je les injectai sur le cadavre avec un peu de suif et du bleu de Prusse. Mais pendant vingt ans je suis resté sur ma découverte sans en tirer parti.

Récamier, qui avait un esprit à l'envers, mais très ingénieux, avait imaginé l'opération de la fissure à l'anus par la dilatation, et Maisonneuve, avec son remarquable génie chirurgical, après avoir adopté la dilatation de Récamier pour la fissure à l'anus, eut l'idée de l'employer aussi contre les hémorroïdes très douloureuses, et guérit ainsi à la fois celles-ci et la fissure qui les complique si fréquemment. Quant à moi, je proposai aussi cette dilatation en formulant plus nettement la théorie de Maisonneuve, c'est-à-dire : 1° la dilatation pour la fissure simple ; 2° la dilatation pour la fissure avec hémorroïdes ; 3° la dilatation aussi pour les hémorroïdes simples. Au même moment, le docteur Fontan (de Lyon) arrivait à des conclusions identiques. Donc Fontan d'un côté, Verneuil de l'autre, après Maisonneuve, ont préconisé la dilatation de l'anus. C'est alors que je me rappelai ma découverte de vingt ans auparavant sur la pathogénie des hémorroïdes, laquelle pathogénie, — pour le dire en passant, — a été découverte depuis lors deux fois, mais je m'empresse d'ajouter sans aucune intention de plagiat.

Cette pathogénie, la voici : les hémorroïdes sont causées par un étranglement des veines mésentériques supérieures qui traversent la paroi rectale dans un anneau musculaire et viennent s'étaler ensuite sous la muqueuse du rectum, et c'est ainsi qu'un étranglement de veines donne lieu à la formation d'un tronçon plus ou moins volumineux, de même que l'anneau du soléaire, par l'étranglement des veines, détermine le développement des varices de la jambe. D'où il ressort qu'il suffit de faire cesser la contracture pour que l'étranglement cesse à son tour, que l'hémorroïde se vide et que la circulation se rétablisse normalement. Ainsi s'explique la réussite de la violence qui fait cesser la contracture, par suite la guérison radicale des hémorroïdes, le succès permanent de la dilatation.

Cette dilatation pour réussir ne doit pas être faite seulement avec les doigts qui n'agissent que sur les fibres inférieu-

res du rectum, elle doit être pratiquée, — le malade étant préalablement chloroformé, — avec le spéculum de Ricord d'abord, avec celui de Lisfranc ensuite, qui permet une dilatation suffisamment considérable. Elle doit être faite lentement, progressivement, dans l'espace d'une demi-minute environ. Le résultat en est merveilleux et la guérison radicale est obtenue — sans aucun danger — en une huitaine de jours. La dilatation est l'opération par excellence. Il est bien entendu que lorsque les hémorroïdes sont le siège de quelque sphacèle, j'attends pour intervenir que tous accidents aient disparu.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT

DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTRE PAR L'ÉLECTROLYSE LINÉAIRE

Par le docteur Fort, à Rio-de-Janeiro.

Depuis que je pratique la chirurgie au Brésil, j'ai vu et opéré un nombre considérable de rétrécissements de l'urètre. Je pratique l'*électrolyse linéaire* selon le procédé du docteur Jardin, sur une grande échelle. Je viens, par le récit de ce petit fait, lui demander s'il ne pourrait pas apporter à son instrument une modification au moyen de laquelle on pût éviter tous les insuccès.

La lame de platine, non tranchante, qui détruit un point du rétrécissement, me paraît trop petite et on pourrait sans inconvénient, je crois, augmenter sa hauteur de 3 millimètres. Je porte ce jugement, en songeant à l'épaisseur du canal de l'urètre, à ses rapports en haut avec les corps caverneux. Voici ce qui prouve que la modification demandée serait utile :

1° Il y a des sujets dont le rétrécissement offre une certaine épaisseur de tissu pathologique jointe à un certain degré de dilatabilité du point rétréci. Qu'arrive-t-il ? C'est que l'électrolyseur, dont la lame n'est pas assez élevée, ne détruit linéairement qu'une partie de l'épaisseur du tissu pathologique. Après l'opération, on fait passer une bougie n° 18 de la filière Charrière, mais ensuite l'ancien tissu, non détruit, se rétracte de nouveau, et l'on perd tout le bénéfice de l'électrolyseur qui produit ordinairement une cicatrice molle, non rétractile.

J'ai vu plusieurs cas analogues. On les reconnaît par la récidive qui ne se fait pas attendre au delà de plusieurs mois. Élevons donc la lame de platine de l'électrolyseur.

2° Chez certains sujets le rétrécissement est court, probablement peu épais, et pourvu d'une grande élasticité. La lame de platine de l'électrolyseur traverse le rétrécissement d'avant en arrière sans le détruire ; elle le traverse d'arrière en avant quand on la retire ; le malade urine mieux pendant quelques jours, puis la récidive survient. Si, dans ce cas, la lame était plus haute, elle déterminerait un certain degré de tension de l'anneau rétréci et la destruction chimique aurait lieu.

M. J... se présente à moi, il y a un an, avec un rétrécissement court qui admettait la bougie n° 9 de la filière Charrière. Je le traite par l'électrolyseur linéaire du docteur Jardin. Amélioration pendant quelques semaines. Les symptômes augmentent et le rétrécissement devient si étroit qu'il n'admet pas la bougie n° 4. Il revient en janvier 1883. Je lui laisse la bougie n° 4 pendant la nuit du vendredi. Le samedi, il introduit la bougie n° 6. Le dimanche matin, je place dans son urètre la bougie n° 8 pendant une heure, puis la bougie n° 9 pendant une demi-heure.

Je passe ensuite la bougie conductrice et le cathéter cannelé qui arrive heureusement à la vessie. J'applique la lame de platine de l'électrolyseur contre le point rétréci et je ferme le courant. L'opération dure vingt-cinq secondes. J'avais employé dix-huit éléments de la pile de Gaiffe et je n'osais exercer qu'une très légère pression sur le bouton d'ivoire de l'électrolyseur. Le jet d'urine est très large depuis ce jour et tout porte à croire qu'il n'y aura plus de récidive.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mai 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° des lettres de remerciements de MM. les docteurs Le Garrec, Fichot, Mauricet, lauréats de l'Académie ; — 2° une note manuscrite de M. le docteur Boucher, médecin-major, sur un nouveau pansement antiseptique à l'acide sulfureux ; — 3° une note sur la diphtérie et son traitement par M. le docteur Moty, médecin-major ; — 4° un rapport de M. le docteur Becour (de Lille), sur l'application de la loi de protection du premier âge ; — 5° un travail manuscrit sur la maladie de Bright chez les herpétiques, par le docteur Séjournet (de Revin) ; — 6° une lettre de M. le docteur Gros (d'Alger), avec plusieurs travaux à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

M. **Lagneau**, en offrant à l'Académie le rapport annuel qu'il a fait au Conseil de salubrité, sur les maladies épidémiques dans le département de la Seine pour l'année 1882, donne de vive voix les détails suivants :

En 1882, dans le département de la Seine, il est mort 3,463 typhoïdiques ; 2,739 diphtériques ; 1,099 rubéoleux ; 733 varioleux. De 1881 à 1882, si les décès par variole ont beaucoup diminué, ceux par diphtérie déjà si nombreux, ceux par rougeole, ont un peu augmenté, et ceux par fièvre typhoïde sont devenus près de moitié plus nombreux.

Des vingt-deux arrondissements du département, les plus frappés par la fièvre typhoïde ont été les VIIe, XIXe et XVIIIe, ceux de l'École militaire, de la Villette, de Clignancourt ; ils ont enregistré 231, 184, 171 décédés typhoïdiques par 100,000 habitants.

La répartition très inégale de la fièvre typhoïde semble en partie attribuable à la présence de casernes, à l'encombrement humain, à la défectuosité de certains égouts, à l'impureté de certaines eaux.

Pour les XVIIIe et XIXe arrondissements, l'influence typhogène des eaux impures du bassin de la Villette, des eaux de l'Ourcq, signalée par MM. Gueneau de Mussy, Lancereaux, Durand-Claye, Rœser, quoique récemment contestée par l'ingénieur en chef des eaux, paraît être très vraisemblable.

COMMUNICATION

Septicémie gangreneuse. — M. **Bouley**, au nom de MM. Chauveau et Arloing, donne lecture d'une note intitulée : *Étude expérimentale sur la septicémie gangreneuse.*

La septicémie gangreneuse ou foudroyante, gangrène gazeuse, ou érysipèle traumatique, etc., ayant fait de nombreux ravages dans les services hospitaliers de Lyon, MM. Chauveau et Arloing ont eu l'occasion d'en faire l'étude expérimentale.

Voici quelques-unes des propositions qui résument les points principaux de ce travail.

La septicémie gangreneuse est transmissible par inoculation. Les accidents gangreneux sont causés par le micro-organisme que M. Pasteur a décrit sous le nom de vibrion septique.

Chez l'homme et les animaux susceptibles de contracter expérimentalement la septicémie gangreneuse, le micro-organisme spécifique se présente avec des caractères particuliers dans le tissu conjonctif et dans les séreuses.

La sérosité du foyer traumatique et du tissu conjonctif voisin, celle du péritoine, de la plèvre, du péricarde, le sang (quand il

renferme les micro-organismes), sont inoculables et reproduisent indistinctement les mêmes lésions et les mêmes formes microbiennes, dans les mêmes régions de l'organisme. D'où l'on peut conclure que les différentes formes qui ont été décrites dans ce travail sont les différentes phases d'une seule espèce pathogène.

En prenant pour type l'inoculation dans le tissu conjonctif sous-cutané, on constate que le virus est inoculable à la condition qu'il soit déposé profondément dans ce tissu, à la dose de 1/5 de goutte à 5 gouttes, suivant la réceptivité des espèces ou des sujets.

Examinant ensuite les phénomènes consécutifs à l'inoculation du virus dans le tissu conjonctif et le système vasculaire, MM. Chauveau et Arloing font remarquer : 1° que l'infiltration gazeuse peut manquer sur les petits animaux, quand ils succombent rapidement à l'inoculation d'une forte dose de virus; 2° qu'aucun animal, excepté le mouton, ne présente des désordres aussi étendus que l'âne et le cheval.

Quant aux phénomènes consécutifs à l'inoculation intra-veineuse de doses moyennes de virus, ils sont du plus haut intérêt. Ils démontrent que la septicémie gangreneuse est, comme la plupart des maladies infectieuses virulentes, soumise à la loi de non-récidive.

La septicémie gangreneuse participe encore aux caractères des maladies virulentes par la possibilité de se transmettre au fœtus, si la mère est frappée pendant la gestation.

Les humeurs virulentes de la septicémie gangreneuse perdent insensiblement leurs propriétés nocives en raison directe des progrès de la putréfaction.

Les principaux faits contenus dans la dernière partie de ce travail montrent que l'on a peu de chances d'opposer les antiseptiques avec succès à l'extension de la septicémie gangreneuse dans les tissus vivants. La pratique a démontré que l'amputation prompte, au-dessus et loin du foyer, quand elle est possible, était seule capable de sauver quelquefois la vie des malades. Il faut donc s'attacher surtout à la prophylaxie. L'infection procédant du dehors, il importe de stériliser les instruments de chirurgie et les pièces de pansement. La chaleur est le moyen le plus efficace pour atteindre ce but.

M. J. GUÉRIN fait remarquer que les arguments que vient d'exposer M. Bouley sont une preuve de plus à l'appui des dangers des plaies exposées, opinion qu'il a soutenue bien avant l'apparition des doctrines microbiennes.

M. COLIN (d'Alfort) dit que, parmi les assertions émises par M. Bouley, il en est plusieurs qui sont exactes et qu'il a lui-même soutenues. Ainsi il est vrai que le chien, le chat, le cheval et le bœuf sont des animaux réfractaires à la septicémie gangreneuse : c'est là une opinion que j'ai soutenue dès 1873 et que combattait alors M. Bouley, qui, paraît-il, a changé d'avis depuis. Il en est de même de cet autre fait que la virulence est détruite par la putréfaction.

RAPPORTS

La fièvre jaune. — M. ROCHARD fait un rapport verbal sur les travaux de M. Domingos Freire (de Rio-de-Janeiro), qu'il a offerts à l'Académie de la part de l'auteur dans la séance du 22 avril dernier.

Ces travaux sont intéressants, puisqu'il s'agit de la découverte ou de la prétendue découverte du microbe de la fièvre jaune, de son atténuation et de sa destruction possibles et, par conséquent, d'un traitement curatif et d'une prophylaxie efficace de cette terrible maladie.

On a pendant longtemps vainement cherché le microbe de la fièvre jaune. M. Pasteur lui-même, avec toute sa compétence et toute son autorité en pareille matière, l'a en vain recherché avec tout le talent que nous lui connaissons. Plus heureux, les médecins du Brésil l'ont trouvé du premier coup. Déjà M. de Lacerda avait trouvé un champignon spécial qui a déjà disparu. M. Domingos Freire a découvert dans le sang, dans les veines, dans les vomissements, voire même dans les muscles des malades atteints de la fièvre jaune, des granulations spéciales tellement petites qu'il ne faut pas moins d'un grossissement de 450 diamètres pour les apercevoir, granulations se transformant en bâtonnets, en vibrions, en bactéries, puis à côté de tout cela de grandes cellules, se recherchant, s'accouplant pour la fécondation.

Pendant un certain temps, M. Domingos Freire a été assez embarrassé pour savoir au juste quel était l'agent virulent de ces granulations ou de ces cellules; il avait tranché la difficulté en attribuant certains symptômes de la maladie aux premières et certains autres aux secondes, puis il a fini par reconnaître que les vrais coupables étaient des micrococcus, auxquels il a donné le nom de xantho-génitus. L'acide salicylique ou le salicylate de soude tuant ce micrococcus, il était tout naturel de conclure que ce médicament était le spécifique de la fièvre jaune.

De nombreuses expériences ont d'abord été faites sur les animaux. Un gramme de sang pris sur un sujet mort de la fièvre jaune, inoculé dans la veine saphène d'un lapin, tue cet animal en deux heures. Les gallinacés et les chiens sont des animaux réfractaires à cette inoculation. Cependant un chien a été tué, mais dans ce cas M. Domingos attribue la mort non plus à la présence du microbe de la fièvre jaune, mais bien à l'existence d'une ptomaïne, qu'il considère comme une fonction de la vie des microbes.

Il a constaté que la terre du cimetière où sont ensevelies les victimes de la fièvre jaune est essentiellement infectieuse ; il en est de même du sol et de l'atmosphère de toute la ville de Rio-de-Janeiro. M. Domingos ne pouvait plus conserver un animal dans son laboratoire ; il a dû pratiquer ses expériences dans une maison de campagne qu'il possède dans les environs.

M. Rochard arrive ici à la partie la plus importante du travail de M. Domingos Freire, aux vaccinations préventives de la fièvre jaune. Il y aurait plusieurs moyens, plusieurs procédés pour atténuer le virus. Tout d'abord on a remarqué depuis longtemps l'influence des saisons sur le plus ou moins de gravité des épidémies de fièvre jaune. On sait que c'est une maladie hibernale. Il était donc indiqué de donner la maladie atténuée pendant la saison où elle s'atténue d'elle-même. M. Domingos a trouvé plusieurs moyens d'atténuer le virus : il a découvert un liquide contenant un microbe hostile au micrococcus de la fièvre jaune. Il propose plusieurs procédés de culture du virus. Il a pratiqué ainsi 400 vaccinations sur l'homme. M. Rochard pense qu'il a dû commencer par se vacciner lui-même, bien qu'il ne le dise pas dans son travail. Ce procédé de vaccination n'est pas absolument exempt de dangers; toutefois il n'a pas été signalé de cas de mort.

Sans doute, ajoute M. Rochard, les recherches de M. Domingos Freire offrent un réel intérêt. Ses travaux sont très sérieusement faits, et l'on peut reconnaître chez lui une conviction sincère. Mais, sans vouloir passer pour l'incarnation du scepticisme, je me défie un peu des illusions microscopiques.

« On voit tout ce qu'on veut dans les ténèbres », disait Bichat. Ici ce ne sont plus les ténèbres, c'est au contraire une lumière tellement éblouissante qu'elle est pleine de mirages et d'illusions. Tant qu'il ne s'agit que d'expériences sur les animaux, il n'y a rien à dire et l'on ne peut qu'encourager les expérimentateurs. Mais quand il s'agit d'appliquer les résultats de ces recherches microscopiques à l'espèce humaine, on est en droit de se montrer singulièrement défiant à l'égard de ces médications théoriques, de ces vaccinations préventives qui ne sont pas sans offrir quelques dangers. Le traitement de la fièvre jaune a-t-il beaucoup gagné à ces découvertes? Je ne le pense pas, et autrefois nous perdions moins de malades de cette affection en les traitant par les saignées, les sangsues, les évacuants, qu'on en perd aujourd'hui avec les acides phénique, salicylique, etc. Quant aux vaccinations préventives, bien qu'il n'y ait pas eu jusqu'ici d'accidents graves à déplorer, il y a lieu d'attendre pour se prononcer sur leur véritable valeur et de voir quelle résistance peuvent offrir les individus vaccinés aux atteintes de la prochaine épidémie.

M. BOULEY ne se porte pas garant des expériences de M. Domingos Freire. Toutefois il veut faire remarquer que si lui-même,

et 400 individus après lui, se sont montrés assez confiants pour se livrer à ces vaccinations, il y a lieu de se montrer moins sévère à l'égard d'un homme qui, au milieu d'une population affolée, sous la menace d'un danger considérable, propose un moyen hardi mais basé sur des expériences sérieuses et des recherches consciencieuses. Les tentatives de M. Domingos Freire n'ont pas été sans soulever d'énergiques protestations de la part de beaucoup de membres du corps médical de Rio-de-Janeiro. Il a fallu que l'empereur lui-même descendît des hauteurs où il siège jusqu'au laboratoire du savant pour approuver, au moins par sa présence, les recherches de ce savant. D'un côté, une maladie infectieuse, contagieuse, terrible, une population affolée; de l'autre, un homme qui cherche et trouve un moyen prophylactique dont il se porte garant et qui, pour ce fait seul, mériterait certainement beaucoup plus l'éloge que le blâme. Loin donc de dénigrer les doctrines microbiennes, il faut savoir s'en inspirer pour le progrès de la thérapeutique ; on pourra trouver quelque agent précieux qui mettra sûrement à l'abri des atteintes de ce terrible fléau, la fièvre jaune. Il y a là un ordre d'idées qui certes mérite d'être encouragé et qui est bien propre à conduire à une thérapeutique rationnelle. M. Domingos Freire a peut-être eu des illusions proportionnelles à ses espérances; mais c'est un convaincu qu'il faut soutenir et encourager. Il faut se féliciter de trouver un pareil expérimentateur dans un pays décimé par des endémies si redoutables. Il ne reste plus à M. Domingos, pour porter la conviction dans les esprits, qu'à s'inoculer la fièvre jaune dans toute son intensité, s'il se l'est inoculée atténuée. C'est le conseil que lui donne M. Bouley du haut de la tribune académique.

M. ROCHARD n'a pas voulu décourager M. Domingos Freire. Ceux qui cherchent sont dans la bonne voie et ce n'est pas moi, dit M. Rochard, qui les arrêterai. J'ai seulement voulu dire qu'il fallait attendre, tout en faisant des vœux ardents pour leur réussite, pour se prononcer définitivement sur la valeur des espérances de M. Domingos, attendu qu'il s'est aventuré un peu légèrement sur la foi de théories bien vagues et d'expériences jusqu'ici assez peu probantes. Je fais seulement des réserves, tout en soutenant et en félicitant M. Domingos Freire. Je ne suis donc pas en contradiction avec M. Bouley et je tiens, au contraire, à lui apporter le faible appui de ma condescendance.

Prix Portal. — M. HÉRARD, au nom de la commission du prix Portal, donne lecture du rapport sur les travaux envoyés au concours.

Les conclusions de ce rapport sont discutées et votées en comité secret.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Académie des sciences. — Les prix proposés par l'Académie des sciences, en ce qui concerne les sciences médico-chirurgicales et naturelles, sont :

1° Pour l'année 1884 :

Statistique. — *Prix Montyon.*

Chimie organique. — *Prix Jecker.*

Géologie. — *Prix Vaillant :* Nouvelles recherches sur les fossiles, faites dans une région qui, depuis un quart de siècle, n'a été que peu explorée sous le rapport paléontologique.

Botanique. — *Prix Barbier :* Découverte précieuse dans les sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique, ayant rapport à l'art de guérir. — *Prix Desmazières :* Travaux sur la cryptogamie.

Anatomie et zoologie. — *Prix Savigny :* A décerner à de jeunes zoologistes voyageurs. — *Prix Thore :* Attribué alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes d'Europe.

Grand prix des sciences physiques. — Étude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France.

Médecine et chirurgie. — *Prix Montyon :* Pour tous les ouvrages ou découvertes jugés les plus utiles à l'art de guérir. — *Prix Bréant :* Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas. — *Prix Godard :* Anatomie, physiologie et pathologie des organes génito-urinaires. — *Prix Lallemand :* Travaux relatifs au système nerveux.

Physiologie expérimentale. — *Prix Montyon.*

Prix généraux. — *Prix Montyon :* Arts insalubres. — *Prix Trémont :* Pour tout savant auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France. — *Prix Gegner :* Destiné à soutenir un savant qui se sera distingué par des travaux sérieux poursuivis en faveur du progrès des sciences positives. — *Prix Delalande-Guérineau :* Destiné au voyageur ou au savant qui, l'un ou l'autre, aura rendu le plus de services à la France ou à la science. — *Prix Jérôme Ponti :* A décerner à l'auteur d'un travail scientifique dont la continuation ou le développement seront jugés importants pour la science.

2° Pour l'année 1885 :

Prix L. Lacaze : A décerner à l'auteur du meilleur travail sur la physique, sur la chimie et sur la physiologie.

Géologie. — *Prix Delesse :* Travail concernant les sciences géologiques ou, à défaut, les sciences minéralogiques.

Botanique. — *Prix Montagne :* Travaux importants ayant pour objet l'anatomie, la physiologie, le développement ou les descriptions des cryptogames inférieurs.

Grand prix des sciences physiques : Étude de la structure intime des organes tactiles dans l'un des principaux groupes naturels d'animaux invertébrés.

Prix Bordin : Étude comparative des animaux d'eau douce de l'Afrique, de l'Asie méridionale, de l'Australie et des îles du Grand Océan.

Prix da Gama Machado : Sur les parties colorées du système tégumentaire des animaux ou sur la matière fécondante des êtres animés.

Prix Dusgate : Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et sur les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

Prix Cuvier : Destiné à l'ouvrage le plus remarquable soit sur le régime animal, soit sur la géologie.

Prix Petit-d'Ormoy : Sciences naturelles.

3° Pour l'année 1886 :

Prix de La Fons-Mélicocq : Ouvrage de botanique sur le nord de la France.

Prix Jean Reynaud : Travail le plus méritant qui se sera produit pendant une période de cinq ans.

4° Pour l'année 1887 :

Prix Chaussier : Travaux importants de médecine légale ou de médecine pratique.

— Par décret, en date du 5 mai, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. le docteur Rey, médecin en chef de la marine, chargé du service médical au Tonkin ; le docteur Driout, médecin principal de deuxième classe de l'armée de terre, chef du service de santé du corps expéditionnaire du Tonkin.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Ségard, médecin de première classe de la marine ; le docteur Lecotte, médecin-major de deuxième classe à la légion étrangère.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Farganel, délégué dans les fonctions de préparateur du cours d'anatomie pathologique, est nommé pour deux ans préparateur dudit cours.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. le docteur Phisalix, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de zoologie et de botanique en remplacement de M. Jégo, démissionnaire.

— Un concours sur titres est ouvert, pour la nomination d'un chef de clinique à la clinique nationale ophtalmologique de l'hospice national des Quinze-Vingts.

Le titre de docteur en médecine est exigé.

Messieurs les candidats sont priés de s'inscrire tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures, au secrétariat de l'hospice, rue de Charenton, 28, où il leur sera donné tous les renseignements nécessaires.

Ils remettront, à l'appui de leur demande, leur diplôme de docteur et leur extrait de naissance.

Le registre d'inscription restera ouvert jusqu'au 15 juin 1884.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les élèves qui se feront inscrire pour prendre part aux manœuvres obstétricales, — manœuvres gratuites, — devront se trouver au grand amphithéâtre de l'École pratique, le samedi 10 mai, à trois heures très précises, pour être mis en séries. — Immédiatement après la mise en séries, M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, fera, à l'École pratique, sa première démonstration, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Le registre d'inscription à l'École pratique sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, au bureau du chef du matériel jusqu'au vendredi 9 mai.

— M. le docteur Lailler commencera à l'hôpital Saint-Louis dimanche prochain 11 mai, à neuf heures précises du matin, une série de conférences pratiques sur les teignes au point de vue surtout de l'inspection des écoles; il les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— M. le docteur Blachez, médecin de l'hospice des Enfants-Assistés, fera tous les jeudis, à neuf heures et demie du matin, des leçons cliniques sur les maladies des enfants du premier âge, à dater du jeudi 8 mai. La visite commencera à huit heures et demie. Les consultations ont lieu les lundis, mercredis et vendredis à neuf heures. Conférences aux consultations du lundi.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16169.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Angine de poitrine rhumatismale. — Asphyxie par l'arrêt d'un bol alimentaire volumineux dans le pharynx. — Académie des Sciences. — Société de Chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Angine de poitrine rhumatismale.

Dans l'une de nos revues cliniques du mois de février dernier, à l'occasion du remarquable travail de M. le docteur Huchard sur les « angines de poitrine », nous faisions remarquer la justesse et l'utilité pratique de la distinction établie entre l'angine par ischémie cardiaque, dont on meurt presque fatalement et les angines par névralgie ou hyperémie du plexus cardiaque des arthritiques, des neurasthéniques, dont on guérit ; les unes et les autres empruntant d'ailleurs la même physionomie syndromique, l'*angor pectoris*, mais différant en réalité par le pronostic, par les indications thérapeutiques et par les effets du traitement et l'issue de la maladie.

Au nombre de ces dernières se place naturellement l'un des types les plus intéressants, à coup sûr : nous voulons parler de l'angine de poitrine rhumatismale. C'est de quelques faits de ce genre que nous nous proposons d'entretenir aujourd'hui nos lecteurs à propos d'un travail très bien fait sur ce sujet par M. le docteur Antony Martinet, ancien interne des hôpitaux.

M. le docteur Antony Martinet ayant observé un fait très remarquable d'angine de poitrine rhumatismale dans le service de son maître, M. le professeur Peter, à la Charité, en a pris texte pour une étude de la question.

M. Peter, qui avait plus d'une fois signalé, dans ses leçons journalières au lit du malade, l'angine de poitrine rhumatismale comme une variété particulière de cette affection, a rapporté dans son récent Traité des maladies de cœur un cas de rhumatisme articulaire aigu, avec hyperémie du plexus cardiaque.

Il s'agissait d'une femme d'une trentaine d'années, qui, au cours d'un rhumatisme aigu et après la disparition des manifestations articulaires, fut prise d'accidents formidables : douleur vive, angoissante, à la région précordiale supérieure, rayonnant vers le cou et l'épaule gauche, dyspnée extrême, voix éteinte, pouls petit à 124, inégal, température 40 degrés, etc. L'auscultation ne révélant d'ailleurs aucun signe de péricardite ni d'endocardite, ni de myocardite. Des émissions sanguines locales et des vésicatoires successivement appliqués sur la région précordiale amenèrent, dès le lendemain, une amélioration qui alla les jours suivants graduellement croissant, quoique lentement ; si bien que, au bout de quelques semaines, la malade entra en pleine convalescence. L'absence de tout signe de lésions du cœur, d'une part, et, d'autre part, une douleur vive et limitée dans le deuxième espace intercostal gauche, voisine du sternum et de la partie du sternum adjacente, exaspérée par la pression, avec élévation du pouls et de la température, ayant succédé brusquement à une disparition des douleurs articulaires, tout indiquait que M. Peter avait eu affaire à une hyperémie rhumatismale du plexus nerveux cardiaque. Le résultat du traitement et la guérison de la malade confirmèrent ce diagnostic.

Voici maintenant le fait observé par M. le docteur Martinet.

Un homme de vingt-cinq ans, fils de mère rhumatisante, n'ayant d'autres antécédents morbides personnels qu'une pleuro-pneumonie gauche il y a quatre ans, entre à l'hôpital le 30 janvier 1883, éprouvant depuis une semaine du malaise, un peu de fièvre, et, depuis deux jours, des douleurs dans les genoux et les pieds. On constate une légère tuméfaction du genou droit et un peu d'œdème au cou-de-pied du même côté ; le genou gauche est à peine touché, le pouls est fort, plein, avec quelques intermittences, la température 30°,8. Rien à l'auscultation du cœur. Le lendemain le poignet droit est pris à son tour. Le malade se plaint d'une douleur à la région précordiale, à sa partie supérieure. La pression à plat n'augmente pas cette sensation douloureuse, mais le doigt, promené dans les espaces intercostaux voisins, détermine une douleur extrêmement vive dans le troisième et surtout dans le deuxième espace gauche, dans une zone voisine du bord sternal gauche. La pression exercée, même assez fortement, à la partie moyenne ou vers la pointe du cœur n'a provoqué aucune sensibilité. Le nerf phrénique gauche exploré, aux attaches diaphragmatiques et en haut au devant du scalène, n'est point sensible. Le pneumogastrique du même côté est un peu douloureux au cou, à la partie moyenne. Il n'y a aucune trace de souffle ni de frottements. Rien à l'auscultation pulmonaire. La face pâle exprime la souffrance. Température, 39°,6.

Six ventouses scarifiées sont appliquées sur la région précordiale. Le soir, même état des articulations malades, persistance des intermittences.

Le jour suivant, la douleur à la pression dans les troisième

et deuxième espaces intercostaux gauches est bien moindre. La douleur spontanée a presque disparu. La fluxion articulaire a considérablement diminué. On applique un vésicatoire à la région précordiale et on prescrit 50 centigrammes de sulfate de quinine.

A dater de cette époque, après une série d'alternatives de douleurs, parcourant les diverses articulations, et d'accidents divers : épanchement pleural double, ayant nécessité plusieurs applications de ventouses, diarrhée abondante, etc., qui conduisent jusque vers le milieu de mars, au moment où le malade semblait complètement revenu à la santé, un nouvel accès de douleur thoracique gauche et inférieure se manifeste avec la même sensation de constriction de la poitrine, et la même sensibilité à la pression dans le deuxième et le troisième espace intercostal; toujours avec la même absence complète de souffle et de frottement. Retour d'un épanchement pleural.

Après une nouvelle application de sangsues à la région précordiale, suivie d'un vésicatoire sur la même région, cette rechute est conjurée.

Le 5 avril, nouvelle rechute, avec un nouvel épanchement, beaucoup moins sérieuse que la précédente et qui cède plus facilement encore.

Bref, à la fin d'avril, tout symptôme morbide avait cessé. Pendant tout le cours du mois de mai, que le malade passe encore à l'hôpital, il ne survient plus aucun phénomène nouveau; les articulations elles-mêmes ont repris leur fonctionnement; le malade, complètement guéri, est envoyé à Vincennes.

A ces deux observations, M. Martinet en a joint quatre autres semblables, l'une recueillie dans le même service, deux consignées dans la thèse de M. Viguier, et la quatrième empruntée au travail de M. Huchard. C'est à l'aide de ces six faits qu'il a essayé de faire, non pas un tableau complet (ce nombre limité d'observations ne l'eût pas permis), mais une esquisse symptomatique de l'affection dont il s'agit.

En voici les principaux traits :

Un malade atteint depuis plusieurs jours de rhumatisme articulaire aigu, sans aucun phénomène prémonitoire ou après quelques heures de malaise, de gêne respiratoire, avec ou sans palpitations, éprouve tout à coup une douleur précordiale d'une grande intensité, qu'il compare à un poids qui l'écrase ou à une barre transversale qui l'étreint et rend sa respiration presque impossible. D'abord obtuse, cette douleur fait bientôt place à une constriction thoracique angoissante; le cœur paraît serré comme dans un étau. De rétro-sternale qu'elle était primitivement, elle ne tarde pas à s'étendre à toute la région précordiale et à la dépasser par des irradiations vers le cou, l'épaule gauche et jusque dans le bras et les doigts du même côté. Le malade étouffe, sa respiration est fréquente, haletante; sa voix entrecoupée, cassée, presque éteinte; sa face grippée, pâle. Cet état d'angoisse persiste pendant une demi-heure, une heure, quelquefois même plusieurs heures, puis la douleur va s'amoindrissant, la respiration devient de plus en plus facile, l'accès se termine peu à peu. Des sueurs abondantes ou un léger état nauséeux et quelques vomituritions marquent parfois la fin de l'accès. Puis tout rentre dans l'ordre.

Sans doute, les faits ne se présentent pas toujours rigoureusement dans cet ordre et avec cette régularité. Chaque cas a ses nuances et ses particularités propres. Ainsi, dans tel cas, les prodromes peuvent manquer : l'accès est alors subit et brusque ; dans tel autre, il est précédé de quelques indices appelant déjà l'attention du côté du cœur, tels que des battements forts et précipités, une respiration bruyante, etc. Mais dans tous, la physionomie de l'accès proprement dit est à très peu de chose près la même. Dans tous, la pression exercée sur les espaces intercostaux, le troisième près du bord sternal, le deuxième et la partie correspondante du sternum, exaspère la douleur, tandis qu'elle reste sans effet sur les autres points de la paroi thoracique. Dans tous, les irradiations de la douleur sont à peu près les mêmes. Dans tous, l'auscultation du cœur est restée également négative de tout signe, souffle ou frottement. Dans tous enfin, et ceci n'est pas le caractère commun le moins important, la maladie s'est terminée par la guérison.

Un point qu'il était également très important d'établir était celui des rapports de la névropathie cardiaque avec les arthropathies et le rhumatisme général. Or les déterminations articulaires ont toujours ouvert la marche ; la localisation cardiaque ne s'est jamais effectuée avant le quatrième jour au moins.

De cette caractéristique un peu sommaire au diagnostic il n'y a qu'un pas. On comprend qu'avec des symptômes aussi éclatants, le diagnostic présente peu de difficulté. Les seuls états morbides avec lesquels l'angine rhumatismale pourrait jusqu'à un certain point être confondue et dont on peut avoir à la distinguer, sont la péricardite, la myocardite de même origine, l'aortite aiguë, etc. ; mais ni l'une ni l'autre ne donne lieu à ces symptômes douloureux si nets, si bien circonscrits et limités, et ils ont l'une et l'autre leur symptomatologie propre et différente, sur laquelle nous n'avons pas à nous arrêter ici.

Le pronostic, à en juger par ce petit groupe d'observations, serait toujours favorable, puisque tous les malades ont guéri. Mais il y a lieu de se tenir en défiance néanmoins et de réserver le pronostic, des éventualités graves pouvant très bien se présenter, étant donné un organe tel que le cœur.

Si les malades ont guéri, il faut bien le dire, l'intervention médicale active n'a certainement pas été étrangère à ce résultat, et il n'est pas un d'eux, lorsqu'on lit avec attention les observations, qui n'ait couru un danger plus ou moins sérieux. Il y a toujours imminence pour la vie, et les éventualités seront d'autant plus périlleuses qu'on aura affaire à des sujets à antécédents morbides ou à idiosyncrasies suspectes.

Le traitement qui a si bien réussi entre les mains de M. Peter, dans les deux faits que nous avons très sommairement rapportés, a consisté en émissions sanguines locales, en ventouses scarifiées sur la région préaortique ; en applications consécutives de révulsifs, vésicatoires volants, pointes de feu ; enfin, comme médication interne, en l'usage des stimulants diffusibles et des toniques, éther, alcool, extrait de quinquina, au moment des accès et dans leur intervalle.

Asphyxie par l'arrêt d'un bol alimentaire volumineux dans le pharynx.

M. le docteur E. Martel (de Saint-Malo) nous communique le fait suivant, qui est à la fois un nouvel exemple des funestes conséquences de ces actes de gloutonnerie par défi ou stupide bravade, qui ne sont pas rares parmi les ivrognes, et un document qui peut être utilisé, comme l'a fait du

reste notre confrère, au point de vue de l'étude du mécanisme et des conditions de la déglutition. Nous laissons parler M. le docteur Martel :

« X..., âgé de soixante-un ans, marin, en état prononcé d'ivresse, veut, par bravade, avaler sans mâcher une forte tranche de viande, malgré les observations de son voisin de table ; presque immédiatement celui-ci, constatant que X... a des haut-le-cœur bruyants, croit qu'il va vomir, et le pousse ou le traîne dans l'ouverture de la porte voisine. Mais le malheureux glouton reste immobile et on s'aperçoit qu'il est mort, ce que confirme quelques instants après un médecin appelé à la hâte.

La scène, qui se passe le 7 mars vers huit heures du soir, a duré à peine quelques minutes, et la mort paraît avoir été une affaire de quelques secondes.

Je fais l'autopsie, le lendemain 8 mars, à dix heures du matin. Le corps est assez bien musclé, la face est pâle, les mâchoires sont tellement serrées par la rigidité cadavérique que je renonce à l'examen par la bouche.

A la section de la poitrine on trouve les veines superficielles gorgées de sang noir, les muscles foncés en couleur, les poumons notablement congestionnés, sans emphysème ; d'anciennes adhérences étendues du poumon droit ; le cœur gros, *vide*, chargé de graisse ; son tissu est jaune brunâtre, de consistance pâteuse ; la valvule mitrale épaissie et ratatinée ; l'aorte très athéromateuse ; les grosses veines gorgées de sang.

L'estomac, modérément dilaté, contient un mélange de matières liquides et demi-solides, avec des fragments de pommes de terre. C'est la soupe qui avait commencé le repas.

Au-dessus du cardia, on sent un noyau dur, allongé et arrondi de 4 centimètres de hauteur environ. Le reste de l'œsophage, que je dégage avec soin, est libre, et au-dessus du larynx je constate une certaine résistance, une sensation de plénitude.

J'enlève le larynx avec précaution, et je constate au-dessus une masse ferme, dont la partie saillante arrondie moule le vestibule du larynx. Celui-ci est parfaitement libre et ne contient aucun corps étranger ; il en est de même de la trachée.

Je retire la masse qui occupe le pharynx et je constate qu'elle est constituée par une forte tranche de viande pâle, fortement tassée, repliée sur elle-même et formant une masse ovoïde aplatie, fortement serrée par l'isthme du gosier qu'elle remplit hermétiquement. Sans avoir pu la peser, je l'estime à 50 grammes.

L'œsophage est libre, sauf la petite masse reconnue du dehors à son extrémité inférieure, qui est constituée aussi par un morceau de viande non mâché, mais comme pétri, et formant un cylindre de la longueur et de la grosseur du pouce.

Le morceau de viande, tassé dans le pharynx, dont il remplissait toute la cavité, s'appliquait sur l'orifice du larynx et s'opposait à toute entrée de l'air, aussi bien par les fosses nasales que par la bouche.

Les lésions constatées à l'autopsie sont celles de l'asphyxie congestive superficielle et profonde.

L'oblitération des voies aériennes étant hermétique, la mort a été presque instantanée ; aussi trouvons-nous le cœur complètement vide et rétracté. La coloration foncée des tissus a pu masquer les ecchymoses sous-pleurales de la suffocation, que je n'ai pas eu le temps de rechercher minutieusement.

Le mécanisme de la mort me paraît ici indiscutable, et il n'y a pas à invoquer la syncope produite par l'action réflexe si puissante dans la région respiratoire supérieure. Toutefois les parois du conduit aérien ne peuvent être considérées comme inertes.

Les lésions athéromateuses, dues à l'âge et peut-être à l'alcoolisme, si fréquent dans nos pays mais peu marqué ici, du moins dans les autres organes, n'ont pu que favoriser la perturbation mortelle des fonctions, en amoindrissant les résistances organiques.

Mais j'ai relevé une autre particularité, qui semble se rattacher à des actions nerveuses mises en jeu par ces excitations désordonnées. C'est l'arrêt d'un bol alimentaire au-dessus du cardia, alors qu'il n'y avait aucune disproportion de volume entre le contenu et l'orifice à franchir. De l'énoncé des faits présentés par Kroneeker et Meltzer et discutés par Arloing, il résulte que le bol alimentaire, projeté par la contraction du pharynx à travers l'*œsophage passif*, arrive ainsi au cardia, qui est franchi au contraire par le fait d'une contraction, mais que celle-ci s'arrête si une autre déglutition commence avant le complément de la précédente. Ici donc la tentative infructueuse de la dernière déglutition *a inhibé* la contraction œsophagienne et la mort est arrivée pendant cette perturbation de l'œsophage en désarroi, qui n'a pu se libérer, ni par l'une ni par l'autre de ses extrémités.

Notre malheureux sujet est mort victime de sa gloutonnerie et de son ivresse, de double façon. Si, au lieu de croire à un vomissement, son voisin eût eu l'idée de lui introduire immédiatement les doigts dans la gorge, il eût pu aisément, sans doute, lever l'obstacle et arrêter l'asphyxie. »

Cette observation nous remet en mémoire un fait très curieux, que nous avons relevé dans une note de M. Mialhe, sur la dyspepsie par défaut de mastication ; il ne s'agit pas ici de l'utilité de la mastication, qui est au contraire nuisible dans le cas particulier en question, mais de l'utilité d'une insalivation suffisante pour permettre l'ingurgitation en un seul coup d'un bol alimentaire indivisible.

La première fois, dit M. Mialhe, que l'intrépide voyageur américain C.-F. Hall vit les Esquimaux se faire un régal de la chair crue de la baleine, l'idée lui vint d'en essayer. Le mets ne lui parut pas absolument mauvais ; seulement la bouchée ne voulut pas descendre. Ce n'était pas que l'estomac refusât de l'admettre ; l'obstacle dépendait simplement de la contexture résistante de cette viande.

« J'avais beau mâcher à belles dents, dit l'expérimentateur, au bout d'une demi-heure de travail la chair était plus coriace encore qu'au début. A la fin, je reconnus que je m'y prenais mal. Les Esquimaux s'introduisent gloutonnement dans la bouche un morceau aussi volumineux que le permet la distension de leurs mâchoires ; puis, après l'avoir lubrifié un instant, à la manière des boas, ils l'avalent tout d'une pièce. J'essayai la méthode et je réussis, mais pour le moment je me contentai de cette expérience unique. »

Le pauvre marin de Saint-Malo ignorait probablement le procédé des Esquimaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 5 mai 1884. — Présidence de M. Blanchard.

RAPPORTS

I

Médecine et chirurgie (prix Montyon) (1). — Sous ce titre : *Diagnostic et traitement des maladies du cœur*, M. le docteur Constantin Paul a écrit une monographie complète de l'anatomie, de la physiologie pathologique et des maladies de cet organe. Cet ouvrage se distingue de la plupart des traités du même genre par des recherches originales qui ont plus particulièrement attiré l'attention de la commission.

Je n'insisterai que sur ces dernières.

Tout ce qui concerne la topographie du cœur, l'examen clinique de cet organe à l'état normal et sa mensuration, a été le sujet d'études qui appartiennent en propre à l'auteur. Je signalerai particulièrement les expériences destinées à perfectionner la percussion du cœur, de manière à apprécier plus exactement ses dimensions et la position de ses orifices. Les points de repère du squelette, indiqués avec précision et toujours faciles à retrouver sur les sujets, même pourvus d'embonpoint, faciliteront beaucoup les études cliniques. Il y a là le point de départ d'une méthode d'enseignement qui pourra désormais rendre de grands services.

Le stéthoscope pneumatique qui se fixe au moyen d'une ventouse sur la région qu'on veut ausculter, doit être aussi considéré comme un sérieux perfectionnement apporté à l'auscultation, surtout si l'on y ajoute les tubes multiples que M. Constantin Paul y a ingénieusement adaptés, parce qu'ils permettent, quand on le désire, la pratique de l'auscultation biauriculaire, et aussi l'auscultation simultanée des mêmes phénomènes par plusieurs personnes. De cette manière, les modifications dans les bruits du cœur sont perçues au même instant par plusieurs expérimentateurs, avantage important en ce sens qu'il permet de contrôler et rectifier les appréciations des uns par celles des autres.

Suivant M. Constantin Paul, beaucoup de souffles systoliques de la base du cœur qu'on considérait jusqu'ici comme dépendants d'une lésion de l'orifice aortique, seraient, au contraire, le résultat d'une maladie de l'artère pulmonaire à son origine. Il en donne comme preuve que, du moment où l'on modifie par la suspension de la respiration la circulation dans les poumons, et par conséquent dans l'artère pulmonaire, ces bruits s'éteignent, puis disparaissent. Si le fait clinique est exact, l'explication au moins reste douteuse, car la suspension de la respiration n'entraîne que très peu de modifications dans le passage du sang à travers les poumons, quoiqu'il soit incontestable qu'elle ait une influence considérable sur les phénomènes chimiques qui s'y accomplissent.

M. Constantin Paul, qui a beaucoup utilisé dans ses recherches la précieuse méthode graphique d'exploration de notre savant confrère, M. Marey, a fait une remarque qui ne manque pas d'importance. Sur un grand nombre de sujets, en explorant la région sus-sternale facile à déprimer, il a cru y trouver des pulsations qu'il considère comme appartenant aux battements de l'artère pulmonaire. Cette opinion se trouverait confirmée par les caractères graphiques de cette pulsation, qui sont analogues à ceux que donne l'artère pulmonaire des grands animaux.

La Commission n'accepte pas sans réserve les différentes opinions émises par l'auteur, lorsqu'il prétend, par exemple, que le centre phrénique du diaphragme ne s'abaisse pas dans l'inspiration, ou lorsqu'il émet certaines théories sur le mode de production des bruits de souffle, théories qui le conduisent à dénommer *bruit anémo-spasmodique* celui qui siégerait à l'artère pulmonaire. Mais elle pense que le travail de M. Constantin Paul, dans son ensemble, se distingue par d'éminentes qualités, des recherches et des expériences nouvelles et originales.

Sous ce rapport, il se différencie des ouvrages trop nombreux qui ne sont que des compilations sans valeur, dans lesquelles les auteurs se bornent le plus souvent à répéter ce qui s'est dit avant eux.

L'auteur a ainsi enrichi la science de méthodes, de faits et d'applications nouvelles ; toute la partie qui est consacrée au traitement des maladies du cœur porte le cachet d'un esprit investigateur et qui n'accepte qu'après contrôle les opinions de ses prédécesseurs ou de ses contemporains : son livre a donc réalisé un progrès.

En conséquence, votre Commission décerne à M. le docteur Constantin Paul un des prix Montyon de *deux mille cinq cents francs*.

II

Sous ce titre : *Traité des désinfectants et de la désinfection*, M. le docteur E. Vallin a écrit un livre sur une des questions palpitantes du moment, et il l'a fait avec un véritable talent.

Après avoir essayé une définition du mot *infection* pour arriver à celle de la *désinfection*, il conclut, après une longue et savante discussion, que toute définition rigoureuse et complète est impossible, que d'ailleurs le temps de ces formules scolastiques et un peu pédantesques est passé.

L'auteur, après un court historique, entrant *de plano* dans son sujet, démontre que les désinfectants sont de plusieurs ordres, ou plutôt qu'on arrive au but par des moyens différents.

D'abord on désinfecte en enlevant les matières, en les expulsant par le lavage ou par la ventilation.

Puis nous possédons des désinfectants absorbants, tels que le charbon, les poussières, la terre sèche, les cendres, et enfin les absorbants chimiques.

Le chapitre consacré aux antiseptiques est traité avec beaucoup de soin, et pour élucider ce sujet tout nouveau, tout moderne, M. Vallin apporte le tribut de ses études particulières, appuyées sur des expériences démonstratives et convaincantes.

Après avoir ainsi fait l'histoire des désinfectants, l'auteur étudie les divers modes de désinfection. Naturellement il commence par étudier la désinfection nosocomiale, c'est-à-dire l'assainissement des salles d'hôpital, puis celui des malades eux-mêmes, de leurs vêtements, du matériel; enfin et surtout les procédés antiseptiques employés dans le pansement des plaies, question capitale et dont dépend l'avenir de la chirurgie.

Il consacre plusieurs chapitres à la désinfection des quarantaines et des lazarets, à celle des étables et des écuries.

Il étudie ensuite celle des habitations collectives, et c'est ici que se place une étude très intéressante et parfaitement exposée des dortoirs, des chambrées, des latrines, des égouts et des eaux ménagères.

Rien n'a été oublié, ni les eaux potables, ni les vidanges, ni les cimetières, ni même les assainissements du sol des champs de bataille.

En nous montrant les résultats déjà obtenus et aussi les *desiderata* nombreux qui subsistent, M. E. Vallin a rendu un grand service à l'hygiène tant publique que privée et à la médecine. S'il a montré avec clarté la voie ouverte par nos prédécesseurs dans ce vaste champ de la désinfection et de la prophylaxie, il importe cependant de faire observer qu'il est le premier auteur qui a réuni et condensé en un seul faisceau toutes ces données éparses; qu'il les a savamment discutées, qu'il est même parvenu à résoudre quelques-uns des problèmes tant agités dans ces dernières années. Ce traité est donc appelé à rendre de réels et grands services, et c'est pourquoi votre commission lui décerne un des prix Montyon de *deux mille cinq cents francs*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Traitement des tumeurs cirsoïdes. — **M. Polaillon** a recueilli les cas connus de tumeur cirsoïde de la main : depuis la statistique publiée par lui dans son article du dictionnaire et qui

(1) Commissaires : MM. Gosselin, Vulpian, Paul Bert, Marey, Larrey, Bouley, Ch. Robin, H. Milne-Edwards, Richet, rapporteur.

s'élève à quatorze cas, il a pu ajouter douze observations, ce qui porte le total à vingt-six dont une observation personnelle et les deux cas récents de M. Berger et de M. Després. Diverses méthodes ont été employées. Abernethy dit avoir guéri son malade avec la compression, mais ce mode de traitement est bien incertain et ne saurait être conseillé. La ligature des artères de l'avant-bras et même de l'humérale n'a jamais donné que de mauvais résultats : pratiqué treize fois, ce traitement n'a fourni que deux succès et encore avait-on agi, dans ces cas, sur la tumeur elle-même. L'ablation de la tumeur au bistouri est dangereuse et constitue une opération d'une exécution très difficile, sauf peut-être avec la bande d'Esmarch ; mais alors les hémorragies ultérieures sont à craindre.

L'injection au perchlorure de fer est sans contredit bien supérieure aux méthodes précédentes. Sur sept cas, elle a donné trois guérisons, trois améliorations, et le seul insuccès est celui de M. Trélat, publié par Cocteau dans les *Archives de médecine* en 1865 : à la chute des escarres, des hémorragies abondantes s'étaient produites; il fut nécessaire de recourir à la ligature de l'humérale, mais l'hémorragie ayant reparu au vingtième jour, on dut s'adresser à la désarticulation radio-carpienne. Dans cette méthode, il faut oblitérer les vaisseaux dilatés, en prenant soin de comprimer les artères voisines.

Il faut de plus éviter de provoquer la gangrène ou la suppuration en employant des solutions peu concentrées.

Quant à la dilatation des artères afférentes, elle ne doit pas préoccuper le chirurgien. Dès que les canaux qui font communiquer les artères et les veines sont oblitérées, les artères dilatées reviennent à leur calibre normal : c'est là un fait parfaitement démontré par M. Decès dans sa thèse.

M. DESPRÉS dit qu'il faut faire une différence entre les artères dilatées et les artères flexueuses : si les premières se modifient aisément après le traitement, il n'en est pas de même des secondes qui ne sont pas susceptibles de récupérer leur calibre primitif. C'est là une restriction à apporter à la proposition de M. Polaillon.

Quant au perchlorure de fer, il ne saurait être conseillé, car il expose aux récidives.

M. POLAILLON déclare que la première restriction de M. Després est inacceptable puisque l'observation des faits démontre le contraire.

De la périnéorrhaphie. — **M. MONOD** a eu l'occasion, dans quatre cas de déchirure du périnée, de pratiquer l'opération d'Emmet, préconisée récemment par M. Trélat. M. Terrillon a fait aussi sept fois la même opération. La section a été faite au moyen de la grande aiguille courbe ; elle est un peu difficile, mais elle présente de grands avantages au point de vue de l'anus.

La section du vagin et de la fourchette n'est pas toujours utile avec ce procédé ; cependant M. Monod ne la repousse pas systématiquement et l'emploie quand elle est nécessaire. Ces deux chirurgiens ont conservé la suture en chevillée, qui, pour eux, rapproche mieux les lèvres de la solution de continuité.

M. VERNEUIL, dans trois cas récents, a employé la réunion immédiate secondaire, après cautérisation au thermocautère, procédé qu'il emploie depuis longtemps pour la fistule vésico-vaginale.

M. TRÉLAT demande à M. Verneuil de vouloir bien publier ces trois cas dans les bulletins, en insistant sur les détails du manuel opératoire. M. Trélat rappelle qu'il a abandonné pour le procédé d'Emmet, qu'il considère comme meilleur, un procédé qu'il préconisait depuis longtemps et qui lui avait donné d'excellents résultats, mais qui présentait quelques imperfections. Il pense donc que la cheville est inutile. Quant à la suture vaginale, il ne voit aucun inconvénient à y renoncer. Tous les chirurgiens ont donc une pratique sensiblement égale, le mode opératoire de M. Verneuil constitue une modification fort intéressante mais non fondamentale.

M. GUÉNIOT rappelle qu'il a été rapporteur du travail de M. Jude Hue. Ce dernier avait insisté sur un point fort important que ses collègues n'ont pas mis peut-être suffisamment en relief : c'est l'avantage du procédé au point de vue des fonctions de l'anus.

M. POZZI appuie, par un fait personnel, la pratique de M. Verneuil ; dans un cas où la réunion primitive avait échoué, il eut recours à la réunion immédiate secondaire ; la solution de continuité avait 6 centimètres de profondeur : après trois opérations successives, elle ne présentait plus que 2 centimètres ; la réunion s'était produite dans une étendue de 4 centimètres. M. Pozzi espère obtenir un succès complet, mais il se demande si la suture présente une très grande importance.

M. POLAILLON dit que dans quelques cas il est nécessaire de décoller, dans un temps spécial, la muqueuse anale pour la mobiliser et la ramener jusqu'au périnée ; dans un cas, la fonction s'est rétablie.

M. MONOD, répondant à M. Guéniot, dit que dans l'opération qu'il emploie la fonction se rétablit toujours. Quant à la muqueuse, il ne s'en occupe pas.

M. SÉE, pour obvier aux inconvénients de la cheville, si bien indiqués par M. Trélat, emploie des chevilles spéciales qui ne donnent lieu à aucun accident. Ce sont des rouleaux de gaze iodoformée qu'il a vu employer par Billroth et qui évitent la suppuration.

M. TRÉLAT. Le fait de M. Polaillon n'a trait qu'à des cas particuliers ; de plus, il ne croit pas que la restauration fonctionnelle soit suffisamment justifiée dans l'opération d'Emmet, mais les résultats ne sont jamais aussi mauvais que l'a dit M. Guéniot.

Pronostic des mutilations de la main. — **M. RICHELOT** lit un rapport sur un travail portant ce titre et dû à M. Guermonprez (de Lille).

Ce travail porte sur 15 observations auxquelles l'auteur a ajouté de nombreuses planches. M. Guermonprez pense que l'intervention primitive constitue un point de pratique encore controversé de nos jours. M. Richelot déclare cependant que la question est aujourd'hui tranchée et que l'intervention primitive est actuellement repoussée par l'unanimité des chirurgiens, comme exposant à des sacrifices inutiles ; en agissant toujours de la sorte, on est conduit à retrancher au delà du nécessaire ; du reste, M. Guermonprez arrive à la fin de son travail à des conclusions semblables.

M. MARJOLIN a eu l'occasion d'observer de nombreuses mutilations à l'hôpital Sainte-Eugénie et n'a eu qu'à se féliciter de ne pas être intervenu de suite ; il a revu la plupart de ses malades, alors qu'ils étaient adultes, et a pu constater tout le parti qu'ils pouvaient tirer de leurs membres. M. Marjolinne fait une exception que pour les plaies par arrachement. A cette époque, on ne connaissait pas encore les procédés de la méthode antiseptique, mais l'irrigation continue lui a donné les meilleurs résultats. Il insiste en terminant sur les dangers des scies circulaires qui lui ont fourni un fort contingent de blessures graves de la main et du thorax.

M. POLAILLON pense qu'il faut distinguer les cas au point de vue de la conservation. Tout en étant très partisan de la conservation, il croit qu'il ne faut pas en pousser les conséquences jusqu'à laisser au malade des doigts dont les lésions soient telles que la guérison ne puisse avoir lieu sans ankylose. D'autre part, il est des parties qu'il faut, comme le pouce, conserver quand même.

M. VERNEUIL propose une pratique susceptible de rallier tous les chirurgiens. Il pense qu'il est indispensable de s'abstenir au début et d'attendre à la cinquième ou sixième semaine avant d'intervenir. Le bain antiseptique est un moyen thérapeutique qui lui a donné les plus grands succès.

M. GILLETTE rappelle que le principe de la non-intervention primitive a été autrefois formulé par Denonvilliers.

M. MARJOLIN, répondant à M. Polaillon, déclare qu'il n'a jamais eu l'intention de rejeter l'intervention secondaire, et qu'il n'a voulu s'élever que contre les opérations précoces.

M. RICHELOT soutient qu'il faut aux praticiens des formules précises : le terme de régularisation des lambeaux a l'inconvénient de n'être pas suffisamment nette et de masquer des opérations inutiles et trop étendues : aussi est-il absolument nécessaire de proscrire l'intervention primitive. Mais M. Polaillon, dans ses judicieuses remarques, a eu raison de dénoncer les inconvénients de la conservation à outrance.

La séance est levée à cinq heures.

Séance du 7 mai 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Influence des propathies sur les opérations chirurgicales. — M. VERNEUIL lit une observation ayant pour titre : *Épithélioma buccal, glycosurie, traitement de la glycosurie, ablation de l'épithélioma, mort par pneumonie et coma diabétiques.*

Après avoir rappelé l'opinion qu'il a plusieurs fois soutenue sur les dangers des opérations chez les diabétiques, les observations présentées par MM. Trélat et Richelot, celles qu'il a lui-même communiquées, M. Verneuil déclare n'avoir jamais conclu qu'il fallait renoncer aux opérations chez les diabétiques, mais bien avoir voulu simplement appeler l'attention des chirurgiens sur les dangers de ces opérations et la nécessité de se tenir en garde contre ces dangers.

Il vient aujourd'hui présenter un nouveau fait à l'appui de cette opinion. Voici le résumé de cette observation :

Homme de soixante-deux ans, robuste, bien portant, d'une bonne constitution, présentant toutes les apparences d'une bonne santé générale, n'ayant jamais été malade, se présentant à M. Verneuil, en février 1884, avec un épithélioma du voile du palais compliqué d'adénopathie sous-maxillaire. L'interrogatoire le plus minutieux ne fait soupçonner chez cet homme l'existence d'aucune tare. L'examen local révèle une plaque épithéliale à bords saillants, occupant non seulement le voile, mais aussi le pilier, les parties de la langue et de la joue du côté correspondant. La muqueuse buccale présente la coloration rouge sombre des fumeurs. Il y a des ganglions sous-maxillaires. Le malade accuse de vives douleurs et réclame avec insistance l'opération. Celle-ci est fixée au 25 février. Mais l'analyse des urines faite la veille décèle 76 grammes de sucre par litre. L'opération est ajournée et le malade est immédiatement soumis à un traitement par l'eau de Vichy, le régime alimentaire, le bromure de potassium à la dose de 4 grammes et les injections sous-cutanées de morphine. Du 25 février au 9 mars le sucre diminue dans des proportions considérables ; le 10 mars il n'y en a plus de traces. M. Verneuil s'assure qu'il n'y a pas de substitution d'un diabète à l'autre. Il se décide à faire l'opération le 15 mars.

Celle-ci est pratiquée, selon le procédé de Maunoury, de la façon suivante : incision de la commissure labiale jusqu'au bord inférieur de la mâchoire, prolongation de l'incision jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure, dissection et relèvement de ce vaste lambeau jugal, ablation des parties malades, au thermocautère, ablation, avec le bistouri, des ganglions sous-maxillaires ; drain, antiseptie rigoureuse, alimentation par le bouillon, l'eau rougie, bromure de potassium. Deux heures après l'opération, hémorragie secondaire précoce, fait fréquemment observé dans la dyscrasie glycosurique ; perte d'environ 250 grammes de sang noir. Vingt-quatre heures après, température à 37°,8. Le lendemain, nuit passable, douleurs modérées, soif vive, apparition d'une toux légère, oppression, submatité, diminution du murmure vésiculaire, râles muqueux, température 37°,9. Le 17 mars, température 38°,6, pouls à 100. La congestion pulmonaire se prononce, pneumonie à droite. A deux heures du matin, la température monte à 40°,5, délire, coma, agonie, mort soixante-quinze heures après l'opération. Le foyer opératoire est aussi sain que possible ; les accidents n'en partent certainement pas. L'analyse des urines, après l'opération, a révélé seulement quelques traces de sucre.

Ce fait confirme une fois de plus l'opinion maintes fois émise par M. Verneuil sur l'importance de l'examen des urines avant toute opération chirurgicale.

Mais, dira-t-on, à quoi a-t-il servi, dans ce cas particulier, de diagnostiquer la propathie avant l'opération ? Quand cela n'aurait servi qu'à expliquer les causes de la mort, il y aurait encore une réelle utilité. Or on rencontre souvent de ces diabètes latents qui entraînent de graves complications après les opérations. C'est bien, dans ce cas, du poumon et non du foyer de l'opération que sont partis les accidents. La méthode antiseptique est impuissante à diminuer l'aggravation des propathies par les opérations.

M. Verneuil rapproche de ce fait un cas analogue de Gabriel Maunoury, dans lequel est survenue une gangrène sur le foyer de l'opération. Ici c'est le trauma qui a été influencé par la propathie. C'est ce que M. Peter a spirituellement appelé un échange de mauvais procédés.

On a cherché, dans plusieurs ouvrages, à distinguer le diabète de la glycosurie. M. Verneuil repousse absolument cette distinction arbitraire qui ne présente aucune utilité pratique. La quantité de sucre urinaire ne régit pas seule la gravité du pronostic. La disparition du sucre ne met même pas à l'abri des accidents, et il est impossible de compter d'une façon absolue sur le traitement.

Les faits de ce genre, dit M. Verneuil en terminant, sont assez fréquents et sont bien faits pour imposer beaucoup de réserve aux chirurgiens.

M. DESPRÉS est pris d'un scrupule et se demande si c'est bien au diabète ou à la brûlure des grosses bronches par suite de l'emploi du thermocautère que, dans le cas de M. Verneuil, sont dus les accidents mortels.

M. TERRIER professe la même opinion que M. Verneuil ; quand on a reconnu l'existence du diabète et que l'opération n'est pas urgente, celle-ci doit être ajournée. M. Terrier cite, à cette occasion, l'observation suivante : il s'agissait d'une femme diabétique atteinte d'un polype utérin ; il croit qu'il était indiqué d'attendre la disparition du sucre pour opérer. Malgré cela, les suites de l'opération furent des plus ennuyeuses. Il survint un phlegmon sous-péritonéal subaigu qui donna lieu à des accidents qui durèrent deux mois. Puis ceux-ci s'amendèrent, finirent par disparaître et la malade a très bien guéri. Elle avait été opérée par l'anse galvanique. Ce fait prouve qu'alors même qu'il n'y a plus de sucre dans les urines, les malades restent diabétiques.

Relativement à l'interprétation de M. Després sur l'influence du thermocautère sur la pneumonie, M. Terrier rappelle que les mineurs surpris par le feu grisou présentent des bronchites et des trachéites pseudo-membraneuses et non des pneumonies. Il ne semble donc pas y avoir de doute sur l'origine diabétique de la complication pulmonaire survenue chez la malade de M. Verneuil.

M. VERNEUIL, de son côté, rassure M. Després en lui disant que c'est par douzaines qu'il a opéré des affections de la bouche avec le thermocautère. Il se produit, dans ces cas, si peu de vapeurs chaudes, si peu de brûlures, que la muqueuse voisine des points touchés par le thermocautère n'est même pas vésiquée.

Oblitération des narines par la déviation du vomer. — M. BERGER fait une communication sur cette difformité fort gênante, fort disgracieuse, assez fréquente, peu décrite et qui peut être guérie par une opération très simple : il s'agit de la déviation de l'extrémité antérieure du vomer, déviation osseuse et non pas seulement cartilagineuse. Elle apparaît habituellement chez de jeunes sujets respirant avec un bruit de souffle, la bouche ouverte, se présentant avec un nez tordu, camard, à base large. L'une des narines est bouchée par une saillie partant de la sous-cloison. Cette difformité s'accompagne d'un coryza chronique croûteux. Si l'on examine la cavité buccale, on constate une disposition ogivale de la voûte palatine tenant à l'insuffisance des deux maxillaires supérieurs. Cette affection entraîne des troubles fonctionnels tels que respiration soufflante, dyspnée notable, grande gêne dans les efforts par suite de l'insuffisance de la respiration, nasonnement de la voix, dureté de l'ouïe par le fait du coryza chronique. En somme, il s'agit de troubles pathologiques véritables.

Jusqu'ici les chirurgiens, pour remédier à cette infirmité, ne se sont adressés qu'à la partie cartilagineuse du vomer. M. Berger, sur les conseils de M. Duplay, à qui l'on doit en grande partie ce que l'on sait de cette affection, a modifié l'opération de la façon suivante : le malade étant chloroformé, à l'aide d'un petit ciseau et d'une petite gouge on enlève le plus que l'on peut de la saillie osseuse avec la muqueuse. Il y a aussitôt un écoulement sanguin abondant qui nécessite un tamponnement. Quelquefois on perfore la cloison, mais cette perforation ne tarde pas à se fermer. Les

suites de l'opération sont des plus simples et l'on constate la restauration immédiate de la fonction. M. Berger a pratiqué cette opération sur deux sujets : un garçon de douze ans et une jeune fille de dix-huit ans, qui ont tous deux parfaitement guéri.

M. VERNEUIL fait observer qu'il y a des cas où les deux narines sont bouchées : l'une sur un plan supérieur, l'autre sur un plan inférieur. Il a vu cette disposition sur des coupes à l'amphithéâtre d'anatomie. Il demande à M. Berger s'il a observé cette même disposition.

M. BERGER a observé quelque chose d'analogue chez son premier malade. L'oblitération de la narine opposée se fait sur un plan supérieur et postérieur. Dans ce cas, il faut établir une communication entre les deux narines.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Champetier de Ribes.

— La Société de médecine légale tiendra sa prochaine séance, le lundi 12 mai, à quatre heures très précises, au Palais de Justice (salle d'audiences de la 5e Chambre du tribunal civil).

Ordre du jour : I. Rapport de M. Rocher sur une question d'assurance sur la vie. II. Suite de l'ordre du jour de la précédente séance.

— *Muséum.* — M. le professeur Bouley (de l'Institut) commencera le cours de pathologie comparée, le samedi 11 mai 1884, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera des maladies contagieuses dans les différentes espèces animales et de l'influence des travaux de laboratoire sur les progrès de la médecine d'observation.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera une herborisation publique, le dimanche 11 mai, dans les bois de Montfermeil. — Le départ s'effectuera de la gare de l'Est, à onze heures et demie, pour la station de Gagny.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 11 mai 1884, à Viroflay. — Départ de Paris à onze heures cinq minutes du matin (gare Montparnasse).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16187.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les accidents cérébraux dans le mal de Bright. État mental des albuminuriques. — ACADÉMIE DES SCIENCES. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les accidents cérébraux dans le mal de Bright (1).

ÉTAT MENTAL DES ALBUMINURIQUES.

II

1. *Type comateux.* — Le coma, vous venez de le voir, peut apparaître d'emblée ou être précédé de manifestations prémonitoires. Dans le premier cas, le malade peut être, à la suite d'une fatigue ou d'un excès, saisi tout à coup d'une attaque caractérisée par des *accidents apoplectiformes*, qui, au premier aspect, sont susceptibles d'en imposer pour une hémorragie cérébrale (Charcot). Lasègue a cité un très remarquable exemple de cet ordre : il s'agit d'un enfant qui, revenant de la clinique de Romberg, fut frappé subitement dans la rue et tomba sans connaissance (2).

Assez souvent le coma n'arrive pas du premier coup à son paroxysme et ce n'est qu'après une période subcomateuse plus ou moins prolongée que l'obnubilation cérébrale devient absolue.

Le coma urémique ressemble, on le devine, au coma produit par toute autre cause. S'il est complet, il y a suppression de toutes les opérations cérébrales : le malade n'entend plus, ne voit plus, son intelligence est fermée à toutes les impressions venues du dehors. Le corps est dans la résolution. On a beau pincer, piquer le malade, l'exciter de mille façons, on ne provoque aucun mouvement voulu, on ne détermine chez le patient aucune sensation. Quand les choses en arrivent à ce degré, la situation est des plus graves ; et la mort, d'après la remarque de Lasègue, serait l'aboutissant presque obligé de cet état.

Mais le plus souvent le coma, tout en étant profond, est moins marqué. Et l'on arrive à éveiller le malade à demi, tout au moins à provoquer quelque réaction de sa part par des excitations un peu vives.

Bien qu'aucune particularité pathognomonique du coma de l'urémie ne permette de le distinguer, en dehors de la considération des symptômes qui l'accompagnent, du coma dû à une autre cause morbide, cependant il est certaines nuances que tous les auteurs s'accordent à signaler comme susceptibles d'aider, dans quelques cas, au diagnostic étiologique.

Notons tout d'abord l'absence de paralysie localisée. Les membres sont dans la résolution, c'est vrai, mais il n'y a pas cette impotence fonctionnelle, limitée à un membre ou à un côté du corps, qu'on observe à la suite des lésions cérébrales en foyer. Lasègue, G. Sée, Fournier, ont insisté sur ce fait.

Dans le coma urémique, la face est plus souvent pâle que livide ; les pupilles sont d'ordinaire moyennement dilatées et presque toujours sensibles à la lumière. Le pouls est tranquille ; il bat, au dire de Freerichs, de 60 à 90 fois à la minute. La respiration, sans être précisément stertoreuse, est bruyante, comme sifflante quelquefois. Fréquemment elle affecte uue remarquable lenteur, tout en conservant sa régularité, ou bien elle revêt le type de Cheyne-Stokes, dont je vous parlerai dans un instant.

Le coma peut être la manifestation isolée de l'intoxication urémique ou se combiner avec les accidents convulsifs et délirants. Dans ce dernier cas, on a affaire non plus au type comateux proprement dit, mais au type mixte.

Quand le coma se montre à l'état d'isolement, il peut affecter des marches fort différentes. Tantôt, comme dans le cas de John Moore et de Romberg, que j'ai précédemment cités, il tue rapidement, parfois en quelques heures. Tantôt, au contraire, il évolue d'une façon moins brusquement tragique. Après quelque temps d'une obnubilation intellectuelle complète, le malade revient momentanément mais incomplètement à lui. Il y a des sortes d'intermissions plus ou moins prolongées, durant lesquelles persiste la stupeur et l'hébétude, et qui bientôt font place à un nouvel état comateux. Les choses vont souvent ainsi durant plusieurs jours, jusqu'à la mort qui survient généralement d'une façon brusque. — Le coma urémique n'est cependant pas fatalement mortel. Le malade peut sortir de son anéantissement cérébral pour n'y plus retomber ; petit à petit l'obtusion intellectuelle se dissipe, l'état d'hébétude fait place à des conceptions plus nettes et le malade est momentanément ou définitivement guéri : du moins il a échappé à cette première attaque d'urémie. Exceptionnellement, on a vu des malades revenir rapidement à la santé après une attaque de coma n'ayant duré qu'un temps très court, une demi-heure par exemple.

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 mai 1884.
(2) *Klinische Wahrnemungen*, Romberg, 1851. — Rapportée par Lasègue et citée par Fournier (loc. cit.)

2. *Type convulsif.* — Les convulsions constituent l'une des modalités les plus communes de l'intoxication urémique, particulièrement de l'urémie qui résulte d'une néphrite aiguë et spécialement de la néphrite scarlatineuse, j'allais ajouter de la néphrite puerpérale. Mais je dois, à propos des accidents nerveux dits puerpéraux, vous rappeler que quelques auteurs contestent encore l'identité pathogénique qu'on a voulu établir entre ces accidents et ceux de l'urémie. Parmi les arguments qu'on a invoqués contre le rapprochement qui s'impose entre ces deux ordres de manifestations, celui qui semble le plus sérieux est tiré de l'étude comparée de la chaleur centrale chez les urémiques et chez les femmes en état d'éclampsie puerpérale. Tandis que chez les malades de la première catégorie il y a constamment un abaissement de la température, qui peut descendre à 36, 34, 33 degrés même, chez les malades du second groupe on n'observe pas ce phénomène et la température reste normale ou même s'élève au-dessus de 37 degrés 5. C'est là une donnée qui est aujourd'hui très positive et que nous devons aux recherches de MM. Charcot et Bourneville.

Mais en dépit de cette dissemblance symptomatique, qu'en l'état des choses, il est à la vérité très difficile de s'expliquer, il y a des arguments trop nombreux qui militent en faveur de la nature urémique des accidents convulsifs puerpéraux pour que nous ne comprenions pas ces derniers dans notre étude.

Comme le coma, les phénomènes convulsifs débutent tantôt à la suite de prodromes, tantôt brusquement et d'une façon inopinée. La première éventualité s'observe principalement dans les cas d'inflammation chronique du rein, la seconde dans ceux d'inflammation parenchymateuse aiguë (scarlatineuse et puerpérale).

Ces phénomènes peuvent revêtir plusieurs types différents. Mais quel que soit l'aspect qu'affectent les convulsions, il s'agit toujours de convulsions généralisées au moins à une moitié du corps. Les convulsions partielles, particulièrement les convulsions partielles limitées à la face, seraient si rares, au dire de Lasègue, que lorsqu'on les rencontre on doit soupçonner une autre affection que l'albuminurie.

Les mouvements convulsifs ont tantôt le caractère tonique, tantôt le caractère clonique ; mais les secousses se succèdent et s'entremêlent de telle façon que les accès rappellent le plus souvent à s'y méprendre un accès d'épilepsie vulgaire. La ressemblance est telle avec l'attaque de mal comitial, dans la plupart des cas, qu'il a fallu une grande finesse d'observation pour arriver à saisir certains signes différentiels, et encore ces signes n'ont-t-ils pas toute la valeur qu'on leur a attribuée. C'est ainsi que dans l'éclampsie urémique le cri initial ferait habituellement défaut, que la pâleur de la face serait moins prononcée, qu'il n'y aurait ni prédominance des spasmes dans un côté du corps, ni pronation forcée du pouce dans la paume de la main, comme dans le morbus sacer. Ce sont là, il faut l'avouer, des distinctions un peu subtiles. Le meilleur signe différentiel, à coup sûr, indépendamment des renseignements qu'on peut recueillir sur les antécédents du malade et des symptômes existants de la maladie de Bright, est celui qu'on tire de l'exploration de la température. Dans l'urémie elle s'abaisse au-dessous de la normale, je vous l'ai dit, tandis que, vous le savez, elle s'élève à la suite des accès de mal comitial.

L'épilepsie urémique ne copie pas toujours cependant, avec une aussi remarquable fidélité, l'attaque d'épilepsie vulgaire. C'est ainsi que l'éclampsie puerpérale a une physionomie assez spéciale dont vous trouverez la description dans tous les traités de gynécologie, et sur laquelle je ne puis ici m'appesantir. C'est ainsi encore que les phénomènes convulsifs peuvent affecter exclusivement le caractère clonique, sans immixtion de la période tonique habituelle dans le morbus sacer. C'est ainsi enfin qu'on peut observer, comme l'a relaté M. Jaccoud, des spasmes limités aux fléchisseurs de l'avant-bras et aux muscles cervico-dorsaux, rappelant ce qu'on constate dans certaines formes de tétanos, dans l'opistothonos. Aussi cet auteur admet-il trois variétés du type convulsif : le type *épileptique,* le type *convulsif,* le type *tétanique.*

La perte de connaissance est la règle durant les convulsions urémiques. Elle n'est cependant pas constante.

Les accès convulsifs sont d'habitude multiples et ils peuvent se succéder en très grand nombre. Charcot en a compté quinze le même jour chez un malade. On en a vu soixante, soixante-dix et même plus se succéder dans le cours de l'éclampsie puerpérale.

Quand l'attaque est terminée, le malade est plongé dans un coma plus ou moins profond, qui peut se dissiper assez rapidement, à moins que de nouveaux accès ne surviennent et qu'ils ne s'accompagnent eux-mêmes d'un anéantissement plus ou moins prolongé des fonctions cérébrales. Lorsque la mort est la conséquence de l'éclampsie urémique, elle survient plus ou moins rapidement, après six, douze, vingt-quatre heures au plus dans l'urémie scarlatineuse (Rilliet et Barthez) ; dans l'éclampsie puerpérale, elle peut être différée jusqu'à la trentième ou quarantième heure. Dans quelques cas, les accidents persistent durant plusieurs jours.

Les accès convulsifs n'aboutissent pas nécessairement à une terminaison fatale. Il est même remarquable que, malgré l'appareil un peu dramatique avec lequel ils se présentent, ils sont moins à redouter que certaines formes plus insidieuses d'accidents cérébraux, que le coma par exemple. D'après la statistique de MM. Rilliet et Barthez, sur treize malades atteints d'urémie convulsive, suite de scarlatine, trois seulement ont succombé, dix ont guéri. Lorsque le retour à la santé succède aux convulsions, il n'apparaît pas brusquement. Après une ou plusieurs attaques épileptiformes, le malade conserve d'ordinaire un certain degré d'hébétude, un peu d'amblyopie, de dureté de l'ouïe. Mais bientôt tous ces troubles se dissipent et l'amélioration coïncide avec le rétablissement progressif de la sécrétion urinaire, dénotant elle-même une modification favorable dans l'état anatomique du rein.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 5 mai 1884 (1). — Présidence de M. Blanchard.

RAPPORTS

III

M. le docteur H. Roger a présenté à la Commission, pour le concours des prix Montyon, un volume intitulé : *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance,* 1883.

Cet ouvrage traite de sujets très différents et qui n'ont entre eux aucun lien. Ainsi, dans un mémoire sur l'auscultation de la tête et le bruit de souffle céphalique, l'auteur, recherchant les

(1) Fin. — Voir le numéro du 10 mai 1884.

maladies et les conditions dans lesquelles on le rencontre, démontre, contrairement aux médecins américains, que c'est surtout dans le cas où le sang subit une altération dans ses qualités, c'est-à-dire quand il est appauvri, comme dans l'anémie ou le rachitisme. Il en fait donc, avec juste raison, un des signes de ces affections.

Il résume, dans une note sur le tænia chez les enfants, maladie qu'il déclare inouïe dans la pathologie de la première enfance, parce qu'elle est en effet excessivement rare, les causes qui parfois y donnent lieu. C'est, en première ligne, l'alimentation par la viande crue de bœuf, lequel est, ainsi qu'on le sait, assez souvent sujet à la ladrerie. Il propose donc de remplacer cette viande de bœuf par celle du mouton, qui a les mêmes qualités nutritives et qui ne contient jamais de cysticerques.

Mais les deux mémoires, de beaucoup les plus importants, soit comme développement, soit en raison de l'intérêt qui s'attache au sujet même, sont celui de la *syphilis infantile* et celui sur la *coqueluche;* ce dernier surtout est une véritable monographie de cette affection.

La syphilis des enfants est, on peut le dire sans exagération, une de ces affections qui intéressent l'avenir de la société humaine, parce qu'elle touche à la santé et à la force des générations futures, et aussi à la natalité et à la mortalité.

M. Roger a fait une étude approfondie de cette redoutable affection qui se présente chez les jeunes sujets sous deux formes : la syphilis héréditaire et la syphilis acquise. Il montre les ravages épouvantables déterminés par ces deux manifestations d'une même maladie, et insiste sur les points qui peuvent être l'objet d'une intervention ou médicale ou administrative, utile et efficace.

Enfin il démontre d'une manière saisissante l'effroyable léthalité de la syphilis congénitale et la bénignité relative de la même maladie se manifestant de deux à huit semaines après la naissance, et *a fortiori* dans la seconde enfance.

« Le traitement, dit-il, le seul efficace, c'est le mercure : c'est là qu'éclate sa puissance médicatrice ; en sauvant de chères existences, le médecin réforme les injustes arrêts de la nature morbide qui condamne les fils innocents plus sévèrement que leurs pères coupables. »

Le mémoire sur la coqueluche, ai-je dit déjà, est une véritable monographie. Il ne contient pas moins de 500 pages ; c'est l'œuvre capitale de M. Roger, celle dans laquelle il a montré toutes les qualités d'un observateur patient, sagace et pénétrant.

Le rôle de votre rapporteur doit se borner à mettre en lumière les points saillants de cet important travail. Je signalerai donc plus particulièrement le chapitre de l'étiologie, dans lequel l'auteur se prononce nettement pour la contagion, et la démontre par des faits aussi nombreux qu'irrécusables. Abordant ensuite la question de l'étiologie, c'est-à-dire de la cause prochaine de la maladie, il déclare, avec Trousseau, qu'elle est certainement due à la présence de germes émis par les coquelucheux, lesquels s'inoculent aux sujets exposés et prédisposés. Mais lorsqu'il s'agit d'en donner la preuve directe, il reconnaît qu'elle fait défaut, malgré les travaux aussi nombreux que patients et consciencieux des micrographes et des expérimentateurs pendant ces dernières années. C'est là une lacune, un *desideratum* qu'il importe de signaler aux travailleurs de l'avenir.

Comme conséquence de cette doctrine de la contagion par les germes, signalons ce fait que la maladie est toujours précédée d'une incubation qui dure de six à sept jours, comme dans la diphtérie.

Le chapitre du traitement est très remarquable ; M. Roger démontre, avec sa longue expérience, qu'il doit varier suivant les sujets et être proportionné à leur force et à leur résistance ; mais il déclare qu'aucun d'eux n'est spécifique, c'est-à-dire ne guérit sûrement la maladie. C'est qu'il est, en effet, bien probable que, tant que nous ne connaîtrons pas la cause première de la coqueluche, nous n'aurons à lui opposer que des palliatifs, à moins que, par un de ces hasards heureux, comme il s'en est trop rarement présenté dans l'histoire de notre art, l'empirisme ne nous fasse mettre la main sur ce spécifique tant désiré.

La Commission a reconnu, dans le travail de M. H. Roger, toutes les qualités qui distinguent les œuvres originales et personnelles, et qui font faire un pas en avant à la science ; elle lui décerne un des prix Montyon *de deux mille cinq cents francs.*

V

MM. les docteurs H. Napias et A.-J. Martin ont soumis à la commission un ouvrage intitulé : *l'Étude et les progrès de l'hygiène en France, de* 1878 *à* 1882.

Cet ouvrage a pour but de faire connaître les progrès accomplis en France dans l'étude de l'hygiène depuis la dernière exposition universelle de 1878 jusqu'en 1882, époque à laquelle eut lieu le congrès international d'hygiène à Genève.

La Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle de Paris avait chargé les deux auteurs, au nom de cette Société, de réunir tous les documents publiés en France concernant l'hygiène, de les classer, de les résumer et de les discuter.

MM. Napias et Martin se sont acquittés de cette tâche laborieuse et difficile avec un réel talent; ils ne se sont pas bornés à recueillir tous les documents parus, ils ont commencé par tracer un cadre qui, à lui seul, est un programme ; de telle sorte même que, par les additions qu'ils ont faites à ces documents, leur ouvrage a pris un caractère véritablement scientifique. Aussi votre commission a-t-elle jugé que l'ouvrage de MM. Napias et Martin était digne d'une mention honorable de *quinze cents francs.*

V

MM. les docteurs L. Dubar et Ch. Rémy ont présenté un mémoire, accompagné de très belles planches, sur l'*Absorption par le péritoine.* Par une série d'expériences variées et très ingénieusement conçues, les auteurs ont démontré qu'un liquide albumineux injecté dans le péritoine, en suffisante quantité pour simuler l'épanchement ascitique de cette membrane, est parfaitement toléré, et qu'ainsi il est possible de créer une *ascite artificielle*, sans dangers, même chez les animaux, dont le péritoine est très susceptible. MM. Rémy et Dubar ont ensuite démontré comment se comporte ce même liquide injecté. Il se résorbe rapidement et complètement. Comment? Par les veines d'abord, mais surtout par les lymphatiques. C'est en colorant ce liquide avec du carmin ou du bleu de Prusse en poudre qu'ils ont fait cette démonstration. Ils ont retrouvé les matières injectées dans tout l'organisme, qui se trouve ainsi coloré complètement. Mais ces matières colorantes, les poussières du moins, sont d'abord arrêtées, et pendant un temps très long, dans les ganglions lymphatiques, qui finissent cependant par les laisser passer; alors elles circulent et s'arrêtent définitivement dans les plus fins capillaires, qu'elles obstruent sous forme d'embolies multiples.

La commission a accordé une mention honorable de *quinze cents francs* à MM. Dubar et Rémy pour leur intéressant travail.

VI

M. le docteur P. Denucé (de Bordeaux) a adressé, pour le concours, un volume intitulé : *Traité clinique de l'inversion utérine.*

Dans un historique très complet et entièrement original, l'auteur démontre que cette affection était fort anciennement connue.

Dans la deuxième partie, consacrée à l'étude clinique de cette maladie, M. Denucé a rassemblé, comparé et jugé toutes les observations publiées et en a tiré des conclusions pratiques marquées au coin d'une expérience consommée.

C'est là un livre qui sera consulté avec fruit par tous ceux qui auront à traiter l'inversion utérine, et, pour cette raison, la commission a accordé une mention honorable de *quinze cents francs* à M. Denucé.

VII

Enfin la commission a décerné des citations honorables aux auteurs des ouvrages énumérés ci-après :

M. le docteur Berne. — *Leçons de pathologie chirurgicale*, 2 volumes.

M. A. Certes. — *Analyse micrographique des eaux. Procédés et technique microscopiques.*

M. le docteur Huchard. — *Traité des névroses*, par Axenfeld, augmenté de 700 pages, par M. Henri Huchard.

M. le docteur Polaillon. — *Statistique de la Maternité de Cochin.*

M. le docteur Réal. — *Mémoire manuscrit sur le traitement sûrement et rapidement curatif de l'érysipèle dit spontané ou plutôt médical, démontrant d'autre part l'identité de nature de cet érysipèle et de l'érysipèle traumatique.*

M. le docteur Rossignol (de Gaillac). — *Traité élémentaire d'hygiène militaire.*

Les conclusions de ces rapports ont été successivement adoptées par l'Académie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 10 mai 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATIONS

De la contractilité musculaire après la mort. — **M. LABORDE** communique les résultats d'expériences qu'il a faites sur le dernier supplicié. Ses recherches ont porté sur trois points : 1° l'action des muscles intercostaux internes et externes dans le mécanisme de la respiration; 2° l'élasticité pulmonaire; 3° la contractilité des canaux biliaires.

M. Laborde rappelle avoir vu et démontré l'action des interosseux sur le lapin et le chien. Mais cela n'a pas encore été fait sur l'homme d'une façon précise et a été, depuis de longues années, l'objet de discussions sans fin parmi les physiologistes. Or il résulte des observations très exactes que M. Laborde a faites sur les muscles du dernier supplicié que c'était Hamberger qui avait raison et que les muscles intercostaux internes sont des expirateurs, et les muscles intercostaux externes des inspirateurs, ce qui peut aisément se traduire par la formule suivante : I E (internes expirateurs) et E I (externes inspirateurs). Cette question, qui a si longtemps occupé et même passionné les physiologistes, se trouve donc aujourd'hui résolue par ces expériences.

Quant à l'élasticité pulmonaire, il résulte des recherches que M. Laborde a faites à l'aide du spirophone de Woillez sur les poumons de ce supplicié, qu'elle s'est maintenue pendant sept jours. M. Darsonval, dans sa thèse sur ce sujet, a déclaré que cette élasticité était due à des fibres musculaires; or, s'il en était ainsi, l'élasticité pulmonaire ne persisterait pas sept jours après la mort, puisqu'à ce moment il y a bien longtemps que toute contractilité musculaire est supprimée.

Au cœur qui était très fortement rétracté en systole, M. Laborde n'a pu réveiller aucune contractilité musculaire.

De la contracture musculaire sous l'influence des hautes pressions. — **M. REGNARD**, dans le but de rechercher les causes de la mort des poissons passant de la surface à la profondeur de la mer, a fait l'expérience suivante : il a soumis des muscles de cuisses de grenouilles à des pressions de 7 à 800 atmosphères. Ces muscles, dans ces conditions, augmentent de poids et sont contracturés. Si l'on supprime l'eau et qu'on soumette simplement ces muscles à la pression, il n'y a pas de contracture. Il en résulte que c'est par suite de la pénétration de l'eau dans les tissus que ces muscles deviennent ainsi contracturés. C'est donc cette pénétration de l'eau dans les tissus qui est la cause de la mort des poissons passant de la surface aux profondeurs de la mer.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mai 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Paralysie radiale par compression. — **M. JOFFROY** rappelle que la paralysie radiale a été regardée comme uniquement de nature rhumatismale jusqu'en 1871, époque à laquelle M. Panas démontra qu'elle était le plus souvent causée par la compression légère et passagère du nerf radial. Un individu fatigué s'endort dans le décubitus sur le côté droit, la tête sur le bras droit, et le lendemain il se réveille avec une paralysie de tous les muscles animés par le radial. En 1882, M. Vulpian se rallia à la théorie de la compression comme cause de cette paralysie. Cependant un assez grand nombre de médecins, aujourd'hui encore, en présence d'une paralysie radiale, portent le diagnostic de paralysie rhumatismale ou *a frigore*. C'était du reste l'opinion de Duchenne (de Boulogne) qui donne comme un exemple de paralysie radiale *a frigore* le fait suivant : une femme, concierge et blanchisseuse, c'est-à-dire exerçant deux professions qui exposent à l'humidité, en venant de laver s'endort dans sa chambre, les bras nus, croisés sur la poitrine. Tout, dans ce cas, semble en faveur de l'origine *a frigore*, et cependant M. Joffroy pense que c'est la compression des doigts de la main droite contre le nerf radial qui, chez cette femme, a été la cause de la paralysie. Il cite, à l'appui de cette opinion, le fait suivant qui lui est personnel : Un homme de trente-six ans, bien portant, indemne de syphilis, de saturnisme et d'alcoolisme, porte, à l'aide d'un crochet, une charge assez lourde et marche ainsi pendant environ vingt minutes. Arrivé au terme de sa course, il s'aperçoit que sa main gauche est engourdie, inerte, et le siège de fourmillements; il a une paralysie radiale très complète. Cet homme n'a cependant pas dormi la tête appuyée sur son bras, il n'a pas eu froid; il ne peut donc être question d'une paralysie rhumatismale, et, d'autre part, où est la compression? On pouvait croire à une compression par la bretelle du crochet; mais M. Joffroy, avec l'aide de M. Farabeuf, ayant fait des expériences sur le cadavre avec des bretelles analogues à celles que présentaient ces crochets, a pu se rendre compte que ces bretelles exercent leur compression tout à fait en dehors du plexus brachial. Ayant interrogé cet homme, M. Joffroy apprit que, pendant sa course, il s'était croisé les bras de telle sorte que les doigts de la main droite vinssent presser le bras gauche, précisément au niveau de la gouttière du radial. Dès lors, il n'hésita plus à rattacher cette paralysie radiale à la compression et il croit que la même explication peut être donnée pour le cas de Duchenne (de Boulogne) et que, dans ce dernier cas, comme dans le sien, il s'agit d'une paralysie radiale par compression et non *a frigore*.

M. Joffroy arrive donc à cette conclusion qu'on devra regarder comme produite par la compression toute paralysie survenue rapidement et localisée aux muscles animés par le radial.

M. FÉRÉOL trouve très séduisante l'explication donnée par M. Joffroy relativement à l'origine de la paralysie qu'a présentée son malade. La compression paraît bien établie, dans ce fait, comme étant la cause de la paralysie; mais elle est bien moins démontrée pour le malade de Duchenne. Il ne semble pas prouvé jusqu'ici que la paralysie radiale soit toujours due à la compression. M. Féréol cite, en effet, un exemple dans lequel il n'y a pas de compression et dont la cause échappe complètement. Il est donc peut-être un peu hâtif de conclure, comme le fait M. Joffroy, que la compression est la cause unique de toute paralysie radiale.

M. JOFFROY fait observer que, chez un malade, Duchenne, loin de rechercher les compressions, était, au contraire, bien plus disposé à ne pas la voir puisqu'il invoquait le froid comme cause de la paralysie. Sa malade dormait; or on sait que pendant le sommeil les muscles peuvent se contracter très énergiquement. La tonicité musculaire n'est nullement abolie pendant le sommeil. Or si l'on réfléchit à la position du bras qu'avait la malade de Du-

chenne, on comprendra très aisément que la compression ait pu jouer un rôle dans la production de la paralysie.

M. GALLARD a été séduit par la façon très ingénieuse dont M. Joffroy fait intervenir la compression comme dans la paralysie radiale. Dans certains faits, en effet, l'influence de la compression sur la production de la paralysie est bien incomplètement établie. Mais M. Gallard proteste contre cette assertion qu'il n'y a pas de paralysie produite par le froid. La paralysie faciale, par exemple, se produit bien manifestement sous l'influence d'un coup de froid. Or, puisque le facial peut être paralysé *a frigore*, pourquoi n'en serait-il pas de même du radial? Il ne faudrait donc pas rayer, d'un seul coup, du cadre nosologique la paralysie *a frigore*.

M. JOFFROY répond que c'est aujourd'hui la paralysie *a frigore* qui reste à démontrer. Il ne la nie pas, mais il demande qu'on lui en montre des exemples. M. Gallard n'a cité que le facial ; mais les paralysies faciales dites *a frigore* ne sont que des paralysies par compression. Le froid, en congestionnant les tissus, rétrécit le canal par lequel passe le facial qui se trouve dès lors comprimé entre les parois du canal. La paralysie du sciatique était peut-être un meilleur exemple à citer, parce que, pour ce nerf, le siège de la paralysie est très variable. Mais pour le radial c'est toujours la même topographie ; ce sont toujours les mêmes muscles animés par le radial qui sont paralysés. La théorie de la compression explique bien mieux ces faits que celle du froid.

M. BUCQUOY cite un cas qu'il a observé autrefois dans le service d'Andral ; il s'agissait d'une paralysie limitée à la main, au poignet et à l'avant-bras, survenue chez un homme qui avait travaillé toute une journée dans un puits, ayant la main et une partie de l'avant-bras dans l'eau, précisément jusqu'au niveau où était limitée sa paralysie. L'influence du froid, dans ce cas, est indiscutable. Il n'y avait pas eu d'ailleurs de compression.

M. JOFFROY n'a pas nié l'existence des paralysies *a frigore ;* il a voulu seulement démontrer que c'est là une des causes extrêmement rares, relativement surtout à la compression.

M. MILLARD rappelle que le malade auquel vient de faire allusion M. Bucquoy était plombier, de telle sorte que Duchenne, qui a vu le malade, était très perplexe et se demandait jusqu'à quel point le saturnisme n'était pas pour quelque chose dans la production de cette paralysie.

M. BUCQUOY dit qu'en effet on pourrait, dans ce cas, attribuer tout au moins au saturnisme une certaine prédisposition à la paralysie.

M. CUFFER a communiqué à la Société clinique un cas de paralysie radiale *a frigore* survenue chez une blanchisseuse ayant porté sur les bras du linge humide. M. Panas, présent à cette séance, objecta que la compression pouvait être invoquée, dans ce cas, mais en raison de la limite de la paralysie aux parties seules ayant été en contact avec le linge mouillé, il y a lieu d'admettre bien plutôt l'influence du froid.

M. JOFFROY, sans nier absolument cette influence, fait cependant remarquer qu'il y a eu également une certaine compression.

M. CUFFER fait observer que cette compression ne s'exerçait pas au niveau de la gouttière du radial.

Traitement de la diphtérie. — **M. LEGROUX** demande à M. d'Heilly des renseignements sur les expériences que M. Delthil a faites dans son service, relativement au traitement de la diphtérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 294).

M. D'HEILLY répond que cinq enfants de son service, atteints de la diphtérie et déjà trachéotomisés, ont été soumis par M. Delthil lui-même à ce traitement. Sur ces cinq enfants, trois sont morts, mais il faut reconnaître que ces trois enfants étaient dans les conditions les plus déplorables, avant même que M. Delthil ne commençât le traitement. Il n'a pas voulu continuer l'expérimentation dans ces conditions.

M. FÉRÉOL croit de son devoir de communiquer le fait suivant : Il s'agissait d'une diphtérie grave survenue, consécutivement à trois cas de diphtérie dans la même famille, tous trois terminés par la mort en six jours, chez une femme âgée de 56 ans. La diphtérie était tout d'abord localisée sur l'amygdale droite. Dans les trois premiers jours, il n'y eut pas d'aggravation. M. Laboulbène affirmait que la malade devait guérir. Elle fut d'abord traitée par l'eau oxygénée. M. Féréol n'eut pas à se louer de cette médication. Après le troisième jour, la fausse membrane tendait à faire des progrès; le quatrième jour elle s'était étendue au fond du pharynx et en avant de l'amygdale. Le sixième jour il y avait une généralisation complète et le lendemain l'affection avait fait des progrès considérables ; la situation devenait inquiétante. Cependant il n'y avait pas de ganglions, ni d'albuminurie. M. Féréol se décida à avoir recours aux fumigations proposées par M. Delthil. Dès le lendemain il y avait un changement appréciable. La fausse membrane avait pris une teinte jaunâtre et ressemblait à du miel. A partir de ce moment, l'amélioration a toujours été en s'accentuant et le malade a guéri par ce procédé. MM. Laboulbène et Damaschino ont pu constater, avec M. Féréol, que les fumigations ont eu une influence certaine sur la contexture des fausses membranes. Le traitement a été très bien supporté ; dès le début, la malade a été prise d'une expectoration abondante. Sauf un peu de mal de tête, toutes les personnes qui l'entouraient ont également bien supporté les fumigations. Il y a, dans ce procédé, un danger sur lequel M. Delthil a lui-même insisté avec détails, c'est que la fausse membrane en se mélangeant à ces produits de la combustion prend une certaine consistance, se recouvre d'un vernis et que, dans ces conditions, si l'on n'y prend pas garde, elle peut devenir une cause de suffocation.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XI

PALISOT DE BEAUVOIS.

J'eus des relations intimes avec lui bientôt après son retour d'Afrique et d'Amérique ; il était associé de l'Institut comme savant botaniste ; homme de quarante-cinq ans, taille ordinaire, constitution robuste, figure régulière mais sans expression, esprit froid, peu d'imagination, travailleur actif et instruit, adonné spécialement à l'étude des *graminées* et des *mousses* sur lesquelles il a publié des travaux de classification avec de nombreux détails iconographiques ; je tiens de son amitié ces deux ouvrages : nous fîmes ensemble plusieurs excursions circumparisiennes.

CORREA DE SERRA.

C'était un excellent botaniste portugais avec lequel j'ai fait plusieurs courses, aux environs de Paris ; soixante ans, taille moyenne, un peu d'embonpoint, teint hâve, méridional, sourcils noirs très fournis ; gai, spirituel, caractère aimable ; il fréquentait souvent le Jardin des Plantes.

LÉMAN SÉBASTIEN.

L'un de mes meilleurs amis, le naturaliste que je fréquentais le plus ; c'était un réfugié napolitain, retiré à Paris avec sa mère et ses sœurs ; son visage et son caractère n'avaient rien de méridional : on eût dit plutôt un allemand. De mon âge, grand, maigre, blond, imberbe, figure oblongue, pâle, aux traits réguliers, myope, cheveux rares et plats, front distingué, intelligent, maintien simple, ayant du laisser-aller, cœur pur, excellent, beaucoup d'instruction sans en faire parade, caractère doux, esprit porté à la gaieté, au calembour, bon enfant dans toute l'acception du mot.

Après avoir fait de la botanique, il s'occupa spécialement de

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 mai 1884.

minéralogie et acquit une véritable célébrité pour la connaissance des échantillons et de leur gisement. Lorsqu'il y avait à Paris quelque grande collection minéralogique à vendre, c'était toujours à Léman qu'on avait recours pour l'exacte appréciation des échantillons. Léman n'avait pas de fortune; il a fourni à divers dictionnaires de bons articles sur la botanique, la minéralogie, les aérolithes. En 1818, je retrouvai Léman à Paris et nous passâmes ensemble d'heureuses journées. Notre correspondance continua comme de coutume. Lors de mon voyage à Paris en 1830, j'eus la douleur d'apprendre que, quelques semaines avant mon arrivée, il était mort brusquement d'une manière tragique; il paraîtrait qu'il s'était suicidé d'un coup de rasoir. Sa sœur était mariée avec Desmarest.

LOISELEUR-DESLONGCHAMPS.

J'ai eu avec Loiseleur d'intimes relations botaniques et nous avons très souvent herborisé ensemble; c'était alors un homme de trente-cinq ans, taille un peu au-dessus de l'ordinaire, teint blond fade, tête peu garnie, regard triste, figure marquée de cicatrices de la petite vérole, caractère grave, ami sûr, auteur d'une *Flora gallica* qui eut deux éditions et qu'il me donna. Il a publié de nombreux articles dans le grand *Dictionnaire des sciences médicales*, et d'excellents mémoires dans les *Annales de la Société d'agriculture*. Il faisait marcher de front à Paris l'exercice de la médecine et la culture des sciences. Je l'ai revu dans mes voyages à Paris. Il est mort en 1850; le fils de Loiseleur, orientaliste distingué, mourut avant son père.

MÉRAT.

Médecin botaniste de mon âge, et avec lequel j'ai souvent herborisé à Paris; homme d'un blond vif, un peu d'embonpoint, taille ordinaire, grosse tête, caractère placide, peu d'activité musculaire, auteur d'une Flore des environs de Paris qui a eu plusieurs éditions et dont il a enrichi ma bibliothèque; il a dirigé la publication du *Dictionnaire des sciences médicales*, en 60 volumes, et y a inséré un très grand nombre d'articles. Il était membre de l'Académie de médecine, mais il ne put arriver à l'Académie des sciences : il eut à lutter contre la concurrence de deux botanistes qui n'ont pas toujours gardé de la mesure dans leurs critiques des ouvrages de Mérat.

CLARION.

D'abord préparateur des leçons de chimie du professeur Deyeux à l'École de médecine, il fut, à la Restauration, pharmacien de la maison du roi Louis XVIII et agrégé à l'École de pharmacie. A la mort du professeur Richard il fut nommé momentanément, pendant un mois, professeur de botanique à l'École de médecine : je crois qu'il n'a rien publié. Clarion avait, en 1805, trente ans. Provençal, des montagnes de Seyne, il avait un accent abominable : botaniste ardent mais très avide, d'une taille au-dessous de la moyenne, brun foncé, cheveux noirs à épis indociles, bon, mielleux et dévot, ce qui le fit valoir au temps de la Restauration. Mon herbier possède très peu d'espèces données par lui, tandis que le sien devait en contenir beaucoup des miennes : nous herborisions souvent ensemble à Paris. Clarion se maria avec une femme jolie et spirituelle; son fils, qui ne lui ressemblait pas le moins du monde puisqu'il était grand, blond et de manières gracieuses, a été sous-préfet de Saint-Sever en 1853.

HUMBOLDT.

Je me trouvais à une séance de l'Institut en 1805, lorsque le célèbre Humboldt, au retour de son grand voyage scientifique en Amérique, lut son premier mémoire académique sur la domestication des animaux. On l'écoutait avec un silence religieux; homme de quarante ans, blond, taille moyenne, embonpoint modéré, figure pleine, physionomie distinguée et expressive, parlant parfaitement le français quoique Prussien. L'auteur du *Cosmos* et de tant d'autres ouvrages vivait encore au commencement de 1857; il est mort à Berlin en avril 1859, âgé de quatre-vingt-onze ans.

DELAROCHE.

Fils d'un médecin distingué de Paris et frère de la femme de Duméril, Delaroche était mon ami intime, mon camarade d'excursions botaniques et du même âge que moi : taille ordinaire, figure pâle, tenue simple, caractère tranquille, bienveillant, intelligence supérieure; mort jeune. Il publia d'abord une monographie du genre *eryngium* : plus tard il s'occupa de l'influence de la chaleur sur le corps humain.

FLUGGES.

Botaniste allemand, trente ans, grand, maigre, chercheur avide de plantes dans les herbiers, sans en excepter le mien qui ne conserve de lui qu'un ou deux échantillons. J'ignore ce qu'il est devenu; mais son nom a eu peu de retentissement : en 1814, je le rencontrai à Toulouse chez M. de Lapeyrouse.

NESTLER.

Il était, pendant ses études à Paris, mon excellent ami et le compagnon de mes courses botaniques; brun, sec, maigre, d'une physionomie assez ingrate, perspicace pour l'étude des plantes : il devint professeur de botanique à la Faculté de Strasbourg; collaborateur de Mougeot : auteur d'une excellente *Monographie des potentilles* dont il m'a fait cadeau. Il est mort en 1836.

MOUGEOT.

Le camarade et le compatriote de Nestler et mon ami de cœur comme de science, avec qui j'entretiens depuis cinquante ans des relations épistolaires et des échanges réciproques de plantes : taille et embonpoint ordinaires, teint blond fade, figure un peu varioleuse, caractère parfait, homme d'intelligence et travailleur infatigable. Il est médecin à Bruyères dans les Vosges. Il a fondé à Épinal un musée départemental d'histoire naturelle où toutes les branches de la science ont été réunies et classées par lui. Il est coauteur avec Nestler de plusieurs cahiers ou centuries (15 ou 16) d'une cryptogamie du Nord de la France, ouvrage formé d'échantillons complets, bien préparés, rigoureusement dénommés, *fougères, mousses, lichens, champignons*; il a enrichi ma bibliothèque de cette précieuse collection. Au mois de mai 1842, je revis à Paris mon excellent condisciple et ami. Il y a quinze ans, il s'était mis en route avec Schimper et Schœrer pour me faire une visite à Saint-Sever; mais un accident qu'il éprouva près d'Avignon le força de rétrograder. En 1858, lors de mon voyage à Strasbourg pour assister au congrès de la Société botanique de France, j'avais espéré revoir Mougeot, mais sa santé très altérée ne lui permit pas de se remettre en voyage, et, dans le mois de décembre de cette même année, il cessa de vivre. Une notice biographique sur Mougeot a été insérée dans les Bulletins de la Société botanique de France.

VILLERMÉ.

Villermé (d'Étampes), mon ami, mon camarade d'excursion, à peu près de mon âge : taille moyenne, un peu d'embonpoint, blond roux, cheveux poil de vache, parole un peu bègue : devenu comme moi médecin militaire jusqu'en 1814 : se donna tout entier à des travaux d'économie et de statistique médicale qui le firent admettre aux Académies de médecine et des sciences. Je l'ai revu plusieurs fois à Paris, encore plein de vie au commencement de 1857.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au moment de mettre sous presse nous apprenons une douloureuse nouvelle : la mort de M. le professeur Wurtz, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, survenue aujourd'hui lundi, à midi et demi. M. Wurtz était à peine âgé de soixante-six ans.

— A la suite des élections municipales de la ville de Paris, sept de nos confrères ont été élus. Ce sont : MM. les docteurs Chas-

saing, Chautemps, Deschamps, A. Després, chirurgien des hôpitaux, Frère, Lamouroux et Levraud.

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé samedi soir, 10 mai 1884, par la nomination de MM. les docteurs Nélaton et Prengrueber.

M. le docteur Jalaguier, classé troisième, a eu le même nombre de points que M. Prengrueber, mais ce dernier a dû, à une admissibilité de plus dans les concours précédents d'être classé au premier rang.

— A la suite de la troisième épreuve d'admissibilité du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, les dix candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont : MM. Brissaud, de Beurmann, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Josias, Lorey, Merklen, Muselier, Oulmont et Renault.

Le sujet de la composition écrite (première épreuve définitive), a été : De la phtisie laryngée.

— Par décision du Conseil municipal de Paris et sur la demande de M. le professeur Pajot, les noms de Paul Dubois et de Depaul vont être donnés aux salles désignées actuellement sous les n[os] 1 et 2 de l'hôpital de la clinique d'accouchements.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital Necker, commencera un nouveau cours de technique microscopique, le mardi 13 mai, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera les mardis, mercredis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — On s'inscrit chez le docteur Latteux, 4, rue Jean-Lantier, de une heure à deux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16201.

N° 57. — JEUDI 15 MAI 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 15 MAI 1884. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE



GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Mort de M. Wurtz. — Hôpital de la Charité. Fièvre synoque et fièvre typhoïde. — Hôpital Necker. Prostatite aiguë suppurée, anurie, pyohémie, mort. — Métallothérapie. Ovarie et hyperesthésie mammaire féroces. — Un mot sur une malade hypnotique et sur l'aboyeuse de Nevers. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

MORT DE M. WURTZ.

Lorsque, il y a à peine un mois, dans notre numéro du 15-17 avril, nous insérions le beau discours prononcé sur la tombe de Dumas par son illustre élève M. Wurtz, nous étions loin de nous attendre qu'à un aussi court délai ce serait la triste et foudroyante nouvelle de la mort de M. Wurtz lui-même que nous aurions à annoncer, de celui que d'un accord unanime nous considérions comme son plus digne successeur. S'il est permis de dire qu'en mourant à soixante-sept ans M. Wurtz avait déjà assez fait pour la gloire de son nom, assurément à cet âge pouvait-on espérer encore beaucoup de lui pour la science qu'il cultivait avec une si noble passion, pour l'enseignement qu'il n'a cessé de prodiguer autour de lui avec tant de zèle et d'éclat depuis plus de trente ans, sous toutes les formes, et par toutes les voies, par la chaire, par la publication de nombreux et importants ouvrages et surtout par ces admirables travaux de laboratoire dont il a su faire sortir tant de découvertes et où il a formé tant d'excellents élèves. Enfin, disons-le aussi, il pouvait beaucoup encore pour l'humanité toujours intéressée aux progrès scientifiques, quels qu'ils soient, surtout lorsque ces progrès, comme ceux de la chimie, en général, comme ceux en particulier qu'il a réalisés, conduisent à des applications utiles à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique et à l'hygiène publique. On comprendra que nous laissions à de plus compétents et plus autorisés que nous le soin de rappeler et d'apprécier comme ils le méritent les travaux et les découvertes de M. Wurtz. Ils diront comment et par quelles méthodes habiles et ingénieuses il a découvert, on pourrait presque dire créé, la série des ammoniaques composées qui ont donné la clef de la constitution des alcaloïdes organiques que fabriquent les végétaux et qu'utilise la médecine ; comment il est arrivé à découvrir cette autre série, la série des glycols et à établir la théorie générale des alcools polyatomiques, concourant ainsi, avec son digne et éminent émule M. Berthelot, à la transformation de la chimie organique. Ils diront, enfin, comment il est parvenu, à force de talent, à faire prévaloir, en chimie philosophique, la théorie atomique qui y a introduit deux modifications importantes, les nombres proportionnels différents des équivalents pour les corps simples, une façon nouvelle d'expliquer les réactions en attribuant aux éléments ou à des groupes complexes certaines propriétés de combinaison, de substitution variables selon les circonstances.

Ce sont ces travaux et ces découvertes qui ont jeté un si grand lustre non seulement sur le nom de M. Wurtz, mais encore sur les différents corps savants auxquels il a appartenu, sur son pays même qui le placera à côté de son maître et ami Dumas au nombre des enfants dont il a le droit de s'enorgueillir. Nous nous bornerons plus humblement à esquisser au courant de la plume cette carrière si dignement remplie, en marquant au passage quelques-uns des actes et des ouvrages qui l'ont faite si brillante.

Né à Strasbourg, reçu docteur en médecine dans la Faculté de cette ville en 1843, nommé dans la même année chef des travaux chimiques de cette école, dès l'année 1844 il venait à Paris concourir pour le même emploi auquel il fut élu après de brillantes épreuves. Trois ans après, en 1847, il était nommé agrégé. En 1852, il fut chargé, en cette qualité, de suppléer Dumas, alors professeur de chimie organique et de pharmacologie à la Faculté, et en 1853 il remplaçait Orfila dans la chaire de chimie médicale.

En 1856 il est élu membre de l'Académie de médecine, qu'il préside en 1871 ; en 1865, il est nommé doyen de la Faculté de médecine ; en 1867, il est élu membre de l'Académie des sciences, dont il a été également président. Enfin, en 1875, il est appelé à la chaire de chimie organique de la Faculté des sciences de Paris. Ajoutons à tous ces beaux titres et emplois qui ont fait de sa vie une vie si pleine et si occupée, d'autres titres et emplois non moins honorables où il a trouvé encore à utiliser pour la science et pour le bien public son inépuisable activité. Tels sont ceux de membre du Conseil supérieur de l'Instruction publique, de membre et président du Comité consultatif d'hygiène publique auprès du ministère du commerce, membre du Conseil de salubrité, membre du Conseil de l'ordre de la Légion d'honneur, où il avait le grade élevé de grand officier ; enfin la dignité de sénateur inamovible à laquelle il a été élu en 1881.

Chacune de ces glorieuses étapes a été marquée par des publications, rapports, discours et œuvres diverses, dont il nous reste à énumérer les principales.

En 1864 M. Wurtz publiait ses *Leçons de philosophie chimique ;* en 1864 et 1865, le *Traité élémentaire de chimie médicale*, contenant quelques notions de toxicologie et les principales applications de la chimie à la physiologie, à la pathologie, à la pharmacie et à l'hygiène ; en 1868, son

Histoire des doctrines chimiques; en 1878, une préface au *Traité de chimie organique*, d'après Wöhler, par le docteur Filtig (de Strasbourg); en 1879, la *Théorie atomique;* enfin le *Dictionnaire de chimie pure et appliquée*, fait en collaboration avec les principaux chimistes de notre époque, dont des fascicules supplémentaires sont actuellement en voie de publication.

A ces œuvres didactiques, magistrales pour la plupart, il faut ajouter un grand nombre de rapports et de discours où il a semé à pleines mains les trésors de sa science générale. Tels, entre autres, le remarquable discours qu'il prononça, en sa qualité de président, à la session de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenue à Lille en 1874, et dont le sujet était : la théorie des atomes dans la conception générale du monde, discours dans lequel il exprimait dans un langage élevé la pensée de l'avenir promis aux grandes associations scientifiques; son rapport sur l'enseignement clinique dans les universités allemandes, présenté au ministre de l'intruction publique en 1869; son discours à l'occasion de l'installation de la Faculté de médecine de Lille qu'il avait été chargé de présider comme représentant le ministre de l'instruction publique. Enfin, parmi ses œuvres panégyriques, nous citerons l'éloge de Soubeiran prononcé à l'occasion de la rentrée de la Faculté de médecine le 17 novembre 1859, l'un des meilleurs du genre, et les belles pages sur Dumas que nous rappelions au début de cet article, les dernières probablement qu'il ait écrites.

Nous ne devons pas oublier non plus, parce que ce sont des titres qui ne recommandent plus seulement sa mémoire aux savants, mais qui la recommandent encore à la reconnaissance de la généralité des médecins, quelques-uns des actes de son décanat pendant lequel il s'est acquis l'affection de tous les élèves, comme il avait déjà celle des maîtres, par son esprit libéral et conciliant. Il a réalisé, en effet, plusieurs réformes ou innovations utiles pour l'enseignement, telles que le cours de chimie biologique qu'il a inauguré lui-même, la fondation d'un cours de chimie pratique confié à un agrégé, la création d'un très beau laboratoire de chimie pratique à l'usage des élèves, et des laboratoires d'anatomie et de chimie pathologique à l'Hôtel-Dieu, à la Charité et à la Pitié.

Après l'annonce de la triste nouvelle faite à l'Académie par son président, M. A. Guérin, la séance a été levée.

B.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Fièvre synoque et fièvre typhoïde.

Au n° 1 de notre salle des hommes, nous avons un jeune homme de vingt ans, qui est à Paris depuis six mois, c'est-à-dire dans les conditions voulues d'âge et de santé pour contracter la fièvre typhoïde.

Lorsqu'il est entré dans le service, il était malade depuis trois jours; il se plaignait de céphalée frontale, de courbature et avait perdu l'appétit; sa température était de 38° degrés et quelques dixièmes, et le pouls avait dépassé 100. Mais le lendemain matin nous étions frappés de voir le pouls tombé à 76 et la température à 37° et quelques dixièmes; la langue était couverte d'un léger enduit blanchâtre, sans sécheresse aucune; l'intelligence était parfaitement nette, le malade avait très bien dormi et nous ne trouvions aucun phénomène particulier du côté du ventre ou de la poitrine. C'est ainsi que, bien que ce jeune homme nous donnât lieu de penser qu'il pouvait être au début d'une fièvre typhoïde, nous réservâmes le diagnostic tant que les accidents ne s'accentueraient pas, l'état dans lequel il se trouvait pouvant parfaitement dépendre d'une simple fièvre synoque.

Les jours suivants ont justifié notre réserve, si bien qu'aujourd'hui la fièvre a complètement cessé, l'appétit est revenu et que notre malade est assez bien remis pour être en état de partir.

En résumé, il n'a rien eu d'autre qu'une fièvre simple, fièvre éphémère ou fièvre synoque, comme on l'appelle encore.

Il faut donc se rappeler que, dans les trois ou quatre premiers jours, la fièvre synoque présente souvent toutes les allures de la dothiénentérie; de là le sage précepte de réserver le diagnostic pendant ce temps et jusqu'à ce que les phénomènes se dessinent assez nettement pour se prononcer.

Ce que nous faisons à Paris en agissant ainsi, on ne le fait pas à l'étranger; aussi ne saurait-on comparer, sans danger d'erreurs graves, nos statistiques avec celles de l'Allemagne, de la Russie, etc., pays où, dès que la température dépasse 38 degrés, on conclut à l'existence de la fièvre typhoïde : on a recours au traitement par les bains froids et l'on s'en vient dire que, grâce à cette méthode, le chiffre des guérisons de la fièvre typhoïde est beaucoup plus considérable à l'étranger qu'en France. Nous aussi, nous pourrions facilement enfler le chiffre des guérisons, si nous classions des faits analogues à celui dont je viens de rapporter l'observation dans la catégorie des fièvres typhoïdes.

Ceci dit, je passe au second malade, dont je veux aujourd'hui vous parler, et qui, celui-là, a été atteint véritablement de fièvre typhoïde.

Il s'agit d'une femme de vingt-deux ans, qui nourrissait depuis six mois un enfant, lorsqu'elle est tombée malade. Le début a été marqué par de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'agitation nocturne, des douleurs de ventre, de la diarrhée, une courbature générale. Huit jours après, elle est entrée dans nos salles, et, en l'examinant, nous avons constaté de la diarrhée, du gargouillement dans la fosse iliaque, une rate hypertrophiée, des taches rosées lenticulaires, quelques râles sibilants dans la poitrine, enfin un certain état de stupeur, en même temps que la température s'élevait à 41°,2 le soir et 40°8 le matin, le pouls oscillait entre 100 et 110, en un mot les signes caractéristiques d'une fièvre typhoïde avérée. Pendant les dix jours qui ont suivi son entrée dans nos salles, cet état avait persisté sans de grandes oscillations, lorsque, tout à coup, pendant notre visite, nous avons été appelé auprès d'elle par la religieuse, nous annonçant que cette femme succombait. En effet, nous rendant aussitôt à son lit, nous la trouvions couchée sur le côté droit, la face pâle, les lèvres violacées, et, après deux inspirations, séparées par un assez long intervalle, elle était morte. Cependant la nuit avait été bonne, à son réveil elle s'était sentie beaucoup mieux que les jours précédents, elle causait encore très bien quelques instants avant la syncope léthale qui l'a emportée aussi subitement.

Pendant tout le temps de sa maladie, elle n'avait présenté d'autres phénomènes graves que de l'albumine, — ce qui est un signe un peu fâcheux lorsque cette substance s'élève,

comme chez elle par exemple, à 3 grammes par litre d'urine, — et qu'une élévation persistante de la température, élévation contre laquelle nous avions cherché à réagir en lui administrant pendant trois jours un gramme d'acide salicylique, et encore avions-nous cessé de lui en faire prendre trente-six heures avant sa mort à cause de la faiblesse et de la petitesse du pouls.

L'autopsie a été pratiquée et nous a donné les résultats suivants : dans l'intestin grêle tous les signes anatomo-pathologiques de la fièvre typhoïde, parvenue au troisième septénaire, sans la moindre perforation ; rate hypertrophiée et ramollie ; ganglions mésentériques augmentés de volume ; reins congestionnés, décoloration et dégénérescence graisseuse de leur substance corticale ; cerveau intact ; poumons seulement un peu emphysémateux. De plus, le cœur, — et c'est là le point sur lequel j'appellerai surtout l'attention, — est assez singulier ; c'est à peine si l'on peut voir la cavité du ventricule gauche, tant ses parois sont revenues sur elles-mêmes : il y a là, tout au moins en apparence, ce que l'on appelle une hypertrophie concentrique. Quant au ventricule droit, il contient un caillot de 3 millimètres de largeur qui se prolonge jusque dans l'artère pulmonaire. De plus, le cœur a une coloration brunâtre, sa consistance est anomale, en un mot il est le siège à la fois d'une myocardite et d'une dégénérescence graisseuse prononcée, circonstance importante pour nous expliquer la mort subite de cette femme.

Pendant la vie, cependant, nous n'avions rien trouvé du côté du cœur, si ce n'est une certaine faiblesse d'impulsion, un pouls petit, mou et peu résistant.

La mort subite est rare dans la fièvre typhoïde. Dans cette affection, la mort peut reconnaître des causes diverses qui sont : 1° l'adynamie ; 2° des accidents ataxiques ; 3° on meurt quelquefois par le poumon, par une broncho-pneumonie étendue ; mais, dans ces divers cas, la mort peut être prévue quelques jours à l'avance ; 4° la mort peut survenir accidentellement par hémorragies intestinales, mais elle n'est encore que rapide et non pas subite ; 5° il en est de même d'une perforation intestinale donnant lieu à une péritonite suraiguë ; 6° de même aussi de la péritonite par propagation de l'inflammation intestinale ; 7° enfin, nous avons la mort subite, foudroyante.

Cette dernière a été fort peu signalée par les auteurs : Andral en rapporte une observation ; Louis n'en cite pas un seul cas ; Chomel indique un seul fait de mort *prompte ;* Zenker, en Allemagne, qui a décrit avec beaucoup de soin la dégénérescence graisseuse du cœur, a signalé un cas de mort subite par cette dégénérescence chez un typhoïdique. Enfin, en France, c'est à M. Dieulafoy et dans la thèse qu'il a soutenue en 1869 sur cette question que l'on trouve réellement des notions et des faits sur la mort subite dans la fièvre typhoïde. Il rapporte, en effet, quatorze observations, dont quelques-unes lui sont personnelles. A dater de ce moment, journaux et recueils périodiques ont signalé d'autres faits de mort subite dans la fièvre typhoïde et, parmi les travaux publiés depuis lors, nous devons surtout mentionner ceux de M. Laverand, de M. Huchard, en 1877, de M. Liebermann, médecin militaire, également en 1877.

Néanmoins ces cas sont toujours assez rares, bien qu'ils soient un peu plus fréquents depuis quelques années, ce qui pourrait, — je ne dis pas : *ce qui doit*, — *ce qui pourrait* bien tenir au nouveau mode de traitement expérimenté actuellement. L'observation que je rapporte aujourd'hui est mon premier fait de mort subite dans la fièvre typhoïde. Dois-je en incriminer l'acide salicylique ?

La mort subite, quand elle s'est produite, a presque toujours eu lieu à l'époque où le malade entrait ou allait entrer en convalescence, c'est-à-dire du dix-huitième au vingt-quatrième jour, comme l'a dit M. Dieulafoy. Elle est généralement arrivée par syncope, sauf dans un cas où l'on a constaté des phénomènes convulsifs. Dans deux cas également, rapportés par M. Laverand et par M. Blachez, la mort a eu lieu exceptionnellement au sixième jour ; quant à notre malade, elle a été foudroyée le dix-huitième jour.

Différentes explications ont été proposées. Celle de M. Dieulafoy est assez ingénieuse, mais elle me paraît purement hypothétique. L'auteur explique la mort subite dans la fièvre typhoïde par une action réflexe, l'irritation intestinale se transmettant au bulbe par les filets du grand sympathique et du bulbe aux filets du pneumo-gastrique, d'où l'arrêt de la respiration et de la circulation ; quelquefois aussi du bulbe gagnant les ganglions spinaux, d'où les convulsions des membres. Si le fait était vrai, nous devrions observer la mort subite dans bien d'autres affections intestinales graves, où jamais jusqu'à présent elle n'a été signalée.

Quelques médecins ont attribué la mort subite à l'anémie cérébrale, cela serait peut-être un peu plus plausible, et pourtant combien de malades sont autrement anémiés qu'un typhoïdique et n'ont pas de syncope léthale.

En réalité, la mort subite se produit surtout chez les cardiaques, surtout chez les malades dont le cœur est altéré dans ses fibres. Or ce qui se passe chez les individus atteints de maladie du cœur peut également se produire chez les typhoïdiques atteints de dégénérescence graisseuse de l'organe central de la circulation, surtout quand cette dégénérescence se complique de myocardite.

De tout ce que je viens de dire, il résulte un enseignement clinique. Ce n'est qu'exceptionnellement chez ma malade que j'ai prescrit l'acide salicylique, la dose a été seulement d'un gramme pendant trois jours, et le médicament a été supprimé trente-six heures avant la mort, en raison de l'état du pouls. Y a-t-il eu ici une corrélation de cause à effet ? Toujours est-il que pour moi, si la mort subite dans la fièvre typhoïde est plus fréquente depuis quelques années, cela *pourrait* tenir au traitement actuellement employé. D'où je conseillerai, — et c'est par là que je termine, — de se méfier de ces médicaments : acide salicylique, acide phénique et sulfate de quinine à haute dose, ainsi que je le disais à l'Académie dans la discussion sur la fièvre typhoïde.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

Prostatite aiguë suppurée, anurie, pyohémie, mort.

Le cas du malade qui va faire aujourd'hui le sujet de notre leçon est à la fois très grave et assez commun. Ce n'est pas que ces accidents soient ordinaires ici, mais parce que la série des phénomènes morbides qui ont eu lieu peut se développer aussi bien spontanément qu'à la suite d'une intervention chirurgicale. Chez notre malade ces deux influences se sont également produites.

Il s'agit d'un homme que l'on nous a amené mercredi dernier comme ayant une rétention d'urine et ayant été cathétérisé en ville le matin même sans succès. C'était pen-

dant notre visite ; on le coucha au lit n° 18 et au premier abord, sans formuler *à priori* aucun diagnostic, je pus facilement reconnaître qu'il s'agissait chez lui de toute autre chose que d'une simple rétention d'urine et que la situation était grave.

Cet homme, garçon boucher, attaché aux abattoirs, ayant, comme la plupart des gens qui exercent ce métier, des habitudes de fatigue et d'intempérance, était âgé de trente-neuf ans.

Il était bouffi, anhélant ; la respiration était anxieuse, la circulation défectueuse, la peau était marbrée ; il ne se plaignait pas de douleurs violentes. Bref, je conclus bien plutôt à de l'anurie qu'à une rétention d'urine. Ma première impression fut, en effet, justifiée d'abord par un examen plus circonstancié du malade, et le cathétérisme me montra quelques instants plus tard que la vessie contenait fort peu d'urine. Dans la nuit même, vers deux heures du matin, il succombait.

Voyons maintenant son histoire, après quoi nous étudierons l'ensemble des lésions que l'autopsie nous a montrées.

Notre malade avait eu, il y a quatre ans, une première blennorragie qui avait très bien guéri, dans l'espace de deux mois. Puis il en avait contracté une seconde, il y a deux mois environ, laquelle était également en voie de guérison lorsque les accidents urinaires pour lesquels il est entré à l'hôpital se sont déclarés. Ces accidents débutèrent par les signes d'une rétention d'urine, du moins il en fut jugé ainsi en ville où le médecin, appelé à lui donner des soins, le sonda avec le premier instrument venu, sans avoir formulé préalablement aucun diagnostic. Ceci est une double erreur. La rétention n'étant qu'un symptôme, il faut pour la combattre efficacement et sans danger, d'abord en reconnaître la cause, ensuite s'assurer de l'état du canal. Ce sont là deux choses qui, malheureusement pour cet homme, avaient été négligées de la part du médecin qu'il avait consulté.

Dans le cas présent, cette rétention pouvait reconnaître deux causes : 1° l'absence d'urine dans la vessie, et la pseudo-rétention n'était autre que de l'anurie ; 2° un rétrécissement du canal de l'urètre, suite d'une blennoragie datant de quatre ans. Par conséquent il fallait, d'une part, explorer le canal avec les précautions voulues ; et de l'autre, pratiquer le toucher rectal afin de se rendre compte de l'état de la prostate, savoir s'il n'y avait pas là, au déclin de sa seconde blennoragie, quelque prostatite. La chose était d'autant plus plausible que, à l'instar de beaucoup de ses pareils, cet homme avait très probablement poussé les injections antiblennorragiques plus loin qu'il n'eût fallu, avec une vigueur exagérée, les faisant pénétrer jusque dans l'urètre profond, où elles avaient pu déterminer des lésions, point de départ d'une prostatite simple, peut-être même d'une prostatite suppurée.

Or qu'était-il arrivé ? Pas de toucher rectal, cathétérisme avec la première sonde de trousse venue butant contre une prostate augmentée de volume, déchirure, fausse route et pénétration dans la prostate. De là non pas seulement quelques gouttelettes de sang, mais un écoulement sanguin immédiat, lequel avait continué. La vessie fut-elle vidée ce jour-là ? Si oui, quelle quantité d'urine fut évacuée ? Je l'ignore. Mais ce que je sais c'est que le malade fut sondé deux autres fois : 1° la veille de son entrée à l'hôpital, avec succès ; 2° le matin même de son arrivée dans nos salles, mais en vain.

Examinant donc notre malade, le toucher rectal nous montra une prostate fortement tuméfiée, pas de vessie distendue, ce qui nous confirmait dans une anurie ou tout au moins dans la présence d'une petite quantité d'urine dans cet organe. Du côté de l'urètre, l'exploration avec une sonde à bout olivaire nous apprit que l'urètre antérieur était parfaitement sain, que la portion membraneuse n'était pas rétrécie, mais qu'au delà l'instrument était arrêté par l'existence d'une fausse route. Voulant néanmoins pénétrer dans la vessie pour l'évacuer du peu d'urine qu'elle contenait, je me servis d'abord, — l'exploration du canal terminée, — d'une sonde à béquille à bec très à angle ; celle-ci s'étant trouvée arrêtée au même niveau que l'explorateur, j'eus recours à une sonde bicoudée en caoutchouc qui pénétra facilement, et j'obtins ainsi 120 grammes d'urine. Je laissai une sonde à demeure et dans l'espace des dix-huit à vingt heures qui s'écoulèrent entre mon cathétérisme et la mort du malade, celui-ci ne rendit que 120 autres grammes d'urine. Il y avait donc bien réellement anurie.

L'autopsie, faite dans les délais voulus, nous a montré que la prostate était dans sa totalité le siège d'une phlegmasie purulente, d'une prostatite suppurée, totale, de tous les lobes, la coque seule étant restée indemne. De plus, il existait une cystite blennorragique typique avec accumulation de lésions au niveau du col, d'apparence granuleuse.

Ainsi notre cathétérisme a été pleinement justifié, ayant été fait avec une sonde non métallique, à courbure spéciale, à la fois assez profonde et assez longue, de façon à ne pas buter contre la paroi inférieure.

Sans méconnaître l'influence des accidents d'ordre chirurgical, c'est-à-dire suite d'une intervention mal faite, qui ont joué un rôle important, nous pouvons dire que le malade est mort de sa maladie. En effet, on a trouvé des abcès métastatiques dans le poumon, ainsi qu'un foyer apoplectique sous la plèvre, comme dans le cas de pyohémie. Et de fait il s'agissait bien, chez cet homme, de pyohémie compliquant un état urinaire. En général, ces malades sont peu atteints par la pyohémie, bien que quelques accidents urinaires favorisent son développement, notamment la prostatite suppurée. Vous connaissez, du reste, les rapports de la prostate avec les plexus veineux. Les gens atteints d'infiltration urineuse peuvent également mourir de pyohémie ; aussi, pour moi, est-ce une règle de ne pas me servir de sonde chez eux avant quinze jours ou un mois. Enfin j'ajouterai que, si la pyohémie peut s'établir sans qu'il y ait de fausse route, cependant la présence de celle-ci en facilite le développement.

Disons encore que chez cet homme les accidents urineux ont une grande part dans sa mort, car ils ont dominé la scène puisqu'en vingt heures il n'a rendu que 120 grammes d'urine. C'est ainsi qu'il s'est empoisonné lui-même par les matériaux urinaires non éliminés. Du reste, nous avons trouvé l'uretère du côté droit déjà dilaté, le rein droit fortement congestionné ; enfin les urines albumineuses, ce qui est une rareté chez un sujet atteint d'accidents urineux. Mais ici il se pourrait que la blennorragie, propagée au rein par la vessie, ait déterminé cette albuminurie. Quoi qu'il en soit, il est certain que le traumatisme produit par un premier cathétérisme a joué un certain rôle.

En résumé, dans le cas de prostatite, vous avez un motif sérieux de modifier votre manière d'intervenir pour vider la vessie, et si vous avez quelque raison de craindre l'emploi

d'une sonde, vous êtes parfaitement autorisé à pratiquer la ponction capillaire de la vessie qui n'offre aucun danger.

MÉTALLOTHÉRAPIE.

Ovarie et hyperesthésie mammaire féroces, datant la première de quinze années et la deuxième de huit; disparition immédiate par une application d'argent. — Un mot sur une malade hypnotique et sur l'aboyeuse de Nevers.

Par les docteurs V. Burq et Moricourt.

Le 21 janvier 1884, un ancien interne des hôpitaux, M. le docteur Pioger, de Bois-Colombes, nous adressait Mlle B..., âgée de vingt ans, atteinte d'hystéro-épilepsie. L'histoire de cette malade, qui offre un grand intérêt, sera publiée plus tard. En attendant, il nous a paru utile, au point de vue pratique, d'en faire connaître un récent épisode. On y trouvera un digne pendant à la fameuse observation de *Guérison instantanée d'une violente migraine par une casserole de cuivre,* publiée, en 1865, par le docteur Defraigne dans la *Gazette des hôpitaux*, et qui fut l'occasion d'une si grande débauche de crayon comme de plume, sous le titre de *Casserolomanie*.

Épileptique depuis sa première enfance, Mlle B... n'a cessé, en outre, d'être en proie à une ovarie gauche sur laquelle est venue se greffer, il y a huit ans, une hyperalgésie de la région mammaire du même côté qui eut pour cause occasionnelle un coup de coude. L'une et l'autre sont d'une acuité rare; le moindre attouchement sur ces régions détermine une douleur aiguë et la simple menace d'un contact quelconque provoque une vive anxiété.

La douleur, limitée du côté de l'ovaire à une étendue grande à peu près comme la paume de la main, occupe toute la région mammaire et s'étend jusqu'à l'épaule. Par contre, excepté dans les régions sus-indiquées et à la partie externe de la jambe gauche, Mlle B... est absolument anesthésique. Les sens spéciaux sont aussi atteints, mais pas au même degré. Les forces musculaires sont en baisse : Pr. dr. = 28 kilogrammes., g. = 20 kilogrammes, et, en somme, le tout obéit à cette loi, constante dans l'hystérie, de l'équilibration des troubles *hyponerviques* d'une part et *hypernerviques* de l'autre, que les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* connaissent bien.

Le bromure, administré à haute dose (jusqu'à huit grammes) par M. Debove, avec une persévérance rare, et tout ce que l'on a pu tenter contre la double affection de Mlle B... ont absolument échoué. L'électricité statique, à laquelle la malade a été soumise pendant un mois, à raison de une à deux heures par séance n'a jamais eu d'autre effet que de provoquer des crises. C'est à peine même si les plus fortes étincelles parvenaient à ramener la sensibilité pour un moment et sur un point très limité. Les bains de tilleul, prescrits par M. le docteur Pioger, ont seuls éloigné les crises épileptiques ; mais l'amélioration n'a été que passagère et n'a jamais porté sur l'hyperalgésie, qui est toujours restée la même.

Mlle B... fut soumise à un examen métalloscopique en règle qui eût pour résultat de démontrer qu'elle était sensible à l'*argent*, en première ligne et à l'*aluminium*, en seconde ligne. En conséquence, nous nous arrêtâmes au traitement par l'argent intus et extra. Mais, avant de lui délivrer une ordonnance en ce sens, voici l'expérience décisive que nous fîmes.

30 *janvier*. — Après avoir fait revenir la sensibilité à droite à l'aide de l'aluminium placé sur l'avant-bras, nous invitons Mlle B... à s'appliquer elle-même une armature d'argent au-dessus du sein gauche. Ce que nous lui demandons lui paraît si exorbitant que ce n'est que d'une main tremblante et après bien des hésitations qu'elle se décide à obéir. Cependant, au bout de quelques instants, ses craintes se calment et elle paraît toute étonnée de pouvoir supporter le contact de la plaque métallique. Nous lui disons de presser un peu dessus, et son étonnement, aussi bien que celui de sa mère, redouble; car la pression ne produit plus qu'une très légère douleur. Encore quelques minutes et celle-ci a complètement disparu. Mais elle persiste au-dessous du sein à un certain degré et reste tout aussi vive du côté de l'ovaire. Alors nous faisons reporter par la mère la plaque d'argent sur le ventre et nous appliquons nous-mêmes au-dessous du sein un cylindre du même métal.

Tout se passe comme devant : l'hyperalgésie s'éteint partout progressivement et moins d'un quart d'heure après nous pouvions pétrir tout le côté gauche sans donner lieu à la moindre plainte. Nous gardons la malade environ une heure, la palpant de temps en temps avec force, pour nous assurer de la persistance de l'effet obtenu; après quoi elle nous quitte pleine de joie, mais nous laissant, nous, quelque peu perplexes sur la durée des effets obtenus.

Le 3 *mars*, le docteur Pioger nous renvoyait Mlle B...; et voici ce qu'elle nous apprenait :

Les applications d'argent, prescrites le 30, n'avaient pu être faites qu'à partir du 5 février. Cependant ni l'ovarie ni l'hyperalgésie mammaire n'avaient reparu. Le 10, seulement, retour de l'hyperesthésie, mais en d'autres points. Les applications d'argent en ont encore raison, quoique un peu plus lentement, au bout d'une semaine environ.

Le 17 *mars*, Mlle B... nous revient, la taille emprisonnée sous un corset et nous déclare qu'elle n'a plus souffert ni du sein ni du ventre. De plus, elle accuse du côté des accidents épileptiques, une certaine diminution, ce qui semble donner raison à ceux qui crurent avoir trouvé dans les sels d'argent un remède contre l'épilepsie. Mais, à vrai dire, pour nous qui tant de fois avons été déçus dans le traitement de cette affection, si rebelle, par l'argent aussi bien que par le cuivre, le zinc et l'étain, nous ne pouvons voir dans cette amélioration, passagère sans doute, qu'une coïncidence et nous exprimons ce sentiment à qui de droit.

Il y a lieu de citer, à l'occasion de cette observation si topique pour ceux qui nient encore la puissance de la métallothérapie, un cas observé par l'un de nous qui fait actuellement campagne à l'hôpital Cochin dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, campagne qui promet d'être non moins fructueuse que celle qu'il fit, pour la première fois, dans le même hôpital, il y a quelques trente-cinq années, au sujet surtout de certaines études sur la force neurique, dont il sera bientôt question.

Il s'agit d'une mère de famille, âgée de quarante et un ans, couchée au n° 14 de la salle Blache, depuis le 19 février. Cette malade, hypnotisable au plus haut degré, a été reconnue, dès le lendemain de son entrée, sensible à l'or et au cuivre; mais au premier métal surtout. Elle fut soumise à un traitement par l'or intus et le cuivre extra, mais au lieu de lui donner le chlorure d'or et de sodium suivant la méthode habituelle, on le lui administra d'abord exclusivement en injections sous-cutanées. Celles-ci lui ont toujours été si profitables que la malade s'en est montrée aussi avide que les morphiomanes des injections de morphine. Aujourd'hui, 10 *avril*, elle en a bien reçu une soixantaine de 1/2 à 3/4 de seringue de Pravaz chaque, faites avec une solution au centième, et il n'y a pas eu le moindre accident.

La sensibilité générale, qui était complètement éteinte, a reparu; les sens ont recouvré leur acuité. Les yeux, en particulier, frappés d'hypermétropie depuis l'âge de quinze ans, peuvent voir sans lunettes (la malade faisait usage de verres n° 9), les forces commencent à revenir, la paraplégie qui existait au début tend à décroître; les douleurs intolérables dans la région lombaire, qui empêchaient la malade de s'asseoir, même sur son lit, et qui avaient fait croire à l'existence d'une lésion médullaire et fait adopter un traitement par les révulsifs énergiques, pointes de feu, etc., sont considérablement diminuées. Le météorisme qui s'est montré souvent extrême, a, chaque fois, été atténué par une injection de chlorure d'or sur le ventre. La malade a trouvé, la nuit, un sommeil relatif qu'elle ne connaissait plus, l'appétit est un peu

revenu, etc., si bien que, ces jours derniers, elle parlait déjà de quitter l'hôpital.

Récemment, le 22 mars 1884, le docteur Rigobert (de Saacy) nous faisait savoir que la métallothérapie lui avait procuré « deux succès dans deux cas d'angine de poitrine hystérique ». Mais une nouvelle qui nous a particulièrement réjouis, ç'a été d'apprendre que chez l'aboyeuse dont M. le professeur Bouley a entretenu l'Académie des sciences, l'an dernier, la guérison ne s'était pas démentie et que l'aluminium, intus et extra, plus en bains (300 grammes d'alun pour une baignoire de contenance ordinaire), faisait toujours la bonne besogne que n'avaient pu faire ni l'hydrothérapie, ni l'électricité statique, ni tout le reste.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mai 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur François de Compa accompagnant l'envoi de la description d'un monstre exencéphalien-colosomien :

2° Une lettre de M. le docteur Charpentier qui demande à être inscrit au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements ;

3° Des lettres de MM. Luc Bellos et A. Broca-Soncellier accompagnant l'envoi de plis cachetés ;

4° Deux lettres de M. Grellet, de Menat (Puy-de-Dôme), et de M. le docteur Gelly (de Bar-le-Duc), qui remercient l'Académie pour les récompenses qui leur ont été décernées.

5° M. le docteur Netter (de Nancy) adresse, pour le prix Barbier, un mémoire intitulé : *Rôle pathologique de l'altération épithéliale de la muqueuse intestinale dans le choléra.*

6° M. le docteur Guinaud (de Rive-de-Gier) adresse, pour le prix Vernois, un travail intitulé : *De la syphilis des verriers.*

7° M. le docteur Béchamp (de Lille) adresse un mémoire intitulé : *Nouvelles recherches sur les albumines au point de vue physiologique et pathologique*, pour le concours du prix Buignet.

8° M. le secrétaire perpétuel présente, de la part de M. le docteur Pietra Santa, un mémoire manuscrit sur la trichine et la trichinose aux États-Unis et donne lecture de la dernière conclusion formulée en ces termes :

« En dernière analyse, au nom des faits scientifiques, au nom de l'économie politique, au nom d'un libre échange, donnant toutes garanties désirables à la santé publique, nous avons l'espoir et la conviction de voir triompher, à la Chambre des députés et dans les conseils du gouvernement, les sages principes qui ont triomphé, deux fois déjà, dans cette enceinte; et l'Académie de médecine pourra inscrire dans ses annales un service de plus rendu à la cause de l'hygiène publique, qui est aussi celle de l'humanité et la civilisation. »

Après le dépouillement de la correspondance, M. le président se lève et annonce en ces termes la mort de M. Wurtz :

« Il y a quelques jours, nous avions la douleur de voir mourir un des hommes qui ont le plus honoré la science française. Aujourd'hui, c'est la mort de son élève le plus chéri que j'ai la triste mission d'annoncer à l'Académie.

M. Wurtz, l'éminent chimiste qui n'avait ici que des amis, a succombé à une maladie que personne ne pouvait soupçonner, car son esprit n'avait rien perdu de sa vivacité et son corps avait conservé la vigueur de la jeunesse.

Il ne m'appartient pas de rappeler les travaux de M. Wurtz, je n'ai pas qualité pour cela. A quoi bon d'ailleurs? Notre illustre collègue avait une telle notoriété dans le monde entier que sa mort sera une cause de deuil pour tous ceux qui tiennent à la suprématie scientifique de la France.

M. Wurtz ayant présidé l'Académie, je propose de lever la séance en signe de deuil. »

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion des obsèques de M. le professeur Wurtz, la Faculté sera fermée demain jeudi. Il n'y aura ni cours, ni travaux pratiques, ni examens.

Ces obsèques auront lieu à midi et demi précis, au temple de la rue Chauchat. On se réunira à la maison mortuaire, 176, boulevard Saint-Germain, à onze heures et demie très précises, heure du départ pour le temple.

L'inhumation aura lieu au cimetière du Père-Lachaise.

— Aux noms que nous avons donnés dans notre dernier numéro des médecins élus membres du Conseil municipal de Paris, nous devons ajouter ceux de MM. les docteurs Georges Martin, Vaillant, et de M. Cattiaux, officier de santé.

— Le registre d'inscription des candidats au concours qui doit s'ouvrir le mercredi 21 mai 1884, pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, a été clos lundi soir. Les candidats inscrits sont au nombre de 59. Ce sont MM. les docteurs : Ballet, Barié, Barthélemy, Béclère, Benoît, Béringier, Bourceret, Bourcy, Brault, Brissaud, Brocq, Bruchet, Buzot, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, de Beurmann, Decaisne, Delpeuch, Derignac, Dreyfous, Eloy, Faisans, Faucher, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Legendre, Leloir, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Mathieu, Merklen, Muselier, Netter, Oulmont, Petit, Renault, Robert, Robin, Savoye, Siredey, Stackler, Talamon et Variot.

Le jury se composera, sauf modifications ultérieures, de MM. les docteurs Legroux, Labadie-Lagrave, Dreyfus, Debove, Constantin Paul, Audhoui, Guibout, Hayem et Tarnier.

— Par decret, en date du 3 mai, M. le docteur Daudé, membre du conseil général de la Lozère, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 9 mai, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de pharmacien de deuxième classe : MM. Guégen et Fontaine.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. Moutet, Pluchon et Monmoine.

— Par divers arrêtés ministériels en date du 7 mai :

1° Un concours s'ouvrira le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, à l'École de plein exercice de Nantes.

2° Un concours s'ouvrira le 10 décembre 1884, devant la Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École de plein exercice de Nantes.

3° Un concours s'ouvrira, le 10 décembre 1884, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, à l'École préparatoire de Caen.

4° Un concours s'ouvrira, le 1er décembre 1884, devant l'École supérieure de pharmacie de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie, à l'École préparatoire de Caen.

5° Un concours s'ouvrira, le 15 novembre 1884, devant la

Faculté de médecine de Paris, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à l'École préparatoire de Caen.

6° Un concours s'ouvrira, le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, à l'École de plein exercice de Marseille.

7° Un concours s'ouvrira, le 10 décembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École de plein exercice de Marseille.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant la date fixée pour l'ouverture de chaque concours.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Louis Sicard est nommé préparateur du cours de physiologie.

— M. le docteur Ch. Mauriac commencera, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques de syphiliographie, samedi prochain 17 mai 1884, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Chaque leçon sera précédée d'une revue des malades du service et suivie d'instructions pratiques sur le traitement des maladies vénériennes.

— M. le docteur Diday (de Lyon) fera samedi prochain, 17 mai, à dix heures du matin, à l'hôpital de la Charité, dans le grand amphithéâtre de M. le professeur Hardy, une leçon sur l'éradication de la syphilis.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16210.

9

Eau anti-hémorrhagique de TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies, ménorragies, etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées*, *les diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.
Ph^ie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

50

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE
Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.
Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50
Fl. pour un bain.. 1 fr.
Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique.**
Approuvé par l'Académie de médecine.
CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

99

Elixir et Vin de Coca,

de Joseph **BAIN,** pharmacien de 1re classe
Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses propriétés alimentaires, là où le quinquina est impuissant.
E. FOURNIER et Ce, 56, rue d'Anjou St-Honoré.

60

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.
Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boîte : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

44

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.
Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.
Paris, 4, avenue Victoria.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)
Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.
Paris, ph^ie Grez, 34, rue de la Bruyère.

36

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci contre, en rouge.

58

Sirop du docteur Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux
Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.
Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.
Huile phosphorée titrée pour frictions.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

39

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.
Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.
Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.
Dose : Un petit verre après les principaux repas.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

113

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN
C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.
Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.
Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharm^ies.

106

L'eau minérale de la

Source du Pavillon

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT
est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*
Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*
Saison du 20 mai au 15 septembre.
Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.
Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

81

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacée.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.
Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.
GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.
Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

51

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris*, 1878.
Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.
Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

65

Gemme saponinée Lagasse

ANTISEPTIQUE ÉNERGIQUE
le seul ayant une odeur agréable, *celle balsamique du pin maritime,* dont il contient tous les principes actifs.

PLAIES, ULCÈRES, FLUX FÉTIDES, LEUCORRHÉE, SUITES D'ACCOUCHEMENTS.

46

Pougues EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles. Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

51

Bas varices Dalpiaz Paris, 275. r. Saint-Honoré.

Envoi gratuit sur demande du prix courant *médical* et des indications nécessaires.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : cinq francs.
Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.
Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.
Prix de la boîte : deux francs.
Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.
Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR
Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.
Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.
Prix du flacon : quatre francs.
Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

94

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.
MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. Hertzog, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

58

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.
Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.
Dépôt dans toutes les pharmacies.

6

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.
La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.
Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

42

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Aphasie transitoire revenant par accès; migraine ophtalmique. — Traitement du vertige de Ménière par le sulfate de quinine à haute dose. — Conférences cliniques sur les lésions cutanées de la syphilis. — Académie des Sciences. — Société de Chirurgie. — Obsèques de M. Wurtz. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Aphasie transitoire revenant par accès, migraine ophtalmique.

Deux malades de la clinique externe de la Salpêtrière, présentant chacun une forme particulière d'aphasie, ont fait le sujet principal de la dernière conférence de M. le professeur Charcot.

Le premier offre un exemple remarquable d'aphasie transitoire, revenant par accès séparés par des intervalles plus ou moins réguliers pendant lesquels il a toute sa liberté de parole et peut exprimer sa pensée par les divers modes de langage.

Le second est un musicien, joueur de trombone, qui a momentanément perdu en quelques jours la faculté de jouer de son instrument, plus celle de copier les partitions de musique qu'habituellement il lit très couramment.

Avant d'exposer l'histoire de ces deux malades, M. Charcot, allant au-devant de l'observation qu'on pourrait lui faire sur ce rapprochement de deux cas aussi dissemblables en apparence, fait remarquer, au contraire, combien ce rapprochement est rationnel au double point de vue physiologique et pathologique, la musique, sa lecture comme son écriture et son exécution instrumentale étant un langage, au même titre que le langage parlé ou écrit, que le langage mimique, le langage mathématique sous ses diverses formes. Il ne faudra donc pas s'étonner si, pathologiquement, l'observation vient à nous montrer, à côté des divers modes d'aphasie relative au langage parlé ou écrit, des cas d'aphasie relative soit au langage mimique, soit au langage mathématique, soit au langage musical, et si le médecin peut se trouver en présence de cas de ce genre à traiter.

Cela dit, voici l'histoire du premier malade :

Ce premier malade est un homme de trente ans, employé de chemin de fer, marié, père de deux enfants. Comme antécédents héréditaires, il est issu d'un père ataxique et d'une mère très nerveuse. Comme antécédent pathologique, il a eu un accès unique de rhumatisme articulaire aigu. Il ne présente d'ailleurs aucun signe de diathèse arthritique, substratum habituel de l'affection dont il est atteint. Il n'a ni goutte, ni asthme, ni hémorroïdes, ni affection cutanée.

Son affection actuelle remonte à quinze ans. Depuis cette époque il est sujet à de fréquents accès de migraine, qui n'étaient d'abord que la migraine vulgaire; mais il y a dix ans ces accès ont pris un caractère beaucoup plus grave; il s'y est joint une obnubilation du champ de la vision de l'œil droit, en outre des douleurs frontales du même côté et des vomissements. Plus tard le malade a perçu, dans ce champ visuel obscur, l'existence d'un cercle lumineux dentelé, animé de vibrations, scotome scintillant. Enfin, plus tard encore, se sont manifestés deux ordres d'accidents nouveaux, consistant : 1° en une sensation d'engourdissement avec froid d'une partie du membre supérieur droit, main et avant-bras, de la joue, des lèvres et du menton du même côté; et 2° en un trouble survenu tout à coup dans tous les modes de réception ou de transmission, langage parlé, écriture. Ces crises ainsi compliquées duraient sept ou huit heures. Voici, d'après la description qu'en fait le malade lui-même, l'évolution complète d'une de ces crises :

Elle débute ordinairement à six heures du soir, par une hémiopie latérale droite, telle que tous les objets lui semblent coupés en deux; puis survient le scotome à bords dentelés brillants sur fond noir, qui va s'agrandissant, puis disparaît. Point de céphalée dans cette première période, qui dure une heure environ et se termine par des nausées.

La deuxième période s'annonce par une douleur de tête, au-dessus du sourcil gauche. C'est alors que se manifeste l'accès de troubles aphasiques, portant à la fois sur les divers éléments de la faculté du langage, aphasie proprement dite et agraphie. L'intelligence est conservée, les idées conservent leur clarté habituelle, affirme le malade; quand on lui parle, il entend; c'est un état de surdité verbale; il lui est impossible d'effectuer les mouvements de la langue et des lèvres nécessaires pour articuler les mots, bien qu'il n'y ait aucun muscle paralysé; il semble en avoir perdu la mémoire.

S'il prend un livre, la vision s'exerce d'une manière normale; il voit les caractères, les distingue, mais il ne peut les déchiffrer, les rattacher à une idée; il est donc atteint de cécité verbale. Enfin prend-il une plume, bien que n'ayant nullement les doigts paralysés, il ne peut tracer que des caractères informes, comme s'il ne devait plus écrire; il a donc aussi un certain degré d'agraphie.

L'état de ce malade, pendant cette période, est, comme on le voit, une aphasie complexe au premier chef : aphasie de réception, ne comprenant plus le langage parlé ou écrit;

aphasie de transmission, impossibilité de traduire sa pensée ni par l'articulation des mots ni par l'écriture.

Cette deuxième période a également une heure de durée, après laquelle tous les phénomènes aphasiques cessent.

C'est alors la troisième période qui arrive; elle consiste dans un engourdissement de la main, qui cesse en peu de temps à son tour pour faire place à une hémicrânie vive, pulsatile, à des nausées et des vomissements; puis le sommeil survient et tout est fini. Le lendemain matin, lorsque le malade se réveille, il ne lui reste plus que le souvenir de tout ce qu'il a éprouvé la veille et il reprend son travail habituel.

On aura déjà reconnu, à quelques-uns des traits principaux de ce tableau, l'affection à laquelle ils se rapportent, la forme spéciale de migraine que l'on a désignée sous le nom de migraine ophtalmique à cause des troubles visuels qui en sont les symptômes les plus saillants. Sans doute, la migraine ophtalmique ne présente pas toujours cet appareil complexe de symptômes qu'offre ce malade. Réduite à sa plus simple expression, elle consiste en une céphalée, avec hémiopie, vomissements, sans scotome; c'est la forme vulgaire. Par contre, il n'est pas rare qu'elle soit constituée par le scotome seul. Chez le malade qui nous occupe les premiers accès se sont montrés d'abord sous ce premier type vulgaire, puis ultérieurement ils se sont compliqués, d'abord de l'engourdissement, puis des troubles aphasiques. M. Charcot donne à cette forme complexe qui, sans être absolument exceptionnelle, est néanmoins très rare, le nom de migraine accompagnée, *comitata,* en souvenir du nom de *febres comitatæ* donné par Torti aux fièvres intermittentes compliquées.

Nous reviendrons, dans une autre occasion, sur le point de physiologie pathologique très intéressant que soulèvent les faits de ce genre et sur l'hypothèse ingénieuse à l'aide de laquelle, à défaut de renseignement nécroscopique, M. Charcot a cherché à expliquer ces faits d'aphasie transitoire. Pour le moment, bornons-nous à retenir le fait et terminons cette analyse par quelques courtes considérations relatives au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Toutes les fois, dit M. Charcot, que l'aphasie transitoire est liée à la migraine ophtalmique, elle constitue une maladie bénigne relativement, qui peut disparaître sans laisser de trace; aussi insiste-t-il pour que toutes les fois qu'on observera l'aphasie transitoire on cherche si elle ne se lie pas à la migraine ophtalmique. Il fait toutefois quelques réserves à ce pronostic bénin, réserves fondées sur ce fait que, dans quelques cas rares sans doute, mais qui pourraient se multiplier peut-être si l'on observait attentivement tous les symptômes de la migraine ophtalmique, à part le scotome qui est essentiellement transitoire, quelques-uns des autres symptômes peuvent s'établir à l'état permanent. De cet ordre sont l'engourdissement, l'analgésie, la parésie, l'hémiopie et enfin l'aphasie. Aussi M. Charcot a-t-il adopté pour principe dans sa pratique que, en présence d'une migraine ophtalmique simple, vulgaire, on peut s'abstenir de tout traitement actif, abandonner la maladie à elle-même et réserver la médication appropriée pour l'état constitutionnel, le plus souvent arthritique, dont elle dépend; mais que, lorsqu'on a affaire à un cas de migraine ophtalmique accompagnée, si surtout les phénomènes anomaux qui l'accompagnent sont intenses, s'ils se prolongent, il faut chercher à atténuer les accès par une médication directe et à les supprimer autant que possible.

Voici quel est le traitement que M. Charcot a institué à cet effet et qu'il a prescrit au malade en question, traitement le plus généralement usité aujourd'hui dans l'épilepsie, qui n'est pas sans quelques analogies avec la migraine ophtalmique : c'est le bromure de potassium, ou les bromures associés à dose suffisante, donné d'une façon continue et à doses graduellement croissantes pendant une période de plusieurs mois. Ainsi il le fait prendre, par exemple, pendant la première semaine du premier mois à la dose de 3 grammes par jour, pendant la seconde semaine à la dose de 4 grammes, pendant la troisième de 5 grammes, pendant la quatrième de 6 grammes. Puis, le deuxième mois, il fait reprendre successivement et par semaine aux doses de 5, de 6, de 7 et de 8 grammes. Tel est le traitement qui lui a réussi plusieurs fois pour enrayer les accès qui se présentent avec un caractère inquiétant. Sous l'influence de cette médication, les accès deviennent d'abord plus rares, puis ils s'atténuent et se simplifient. Telle est la marche de cette affection sous l'influence de la médication bromurée, qui n'exclut pas, bien entendu, l'administration des agents propres à modifier l'état diathésique.

L'histoire du deuxième malade, vu l'heure avancée, a été remise à la conférence prochaine.

Traitement du vertige de Ménière par le sulfate de quinine à haute dose.

M. Charcot, dans cette même séance, nous a présenté deux malades atteintes du vertige auditif, dit vertige de Ménière, qui ont été soumises l'une et l'autre au traitement qu'il a institué et dont nous avons déjà plusieurs fois entretenu nos lecteurs, le traitement par le sulfate de quinine à haute dose. A peine avons-nous besoin de rappeler quels sont les éléments cliniques principaux du vertige de Ménière, le vertige par accès d'un caractère particulier, annoncés par la sensation de bruits stridents, de sifflement intense dans les oreilles, suivie de la sensation de mouvements brusques de translation, de giration, de chute, de cabriole en avant ou en arrière, accusée en réalité par des soubresauts et la démarche habituellement titubante.

La première malade présentait ces deux séries de phénomènes à un degré très prononcé, au moment de son entrée dans le service en janvier dernier. Avant de la mettre en traitement, M. Charcot a annoncé qu'il espérait parvenir à la guérir. Elle est en traitement depuis le 22 janvier, il y a, par conséquent, environ trois mois et demi et elle est en voie de guérison. Les accès de vertige ont commencé par disparaître les premiers, il ne lui reste plus aujourd'hui que la titubation en marchant ou sorte de vertige cérébelleux qui est beaucoup plus persistant et beaucoup plus difficile à faire disparaître que le vertige cérébral. M. Charcot fait marcher cette malade dans l'enceinte en présence des auditeurs spectateurs et nous pouvons constater qu'elle a encore, en effet, une titubation assez marquée.

Voici le traitement auquel a été soumise cette malade :

Pendant une période de vingt jours, du 22 janvier au 11 février, elle a pris tous les jours 80 centigrammes de sulfate de quinine; puis on a suspendu l'usage du médicament pendant dix jours. Une deuxième période de vingt-sept jours, du 21 février au 19 mars, à la même dose, a été suivie d'une suspension de huit jours. Troisième période de vingt-deux jours, du 28 mars au 20 avril, repos de neuf jours. Enfin quatrième période, du 29 avril au 8 mai. Elle est ac-

tuellement au repos. Le traitement sera continué encore.

La deuxième malade est complètement guérie. C'est cette même femme dont nous avons entretenu déjà plusieurs fois nos lecteurs dans plusieurs revues des années 1874, 1875 et dans notre compte-rendu clinique du 18 janvier 1881, qui a été l'un des premiers sujets de l'étude sérieuse que M. Charcot a faite de cette affection et le premier chez lequel il ait appliqué, à la Salpêtrière, sa méthode de traitement par le sulfate de quinine. Cette femme, qui, avant le traitement, était restée sept ou huit ans couchée, dans l'impossibilité absolue de quitter son lit, et qui, à la date du 15 décembre 1875, époque où nous en avons parlé pour la dernière fois, était déjà dans un état de très grande amélioration, n'ayant plus ni ses vertiges habituels, ni ses exacerbations, ni ses mouvements désordonnés, ni ses sensations de chute et qui ne gardait plus le lit, mais marchait encore péniblement, avec hésitation, en titubant, comme une personne ivre ou ayant été privée de l'usage de ses jambes pendant de longues années, — ce qui était précisément le cas ici; — cette femme, disons-nous, nous a été de nouveau présentée aujourd'hui complètement guérie, marchant sans hésitation d'un pas assuré. Sa santé est aujourd'hui parfaite, elle se promène une partie de la journée dans les vastes cours de la Salpêtrière et ne se plaint plus de rien depuis déjà longtemps. Tout fait espérer qu'elle est dès à présent à l'abri de toute rechute.

Conférences cliniques sur les lésions cutanées de la syphilis.

Ainsi que nous l'avons annoncé, M. le docteur E. Guibout a repris ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis. Sa première conférence a été une vue d'ensemble sur les principaux caractères, sur les traits les plus saillants des lésions cutanées de la syphilis; il en a fait comme un tableau synoptique, une sorte de panorama général, où l'on a vu tout ce qui appartient à la syphilis se détacher d'une manière à la fois simple et tranchée.

Dans la deuxième conférence, il a décrit les accidents primitifs et les accidents secondaires précoces, insistant sur les dangers de méconnaître la syphilis, de ne pas la voir où elle est, et sur les dangers non moins grands pour le malade et pour le médecin de la voir là où elle n'est pas.

Dans la troisième conférence, M. Guibout s'est attaché à décrire toutes les diverses lésions qui caractérisent la période tardive de la phase secondaire de la syphilis; il l'a montrée comme étant la diathèse nomade protéique et insidieuse qu'il faut connaître à fond pour ne pas tomber, en ce qui la concerne, dans des erreurs toujours graves à tous les points de vue.

La prochaine conférence doit avoir pour objet la description des accidents cutanés tertiaires, et les suivantes seront consacrées aux diathèses scrofuleuse, herpétique et cancéreuse étudiées dans leurs manifestations cutanées.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 5 mai 1884. — Présidence de M. Blanchard.

RAPPORTS

Prix Chaussier (1). — M. Legrand du Saulle a adressé à l'Académie des Sciences, pour le prix Chaussier, les quatre ouvrages qu'il a publiés dans ces dernières années sur la *Médecine légale* : 1° une *Étude médico-légale sur les épileptiques*; 2° une *Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie;* 3° une *Étude médico-légale sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire*; 4° une *Étude sur les hystériques* (*état physique et état mental; actes insolites, délictueux et criminels*).

Dans ces différents ouvrages, M. Legrand du Saulle s'est proposé le même but. Il a voulu réunir toutes les données médicales propres à éclairer les magistrats et les avocats sur les limites véritables soit de la responsabilité, soit de la capacité civile, dans les circonstances où des problèmes de ce genre sont posés; il a voulu aussi faire connaître aux médecins les questions de droit que soulèvent ces problèmes afin de les mettre en mesure d'y répondre avec toute la clarté possible.

C'est ainsi que, dans son ouvrage sur les *Épileptiques*, l'auteur étudie ces malades à tous les points de vue : caractère, mœurs, habitudes, perversions affectives, troubles de la mémoire, impulsions subites, délire transitoire, hallucination des sens, fureurs, délits et actes criminels. Il montre, par un grand nombre d'observations, les erreurs qui ont pu être commises par la justice, lorsque la pathologie mentale de l'épilepsie n'était pas suffisamment connue, et il fait voir quels services peut rendre le médecin en éclairant les tribunaux sur l'irresponsabilité des épileptiques dans certains cas déterminés.

De même, dans son *Étude médico-légale sur les testaments contestés pour cause de folie*, M. Legrand du Saulle se livre à un examen approfondi de tous les états morbides qui peuvent être mis en cause dans ces contestations. Il passe successivement en revue l'affaiblissement intellectuel produit par la sénilité, les troubles mentaux provoqués par diverses maladies, ceux de l'aphasie, de la manie, de la monomanie, de la mélancolie, de la paralysie générale, de la démence, etc.; il met en relief, à l'aide de faits nombreux, les difficultés que rencontrent trop souvent les médecins lorsqu'ils ont à faire des expertises médico-légales de cette sorte et il leur indique la voie qu'ils doivent suivre pour surmonter ces difficultés.

Les deux autres ouvrages de M. Legrand du Saulle sont conçus dans le même esprit.

En résumé, les quatre volumes que M. Legrand du Saulle présente au concours pour le prix Chaussier offrent tous une incontestable importance. Sans se laisser entraîner à des discussions psychologiques qui l'auraient attardé sans grand profit, l'auteur va droit à son but, en prenant surtout la clinique pour guide. Des collections de faits judicieusement choisis, savamment commentés, portent la lumière sur tous les points de la route. Il est conduit ainsi à des conclusions d'une grande valeur. Aussi les ouvrages dont il s'agit font-ils autorité non seulement en France, mais encore à l'étranger : ils sont partout et constamment cités dans les débats judiciaires qui portent sur les sujets traités par l'auteur.

La Commission décerne le prix Chaussier, de la valeur de *dix mille francs*, à M. Legrand du Saulle.

M. A. Layet a adressé à l'Académie, pour le même concours, un ouvrage intitulé : *Hygiène et maladies des paysans*.

Bien que l'auteur, dans un chapitre de son livre, donne un aperçu de la pathologie rurale, on peut dire que la plus grande partie de ses recherches a été consacrée à l'étude de l'hygiène des paysans. Il examine, à ce point de vue, le sol des campagnes, les habitations rurales, le régime alimentaire des campagnards, leurs boissons, leurs vêtements, leurs travaux, l'influence de leur état intellectuel et moral sur leur santé. Il signale ensuite les causes de la dépopulation des campagnes. Ce qui augmente l'intérêt de ce livre, c'est que l'auteur a fait porter ses études non seulement sur l'hygiène des paysans français en général, mais encore sur les conditions hygiéniques spéciales à telle ou telle région de la France et même sur celle des différents pays de l'Europe.

D'ailleurs, à propos de chaque point dont il traite, M. Layet prend soin d'indiquer les modifications qui pourraient améliorer le sort des populations rurales. Il a su donner ainsi à ses recher-

(1) Commissaires : MM. Gosselin, Bert, Richet, Marey; Vulpian, rapporteur.

ches le caractère d'utilité pratique qu'on s'attend à trouver dans un livre d'hygiène.

La Commission accorde une mention honorable à M. Layet.

M. A. Luton a présenté aussi pour ce concours un ouvrage intitulé : *Études de thérapeutique générale et spéciale avec applications aux maladies les plus usuelles.*

M. Luton expose dans ce livre les résultats d'une carrière médicale déjà longue, consacrée d'une façon presque exclusive à des recherches de thérapeutique. La première partie de l'ouvrage a pour objet la thérapeutique générale ; dans la seconde, l'auteur passe en revue un grand nombre de points de thérapeutique spéciale, et il s'applique à faire connaître les moyens curatifs qu'il a proposés ou perfectionnés pour le traitement de diverses maladies.

Parmi ces moyens, on peut citer les injections sous-cutanées ou interstitielles de nitrate d'argent dans les cas de névralgies rebelles, de teinture d'iode dans les goitres récents et non dégénérés, etc.; l'emploi du cyanure de zinc et du cyanure de potassium dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu et de la goutte ; l'administration des préparations de noyer dans le traitement de la tuberculisation granuleuse aiguë ; le phosphate de soude dans le traitement de la scrofule, etc. Les assertions de l'auteur et les preuves qu'il allègue à l'appui de ses idées thérapeutiques sont assurément contestables sur bien des points importants ; mais on doit reconnaître qu'il a fait, avec une grande sincérité, des efforts très louables pour ajouter de nouvelles ressources à celles dont la thérapeutique dispose.

La Commission accorde une mention honorable à M. Luton.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mai 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Corps étrangers du genou. — M. NEPVEU communique une note adressée par M. Joanidès (de Constantinople) à M. Verneuil et accompagnant l'envoi d'une pièce constituée, selon M. Joanidès, par un lipome arborescent du genou. Il s'agit d'un forgeron, âgé de trente-sept ans, robuste, qui depuis trois ans portait une tumeur à la face externe du genou. M. Joanidès enlève cette tumeur et la trouve constituée par une trentaine de corps étrangers, tous fixés sur un tronc commun adhérent à la synoviale. La consistance de cette tumeur, variable à la périphérie, est franchement graisseuse au centre, ce qui fit porter le diagnostic de lipome arborescent. Au microscope, on constate, de la périphérie au centre, des couches amorphes, des cellules cartilagineuses intactes, puis des cellules cartilagineuses en voie de dégénérescence granulo-graisseuse. Au centre, cette dégénérescence est complète et l'on ne voit plus que de la graisse. Ce n'est donc pas d'un lipome arborescent qu'il s'agit ici, mais bien de corps étrangers ordinaires en voie de dégénérescence.

M. TRÉLAT a souvent examiné des corps hordéiformes des synoviales et les a souvent trouvés uniquement constitués par des couches amorphes concentriques. De là cette hypothèse qu'ils sont constitués par des produits de sécrétion roulés dans la synoviale. M. Trélat n'est donc pas surpris que l'on ait trouvé ces couches amorphes à la périphérie des corps étrangers du genou primitivement cartilagineux.

Hernie inguinale, congénitale. — M. KIRMISSON communique trois cas de hernie inguinale congénitale. (Comm. : MM. Bouilly, Monod et Berger.)

Traitement chirurgical des accidents consécutifs aux fractures de l'extrémité inférieure du radius. — M. BOUILLY lit un travail sur ce sujet. Dans trois cas, il a dû intervenir ; dans le premier cas, il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans atteint d'une fracture simple de l'extrémité inférieure du radius, et qui fut traitée par l'appareil plâtré ordinaire. Après le traitement, on constate une déformation en dos de fourchette. De plus, la pression du nerf médian tendu comme une corde de violon sur un chevalet détermine une douleur très intense et des troubles trophiques sur les parties innervées par ce nerf. M. Bouilly fit d'abord une tentative de redressement manuel, mais sans succès ; il se décida alors à dégager le nerf médian par une opération plus active ; il arriva facilement sur le point de la compression déterminée par un chevauchement de la partie supérieure sur la partie inférieure ; il fit écarter les tendons, dégagea l'os à l'aide du maille et de la gouge, puis il redressa. Emploi rigoureux de la méthode antiseptique, guérison.

Il y a un mois environ, M. Bouilly vit à Beaujon un fait analogue qu'il opéra selon le même procédé. Dans un autre cas, il chercha à corriger la déformation et l'impotence fonctionnelle qui en est la conséquence : appareil Collin, pression de 120 kilogrammes, rupture du cal par un choc brusque. M. Bouilly n'était pas sans inquiétude au sujet du nerf médian et des gaines ; en effet, il survint de la synovite avec des douleurs très vives, mais bientôt tout disparut. La fracture est bien redressée, mais le bras est impotent.

Dans un autre cas, il s'agit d'une petite fille de neuf ans, qui ne fut amenée que huit semaines après l'accident, avec une difformité très choquante. Le cal, très solide, ne permet pas le redressement. M. Bouilly pratique l'ostéotomie avec le bistouri et l'ostéotome ordinaire. Quinze jours après l'opération, le résultat était aussi satisfaisant que possible.

M. Bouilly fait suivre ces observations de quelques considérations générales sur les suites des fractures du radius, en particulier sur la déformation de la région, sur la gêne des mouvements et la paralysie du médian. Il réunit les cas de ce genre signalés dans la science et termine son travail par les conclusions suivantes :

L'ostéotomie linéaire paraît devoir être surtout la méthode de choix.

L'ostéoclasie est peu indiquée à cause de la brièveté du bras de levier et de la compression possible des gaines et du nerf médian.

M. Bouilly a fait la rugination de la région dans deux cas et en a obtenu de bons effets ; mais il conseille d'attaquer l'os par la face dorsale (ostéotomie linéaire) avant d'en venir à la rugination.

Il faut intervenir de bonne heure, comme l'a indiqué M. Trélat.

M. VERNEUIL considère l'ostéoclasie comme une mauvaise opération pour la partie inférieure des os de l'avant-bras. Il désirerait que M. Duplay fût invité à communiquer à la Société l'observation d'une jeune fille du grand monde, dont le radius, beaucoup plus développé que le cubitus, constituait une difformité très choquante. MM. Gosselin, Verneuil et Duplay, s'étant trouvés en consultation, proposèrent l'ostéotomie. Cette opération fut pratiquée par M. Duplay et donna les meilleurs résultats. Avec les pansements antiseptiques, l'ostéotomie est une opération des plus simples.

Toutefois, quand il ne s'est pas écoulé un mois, on peut essayer, avec chances de succès, l'ostéoclasie manuelle avant de recourir à l'ostéotomie.

M. TRÉLAT, en dehors des grandes résections pour des cals vicieux comprimant le nerf médian, a fait trois fois de petites résections osseuses pour des cals vicieux gênants ; une fois pour une pointe du calcanéum, qui sous-tendait et gênait le tendon d'Achille, deux fois pour des pointes du tibia menaçant de perforer la peau. Dans tous ces cas, il a obtenu une prompte guérison.

M. Bouilly a rappelé l'importance que M. Trélat ajoute à la nécessité d'agir promptement.

M. Trélat cite, à cette occasion, un mémoire de M. Mondanet (de Lyon), élève de M. Ollier, qui exagère beaucoup l'importance de cette loi. Tandis que les chirurgiens parisiens attendent

la guérison complète de la fracture pour intervenir, les chirurgiens lyonnais agissent dès qu'ils reconnaissent les premiers symptômes de paralysie du nerf.

M. GILLETTE considère l'ostéoclasie comme une bonne opération pour les grands os, le fémur et l'humérus, mais comme mauvaise et contre-indiquée pour les segments moyens. L'ostéotomie lui paraît bien préférable pour ces cas. Enfin il est des cas où l'on peut, avec avantage, comme l'a fait M. Gillette, combiner l'ostéoclasie et l'ostéotomie. Il insiste sur la nécessité de fermer les plaies et d'immobiliser le membre après l'opération.

Désarticulation du genou. — M. DELORME présente un jeune soldat qui était atteint d'une tumeur blanche du genou, et chez lequel il a pratiqué la désarticulation. Le résultat obtenu est très satisfaisant.

La séance est levée.

LES OBSÈQUES DE M. WURTZ

Comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, c'est hier jeudi qu'ont eu lieu les obsèques de notre illustre et regretté maître M. le professeur Wurtz, au milieu d'une affluence des plus considérables de collègues, de confrères, de disciples et d'amis. Académiciens ou professeurs, médecins, hommes politiques, élèves des Facultés, élèves de son laboratoire, tous avaient tenu, en ces douloureuses circonstances, à accomplir un dernier devoir, rendre un dernier hommage au savant si justement aimé, dont chacun déplore vivement la mort prématurée.

Le gouvernement était représenté par le président du conseil et par plusieurs ministres, dont celui de l'instruction publique.

Presque tous les professeurs de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences assistaient en robe à la cérémonie funèbre. La jeunesse des écoles formait plusieurs groupes considérables, précédés d'immenses couronnes de fleurs. L'Alsace-Lorraine n'avait eu garde non plus d'oublier l'un de ses fils les plus illustres.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. le professeur Béclard, représentant la Faculté de médecine de Paris, M. Bouley l'Académie des sciences, M. Alphonse Guérin l'Académie de médecine, M. Léon Say le Sénat, M. le général Frébault le Conseil supérieur de la chancellerie de la Légion d'honneur, etc.

Le deuil était conduit par les fils du défunt, MM. Robert et Henry Wurtz.

Plusieurs discours ont été prononcés au cimetière du Père-Lachaise par M. Feray au nom du Sénat, M. Friedel au nom de l'Académie des sciences, M. Bouchardat au nom de la Faculté de médecine de Paris, M. A. Gautier au nom de l'Académie de médecine, M. Troost au nom de la Faculté des sciences, M. Bouquet de la Grye au nom de l'Association française pour l'avancement des sciences, et par M. Grimaud au nom des anciens élèves de M. Wurtz.

Nous donnons ici les deux principaux discours : celui de M. Bouchardat et celui de M. A. Gautier.

Discours de M. Bouchardat.

La mort frappe à coups redoublés sur notre École. Dans une année, nous avons successivement perdu Lasègue, Parrot, Depaul, Dumas, et c'est au plus vaillant d'entre nous qu'aujourd'hui nous venons rendre les derniers devoirs.

C'est à notre Faculté de médecine que l'ami que nous pleurons a commencé sa brillante carrière, a fait ses grandes découvertes, a formé tant d'éminents élèves, a fondé son école, et est arrivé à l'apogée de sa gloire.

Wurtz était préparateur de son illustre maître Dumas quand il débuta dans la science par sa grande découverte des ammoniaques et des urées composées qui eut une si grande influence sur les progrès de la chimie organique et qui nous donna la clef de la constitution des alcalis végétaux que nous prescrivons chaque jour.

Bientôt après, nommé professeur de chimie médicale, il ne quitta plus le laboratoire de la Faculté.

Toujours sur la brèche, il publia une suite de mémoires qui le placèrent au premier rang des chimistes de notre époque.

Je ne puis ici qu'énumérer les plus remarquables : son grand travail sur les glycols, fruit d'une généralisation capitale ; ses recherches sur les acides du phosphore, sur l'acide lactique, sur l'oxyde d'éthylène, ses synthèses nombreuses des carbures d'hydrogène, des iso-alcools, et enfin il y a quelques mois à peine qu'il communiquait à l'Académie des sciences son beau travail sur l'aldol.

Son activité ne se bornait pas aux travaux de recherches : professeur éminent, il réunissait dans son amphithéâtre un nombreux auditoire ; auteur, il entreprit et mena à bonnes fins plusieurs ouvrages de longue haleine ; son grand dictionnaire de chimie, sa chimie médicale, ses publications magistrales sur la théorie atomique témoignent du travail accompli par cette puissante nature.

Mais ce n'est pas là le plus beau côté de la vie de notre cher ami. Dans son laboratoire de l'École de médecine se sont donné rendez-vous, pendant près de quarante années, les jeunes chimistes de toutes les nations, de tous nos départements. (Les plus nombreux étaient toujours nos chers Alsaciens.)

Non seulement le maître leur servait de modèle comme manipulateur hors ligne, mais il leur inspirait des sujets d'études, les dirigeait, et, avec une générosité, une libéralité qu'on ne saurait trop admirer, qui lui ont gagné tant de cœurs, il oubliait complètement la part qu'il avait prise aux découvertes faites chez lui, il en laissait toute la gloire à ses chers élèves.

Pendant la longue et glorieuse période de son décanat, sa maison hospitalière était un centre où tous nos collègues aimaient à se trouver réunis ; depuis, entouré de sa nombreuse famille si éminemment sympathique, comme il avait de joie à recevoir, à encourager, à fêter cette pléiade de jeunes chimistes !

Aussi quel vide immense, ami, ta mort va faire ! Combien nous sommes tous navrés en t'adressant ce dernier adieu !

Discours de M. A. Gautier.

Après les solennels hommages qui viennent d'être déposés sur cette tombe, l'Académie de médecine veut que j'élève ici la voix et qu'en son nom je vienne saluer Wurtz pour la dernière fois. Simple disciple qu'il accueillit, distingua, et fit asseoir un jour à ses côtés, je me sens envahir d'une émotion poignante, lorsqu'en ces funérailles, je dois parler d'un tel maître et d'un tel ami !

Wurtz faisait partie de notre Académie depuis 1856. Il eut l'honneur d'être appelé à la présider en 1871, et durant cette sombre année, au milieu des désastres de la patrie, des discordes civiles et des dangers du second siège, remplissant sans faillir tous ses devoirs de président, Wurtz monta régulièrement au fauteuil et assura nos séances. Une seule manqua, celle du 23 mai 1871 : Paris était en feu.

Il était dans sa trente-neuvième année lorsque l'Académie l'élut au fauteuil de Magendie ; mais le jeune agrégé de la Faculté de médecine avait dès lors publié ses mémoires sur les composés du phosphore, les éthers cyaniques, les urées, et venait d'illustrer à jamais son nom par la découverte des premiers alcaloïdes artificiels.

Il y a déjà bien longtemps, alors que je travaillais auprès de

lui, il m'a conté qu'à cette époque de sa vie, c'était avant l'aube qu'il allait éveiller l'École pratique et montait à ce petit laboratoire étroit et sombre, aujourd'hui disparu, qu'il remplissait dès le matin de ses préoccupations scientifiques et souvent de ses chansons.

C'est là que vint le prendre l'Académie. Je sais que cette haute distinction fut pour lui une grande joie. C'était, en effet, la première académie française où il entrait, et le bonheur qu'il avait ressenti, deux ans auparavant, de sa nomination à la *Société royale de Londres*, avait été tempéré par la pensée que si grande que fut l'illustration de la célèbre Compagnie, ses premières palmes académiques lui venaient de l'étranger.

Contrairement à ce qu'on aurait cru devoir attendre de sa merveilleuse activité, Wurtz ne fit pas, il est vrai, à l'Académie de médecine des communications nombreuses ni de longs discours : il lui apportait surtout l'appui de sa haute position scientifique et de son autorité incontestée. S'il prenait la parole, c'était toujours sous la forme claire, élégante et sobre qui le caractérisait.

Il intervint ainsi dans les discussions qui eurent lieu, en 1870, sur le vinage, en 1874, sur les eaux de la ville de Paris, sur les phénomènes de la fermentation et de la vie des cellules, sur les produits d'oxydation de la cinchonine, etc... Dans ces discussions, toujours soutenues avec une bienveillance extrême, il apportait son absolue rectitude scientifique, sa conception rapide, sa faculté de saisir aussitôt le vrai et d'éclairer d'une lumière toute personnelle les diverses questions qu'il touchait.

C'était, du reste, moins par la parole que par les faits et les découvertes qu'il s'imposait à tous; et, pour ne parler ici que des recherches qui intéressent le plus la médecine, en 1869, il faisait la synthèse totale de la névrine, base complexe qui dérive de la destruction de la pulpe cérébrale, et quelques années après, il retirait de certains fruits un véritable ferment digestif entièrement analogue à la pepsine des animaux.

En même temps, semant autour de lui ses idées, tantôt les laissant développer par ceux à qui il les avait généreusement fournies, tantôt indiquant des méthodes nouvelles ou des solutions inattendues, tantôt collaborant avec ses collègues et leur ouvrant son laboratoire, Wurtz contribuait encore, sous cette forme plus discrète, à l'éclat de notre Académie. Tels de nous ont fait avec lui des analyses de chyle, de lymphe, des recherches sur les acides contenus dans les graisses de divers animaux, sur les transformations des corps gras par leur passage à travers les villosités intestinales, qu'ils publieront sans doute un jour.

Cette influence de Wurtz, moins brillante et moins directe que celle qui résultait de ses belles découvertes personnelles, n'est-elle pas bien digne aussi d'être signalée? Elle s'exerçait sous mille formes : durant le siège de Paris, le *Comité supérieur d'hygiène* s'assemblait tous les jours. Il fallait nourrir la ville, combattre les épidémies, diminuer les innombrables causes de mortalité qu'accumulait l'investissement. Chaque jour Wurtz se rendait à ce comité ; il y rencontrait H. Sainte-Claire Deville, Gubler, Behier, et bien d'autres, pour ne parler que de ceux qui ne sont plus. Puis, c'était à la *Commission des hôpitaux* civils et militaires, qu'il allait apporter le tribut de son infatigable énergie.

Wurtz n'a donc pas été seulement un savant de premier ordre, il fut encore un patriote et un homme de bien. Cette triple couronne qu'il mérita, nous la déposons aujourd'hui sur ce cercueil : le temps l'y conservera intacte et immortelle.

Et maintenant qu'il me soit permis d'emprunter à celui que nous pleurons tous ces paroles qu'il prononçait il y a un mois aujourd'hui même sur la tombe de l'illustre savant qu'il avait autrefois choisi pour son guide et son ami :

« Après une vie si glorieuse, que vous manquait-il, mon cher « maître ? Une belle mort. Elle vous a surpris au milieu des « vôtres dans la plénitude de vos facultés ; adieu ! et reposez en « paix ! »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 mai, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après les médecins et le pharmacien dont les noms suivent :

Au grade de médecin principal de première classe : (Choix.) M. Guillemin, en remplacement de M. Boulongue, retraité. — Est maintenu à l'hôpital de Nancy.

(Choix.) M. Sala, en remplacement de M. Leques, retraité. — Est maintenu dans les fonctions de médecin-chef de l'hôpital de Toulouse.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : (Choix.) M. Réech, en remplacement de M. de Courtois, retraité. — Est affecté à l'hospice mixte d'Amiens, comme médecin-chef.

(Choix.) M. Talon, en remplacement de M. Guillemin, promu. — Est maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger.

(Choix.) M. Morisson, en remplacement de M. Sala, promu. — Est désigné, comme médecin-chef, pour l'hospice mixte de Nantes.

Au grade de médecin-major de première classe : (Choix.) M. Lubanski, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Maratray, retraité. — Est maintenu à l'École du Val-de-Grâce.

M. Charier, en remplacement de M. Fristo, retraité. — Passe du 58e au 16e d'infanterie.

(Non-activité.) M. Lacassagne, médecin-major de première classe hors cadre, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, en remplacement de M. André, retraité. — Est affecté à l'hôpital militaire de la Charité, à Lyon.

(Choix.) M. Renaud, en remplacement de M. Réech, promu. — Est maintenu aux hôpitaux du corps d'occupation de Tunisie.

M. Anziani, en remplacement de M. Talon, promu. — Passe du 2e chasseurs à cheval au 114e d'infanterie.

(Choix.) M. Plaisant, en remplacement de M. Morisson, promu. — Passe du 135e au 19e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. Darde, en remplacement de M. Rumen, démissionnaire. — Est maintenu au service de la place de Paris (bataillon du 64e d'infanterie).

(Choix.) M. Baills, en remplacement de M. Phisalix. — Passe du régiment de sapeurs-pompiers au 21e d'infanterie.

M. Lévêque, en remplacement de M. Capdevielle. — Est maintenu au 2e d'infanterie.

M. Riff, en remplacement de M. Conor, décédé. — Est maintenu au 42e d'infanterie.

(Choix.) M. Larroque, en remplacement de M. Lubanski, promu. — Est maintenu au service de la place de Paris (bataillon du 47e d'infanterie).

M. Lasserre, en remplacement de M. Charier, promu. — Est maintenu aux ambulances du corps expéditionnaire du Tonkin.

M. Liron, en remplacement de M. Renaud, promu. — Passe du 19e d'artillerie au 55e d'infanterie.

M. Girard, en remplacement de M. Anziani, promu. — Passe du 3e régiment du génie au 84e d'infanterie.

M. Mackiewicz, en remplacement de M. Plaisant, promu. — Passe du 23e dragons au 93e d'infanterie.

Au grade de pharmacien-major de première classe : M. Figuier, pharmacien-major de première classe hors cadre, professeur à la Faculté mixte de Bordeaux. — Est désigné pour l'hôpital de Bordeaux (emploi vacant par organisation).

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Laure, agrégé, est délégué, à titre provisoire, dans les fonctions de chargé du cours de pathologie interne, en remplacement de M. Bondet, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Marseille.* — Sont institués, pour une période de deux ans, à partir du 1er avril 1884, chefs de clinique médicale : MM. les docteurs Bidou et Boy-Tessier, en remplace-

ment de MM. Astras et Maurel, dont le temps d'exercice est expiré.

Chef de clinique obstétricale, M. le docteur Benet, en remplacement de M. Mistral, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Stéphane Ragouey est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Grignon, démissionnaire.

— M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation le dimanche 18 mai 1884, dans la vallée de Bucq et de Jouy-en-Josas. Le départ de Paris aura lieu, par la gare Montparnasse, à onze heures cinq minutes du matin, pour la station de Versailles.

— M. le professeur Chatin fera sa prochaine herborisation le dimanche 18 mai 1884 dans la forêt de l'Isle-Adam. Le rendez-vous est à la gare du Nord, à neuf heures trois quarts, pour le train partant à dix heures un quart pour la station de Mériel-sur-Oise.

Le retour s'effectuera de l'Isle-Adam à quatre heures trois quarts.

— *Muséum.* — M. le professeur Daubrée commencera le cours de géologie le samedi 24 mai 1884, à quatre heures et quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie de géologie, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Le professeur traitera des faits fondamentaux de la géologie et particulièrement des conséquences de l'activité interne du globe, en ce qui concerne les gîtes métallifères et les phénomènes volcaniques. Il exposera aussi les traits généraux de la géologie de la France. En cas d'absence, le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, docteur ès sciences, à qui est confiée la direction des excursions géologiques, que des affiches spéciales annonceront successivement.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16216.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les accidents cérébraux dans le mal de Bright. État mental des albuminuriques. — Note pour servir à l'histoire de l'anesthésie rectale. — THÉRAPEUTIQUE. Médication martiale d'après les travaux scientifiques les plus récents. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les accidents cérébraux dans le mal de Bright (1).

ÉTAT MENTAL DES ALBUMINURIQUES.

III

3. *Type délirant.* — Tous les pathologistes s'accordent à considérer le *délire* comme un phénomène relativement rare au cours de l'urémie. Il n'est pas douteux, en effet, que ce symptôme ait une place un peu effacée à côté du coma et des convulsions; et sa description sera courte comparativement à celle que, dans les précédentes leçons, je vous ai tracée du délire chez les saturnins, ou du délire chez les diabétiques, par exemple.

Et cependant on me semble avoir quelque peu exagéré la rareté des phénomènes délirants chez les urémiques. Cela tient à plusieurs raisons : d'abord à ce qu'on a eu surtout en vue le délire à l'état d'isolement. Or il est incontestable que cette forme de trouble est le plus souvent combinée avec d'autres, avec les formes comateuse ou convulsive, et qu'elle ne constitue habituellement, à l'inverse de ces dernières, assez fréquemment isolées et indépendantes, que l'une des scènes d'un tableau morbide en général compliqué. D'autre part, il est certains troubles intellectuels observés principalement chez les vieillards, qui paraissent devoir être dûment rattachés au groupe des manifestations urémiques, et qu'on a négligé à tort de porter à l'actif de ces manifestations, par suite de l'ignorance où l'on était de leur véritable nature.

Lorsque le délire s'associe aux convulsions ou au coma, et c'est la règle, je viens de vous le dire, tantôt il les précède, tantôt il les suit ou alterne avec eux. Le plus souvent il est doux et tranquille; c'est une sorte « d'incohérence placide » (Lasègue). Dans ce cas, il est dominé par les autres éléments de l'état morbide au milieu desquels il constitue un simple épisode presque accessoire. Quelquefois il est bruyant, « frénétique » (Fournier), et revêt le caractère professionnel; exceptionnellement, il se présente avec les dehors du délire d'action. Le malade sort alors de son attaque convulsive ou de son apathie comateuse pour prononcer des phrases sans suite, pour pousser des cris ou pour gesticuler sans raison.

Mais il peut arriver, comme l'a dit Lasègue, que le délire résume à lui seul les accidents nerveux et se montre avec le caractère de la manie aiguë. Ce maître regretté a rapporté le cas d'un homme affecté d'une albuminurie subaiguë, qui se croyait en querelle avec ses enfants, voulait à toute force sortir pour se réconcilier ou pour aller à ses affaires. On fut obligé de recourir à l'emploi de la camisole. Ce délire dura trois jours et se répéta à plusieurs reprises, toujours sous une forme analogue.

On peut voir, dans un même accès ou dans une série d'accès délirants, éclater tour à tour des idées de persécution ou d'ambition mal ébauchées, se produire des menaces, s'accomplir des actes de violence.

M. Letulle a rapporté, il y a peu de temps, une observation à cet égard très intéressante, et dont j'extrairai quelques passages (1) :

« *Artérite chronique généralisée, hypertrophie du cœur; néphrite interstitielle; urémie.* — Dès l'entrée du malade à l'hôpital, on constate un certain trouble de l'intelligence. Ce malade s'exprime difficilement, les mots sont confus, souvent incompréhensibles, à la fin des phrases. Il dort mal, le sommeil est agité. Il reste souvent une nuit entière levé, étendu sur un fauteuil.

..... Le malade tombe dans un état de subdelirium remarquable. Il cause sans cesse à haute voix, mais ses phrases sont inintelligibles. Quelques mots bien formés éclatent au milieu d'un bruit incohérent, mais souvent rythmé par les mouvements respiratoires. Il répond de plus en plus mal aux questions qu'on lui pose. Par instants cependant, il semble récupérer sa lucidité d'esprit, mais c'est son délire qui se localise, pour ainsi dire. Il se plaint alors de quelqu'un ou de quelque chose, il prétend qu'on le poursuit de reproches, qu'on lui prodigue des injures. Le médecin n'a pas le droit de le retenir en prison. Il demande sa femme à grands cris. Il a besoin de régler ses affaires au plus vite, car il ne se fait aucune illusion sur son état; il est perdu;

(1) Fin. — Voir les numéros des 6 et 13 mai 1884.

(1) Letulle. *France médicale*, 5 novembre 1879.

il faut qu'il parte pour le Havre, où ses intérêts l'appellent.

Enfin, dans les quinze derniers jours de sa vie, la diarrhée s'établit persistante..., le délire s'est de plus en plus accentué ; par instants le malade devient violent ; il se lève avec force, arrache les planches qui bordent son lit, tout en proférant des menaces dont les termes sont incompréhensibles.

Le malade meurt dans cet état, un mois et demi après son entrée. Le délire urémique a duré au moins un mois, davantage même si l'on s'en rapporte aux renseignements fournis par sa femme. Car, depuis trois mois au moins, son caractère avait changé, il était devenu violent et déraisonnait souvent.

Il a eu l'idée bizarre, nullement expliquée, de changer son nom, de prendre celui de Lisfranc, à son entrée à l'hôpital, et de raconter qu'il était le petit-neveu du grand homme, qui lui aurait dit jadis « qu'il ne vivrait pas vieux ». En somme, dès son entrée, il offrait déjà quelques troubles encéphaliques peu accusés, mais manifestes ».

D'autres auteurs ont, aussi, au cours de l'urémie, observé, comme chez le malade qui précède, une sorte de délire des grandeurs (Hanot).

Je vous ai laissé entrevoir plus haut que les manifestations délirantes tenaient une assez grande place dans l'histoire de l'urémie sénile. Vous savez que, chez la plupart des vieillards, le rein est petit, granuleux, atrophié, atteint, en un mot, de néphrite interstitielle. Or, en dépit des lésions quelquefois très prononcées qui précèdent, les symptômes urémiques tels qu'on les rencontre chez l'adulte font habituellement défaut (Demange, Sadler, Ballet). En revanche, certains troubles intellectuels qui surviennent assez communément et souvent d'une façon inopinée dans la vieillesse, paraissent devoir être mis sur le compte de l'insuffisance de la dépuration rénale. Je fais allusion à certains accès de manie, avec délire d'action, auxquels sont prédisposés les vieillards et que nous avons fréquemment l'occasion d'observer dans cet hospice. On nous amène assez souvent dans les sections d'aliénées des pensionnaires de cette maison qui, après s'être couchées en apparence bien portantes, ou avoir présenté la veille un peu d'incohérence dans les idées, de céphalalgie, d'obtusion cérébrale, se sont levées la nuit, se sont mises à crier, à menacer, se sont livrées à des actes sans suite et sans raison, ont essayé de se coucher dans le lit de leur voisine, ou bien ont cherché à fuir de leur dortoir sans savoir où elles se dirigeaient. Eh bien ! il est très vraisemblable que la cause de bon nombre (sinon de toutes) de ces manifestations délirantes n'est autre que l'urémie. C'est ce qu'établissent les analyses du sang faites dans ces circonstances. M. Quinquaud (1) a notamment, dans un cas de cet ordre, constaté une accumulation énorme d'urée dans la circulation. Il y en avait en effet 14 centigrammes pour 100, au lieu de 16 milligrammes, chiffre physiologique approximatif. La malade dont il s'agit était une vieille femme de quatre-vingt-un ans, atteinte d'un cancer du rein.

Lasègue a judicieusement observé que si l'on veut apprécier à leur juste valeur les troubles délirants constatés chez les urémiques, il est nécessaire de scruter avec soin les habitudes antérieures des malades, et de rechercher les affections concomitantes à la lésion rénale. « On sait, dit ce médecin éminent, combien l'invasion de l'albuminurie est fréquente chez les ivrognes, et quelle influence l'abus de la boisson exerce sur les troubles de l'intelligence dans le cours des diverses maladies. En outre, la plupart des albuminuriques délirants sont atteints de désordres graves de la respiration et de la circulation, qui suffisent à provoquer la forme de délire qu'on constate. » Ces remarques ne devront point être perdues de vue quand on aura, chez un albuminurique, à porter le diagnostic pathogénique du délire.

4. *Type dyspnéique.* — Les troubles respiratoires qui caractérisent ce type doivent être décrits à côté des accidents comateux, convulsifs et délirants. Ils relèvent très vraisemblablement, en effet, je pourrais dire très certainement, d'une modification de l'innervation bulbo-médullaire produite par l'intoxication urémique. Ils ont été déjà indiqués par Bright, signalés depuis par Heatson, Christensen, Samuel Wilks ; ils ont aujourd'hui leur place dans toutes les descriptions classiques de l'urémie, et ont été particulièrement bien étudiés, dans ces dernières années, surtout au point de vue de leur pathogénie, par M. Cuffer (1).

Ces troubles, qui se combinent souvent avec les autres accidents urémiques, mais se montrent parfois à l'état d'isolement, revêtent des formes variées.

« D'une façon assez subite, dit M. Fournier, et sans que rien ait pu faire présager cette complication, le malade est pris de difficulté de respirer. Bientôt cette difficulté s'accroît et devient une véritable anxiété respiratoire ; quelquefois même cela va jusqu'à une orthopnée formidable. Le médecin appelé croit tout aussitôt à quelque lésion du poumon ou de la plèvre. Il examine le thorax et ne trouve rien. S'il ignore la nature du danger auquel est exposé le malade, cette intégrité des organes respiratoires le rassure. Cependant les phénomènes se continuent ; l'anxiété augmente encore, la respiration s'accélère de plus en plus... Du reste, pas de douleur, pas d'altération de l'intelligence ; tout consiste dans la dyspnée. »

Ce n'est là que l'un des modes de la dyspnée urémique. Aux phénomènes précédents s'ajoutent parfois une sorte de sifflement inspiratoire, avec raucité de la voix, sensation de suffocation, qui a pu donner le change et faire croire à une affection du larynx. Christensen a rapporté deux cas de ce genre dans lesquels on pratiqua la trachéotomie.

Enfin, assez souvent la respiration revêt le type dit de Cheyne-Stokes. Le malade fait une inspiration profonde et prolongée, suivie elle-même d'autres inspirations plus superficielles qui s'espacent beaucoup ; il y a ensuite une véritable pause respiratoire plus ou moins prolongée, après laquelle a lieu une nouvelle inspiration très ample, et la même série de phénomènes se succède ainsi avec une certaine régularité. Le type respiratoire de Cheyne-Stokes n'est pas spécial à l'urémie, mais il s'y rencontre plus fréquemment que dans toute autre affection.

5. *Type mixte.* — C'est à coup sûr celui qu'on a le plus fréquemment l'occasion d'observer. Les convulsions et le coma, le délire et la dyspnée elle-même se présentent rarement en effet, comme je vous l'ai dit, à l'état d'isolement. Tous ces symptômes se combinent au contraire des façons les plus variées, et le type mixte résulte précisément de la réunion ou plutôt de la succession de ces manifestations diverses.

(1) *Bullet. Soc. anat.*, p. 421 et suiv., 1882.

(1) Cuffer. — *De la respiration de Cheyne-Stokes dans l'urémie.* Th. de Paris, 1878.

C'est ainsi que souvent le coma alterne avec les convulsions. Le malade est pris d'obtusion intellectuelle, puis les facultés cérébrales s'anéantissent momentanément. Après quelques heures, le sujet revient partiellement à lui et c'est alors qu'éclate un accès de convulsions épileptiformes, qui sera lui-même suivi d'autres accès analogues ou d'une nouvelle attaque de coma. Le délire et la dyspnée restent peut-être plus fréquemment isolés que les autres manifestations. Mais ils peuvent, eux aussi, se combiner à ces dernières. Je n'insiste pas davantage sur ce type mixte qui, vous le comprenez, est susceptible de présenter les plus grandes variétés.

B. *Forme lente.* — Les accidents, dans la forme que je viens de décrire, procédaient, vous l'avez vu, par saccades et par bonds. En quelques heures ou en quelques jours au plus ils achevaient leur évolution, pour aboutir en fin de compte soit à la guérison (temporaire ou définitive), soit à la mort. Ceux dont il me reste à vous parler se comportent d'une tout autre façon : ici le début est insidieux, le développement des phénomènes lent et progressif, le pronostic presque constamment fatal.

Les premiers symptômes qui apparaissent consistent en des troubles intellectuels. L'intelligence devient moins vive, la mémoire s'affaiblit, la sensibilité s'émousse. Une sorte de torpeur physique et intellectuelle s'empare du malade. Celui-ci devient indifférent aux choses et aux personnes qui l'entourent; son caractère se transforme et il est bien vite plongé dans une apathie profonde, qu'on essaye vainement de dissiper.

Puis apparaît une manifestation d'une haute valeur diagnostique, c'est la *céphalalgie*. Tantôt générale, tantôt limitée au front, au vertex ou à l'occiput, cette douleur de tête affecte le caractère d'une lourdeur, d'un poids, d'une constriction. Elle est souvent fort intense. Bright parle d'un malade chez lequel elle était si prononcée que celui-ci ne pouvait ni reposer ni remuer la tête. Lorsqu'un pareil symptôme apparaît chez un albuminurique, c'est toujours, ne l'oubliez pas, l'indice d'un état grave.

En même temps que la céphalalgie ou après elle, se rencontrent divers troubles des sens. Du côté de l'œil, c'est de l'amblyopie, quelquefois de la diplopie, de l'hémiopie ou une véritable amaurose. On a aussi noté, dans certains cas, de l'héméralopie, de la presbytie, des mouches volantes, de l'achromatisme. Du côté de l'oreille on constate des bourdonnements, de la surdité.

Ajoutons à ces symptômes des crampes, des spasmes, qui sont inconstants, et nous aurons l'ensemble des troubles qui constituent ce que l'on peut appeler la première période ou le premier degré de l'urémie à marche lente.

Bientôt les troubles psychiques s'accentuent, la torpeur cérébrale devient plus marquée, l'obtusion intellectuelle plus complète. Le malade devient subcomateux et tombe ensuite dans un véritable coma, qui persiste souvent jusqu'au moment de la mort, et dont la terrifiante monotonie est rompue exceptionnellement par des mouvements convulsifs généraux ou partiels, ou par un délire calme et tranquille qu'accompagnent quelquefois des paroles incohérentes, prononcées à voix basse et comme *marmottées* du bout des lèvres.

La durée de ces accidents est fort variable. Toujours prolongée, elle peut atteindre plusieurs semaines, et la scène finale consiste soit dans l'aggravation progressive des symptômes qui constituent le tableau de l'urémie lente, soit dans l'apparition de quelques-unes des manifestations de l'urémie aiguë (accidents épileptiformes).

Telles sont les manifestations par lesquelles se traduit du côté du système nerveux l'intoxication urémique.

En me servant de cette expression : *intoxication urémique*, je préjuge dans une certaine mesure la pathogénie des accidents. Je ne dois pas vous laisser ignorer, en effet, que quelques pathologistes ont mis en doute l'origine toxique des symptômes que je viens de décrire. Ils les ont rattachés soit à l'anémie, soit à la congestion cérébrale, soit encore à des infiltrations hydropiques des méninges et du cerveau, analogues à celles que les affections des reins déterminent si souvent du côté des séreuses ou du tissu cellulaire sous-cutané. Que les troubles circulatoires, que l'œdème cérébral, jouent dans quelques cas un rôle dans la détermination ou l'aggravation des phénomènes dits urémiques, la chose est possible. Mais ce qui n'est pas moins certain, c'est qu'à eux seuls ces troubles et ces lésions sont parfaitement insuffisants à expliquer les complications nerveuses aussi bien que les complications pulmonaires ou gastro-intestinales du mal de Bright. La condition générale élémentaire, constante et nécessaire de ces complications, je vous l'ai dit, c'est l'insuffisance de la sécrétion urinaire et la toxhémie qui en résulte. Quelle est la nature de cette toxhémie? quel est l'agent anomalement retenu dans le sang dont la présence impressionne d'une façon si fâcheuse le système nerveux? C'est ce qu'à l'heure actuelle on ne saurait dire? Est-ce l'urée? est-ce le carbonate d'ammoniaque? Sont-ce les matières extractives? Voilà autant de questions que se sont posées les pathologistes et qui n'ont pas encore été résolues en dernier ressort.

Au reste, ce qu'il importe avant tout de retenir, c'est moins comment agit la cause productrice de l'urémie, que la nature et la réalité de cette cause. Or cette cause, je le répète, elle est toujours identique à elle-même : c'est l'impuissance pour le rein de rejeter au dehors les déchets de la nutrition.

Mais cette impuissance peut être elle-même le résultat d'altérations fort différentes qui y aboutiront par des voies diverses.

Dans la grande majorité des cas, il s'agira des altérations du mal de Bright, soit aigu, soit chronique, vous le savez. Par sa tendance à se diffuser, à envahir les éléments sécréteurs des deux reins dans leur totalité, la néphrite brightique est plus apte que toute autre lésion à mettre un obstacle passager ou permanent au fonctionnement de ces derniers organes. Aussi, neuf fois sur dix, l'urémie est-elle la résultante du mal de Bright.

Mais, sachez-le, toute altération, quelle qu'elle soit, qui aura pour résultat la destruction du tissu du rein, déterminera l'urémie au même titre que la néphrite. Voilà pourquoi les accidents que je vous ai décrits se peuvent observer dans le cas de tumeur du rein, de cancer, de tuberculose, de dégénérescence kystique, dans le cas d'hydronéphrose ou d'obstruction permanente des deux uretères par un double calcul ou un cancer de l'utérus.

Et la gravité de l'urémie dépend moins de la forme que revêtent les accidents que de la nature de la lésion rénale qui la détermine. Ceux-là même qui se présentent avec l'appareil le plus effrayant, l'épilepsie urémique, par exemple, peuvent se dissiper à bref délai et aboutir à la guérison, tandis qu'au contraire les plus insidieux et les plus bénins en apparence se terminent fréquemment par la mort. C'est que dans un cas on aura eu affaire à une lésion réparable,

qui se sera établie d'emblée, c'est vrai; qui aura, d'emblée ou du moins en quelques jours, amené l'impossibilité de la sécrétion urinaire et par suite le tableau dramatique de l'urémie aiguë, mais qui, grâce à sa tendance à rétrocéder, aura laissé assez vite la voie libre aux déchets de la nutrition, dont l'élimination aura recommencé à se faire dans les conditions habituelles. Tandis que dans le second cas, si les altérations du rein se sont développées plus lentement, si, par suite, s'est produite tout d'abord non pas l'impossibilité mais simplement la difficulté de la sécrétion de l'urine, ces altérations, — et leur conséquence, — une fois établies, sont irrémédiables, et la mort est la terminaison fatale, quoique souvent éloignée, des accidents urémiques développés dans de pareilles circonstances.

NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE L'ANESTHÉSIE RECTALE

Par R. DUBOIS.

On a repris, dans ces derniers temps, l'étude de la question, déjà soulevée autrefois, de l'anesthésie rectale.

L'agent anesthésique employé jusqu'à présent est l'éther. Ce liquide, bouillant à une température de 35 degrés environ, peut être facilement injecté dans la partie terminale du tube intestinal sous forme de vapeurs. Administrées de cette façon, ces vapeurs peuvent déterminer une anesthésie malheureusement incomplète chez l'homme et tout à fait insuffisante chez le chien, l'élimination par le poumon étant probablement aussi rapide que l'absorption par l'intestin.

En raison de cette activité insuffisante des vapeurs d'éther, il eût été très avantageux de pouvoir les remplacer par des vapeurs d'un liquide plus énergique, le chloroforme par exemple.

Mais on sait que ce liquide bout à une température voisine de 60 degrés et que des vapeurs engendrées dans de semblables conditions peuvent déterminer à l'intérieur de l'abdomen des accidents d'une gravité considérable. En outre ces vapeurs formées à une température de 60 degrés seraient rapidement condensées dans l'intestin, dont la température ne dépasse pas 38 à 39 degrés. Or on connaît l'action énergique que le chloroforme exerce sur les tissus en général, et principalement sur ceux qui, comme la muqueuse rectale, sont beaucoup plus riches en eau que l'épiderme, par exemple.

Il ne fallait donc pas songer à introduire (à l'état de vapeur) le chloroforme au moyen de l'ébullition. Il restait à savoir si l'air saturé de vapeurs de chloroforme à une température égale ou inférieure à celle du corps pourrait être absorbé par le rectum comme par le poumon.

C'est dans ce but que nous avons, sur l'invitation de M. le professeur Paul Bert, entrepris une série d'expériences dont voici le résumé :

Un courant d'air était chassé au moyen de la boule de caoutchouc d'un pulvérisateur dans un flacon contenant du chloroforme; l'air saturé de chloroforme dans ce flacon était conduit profondément dans le rectum au moyen d'une sonde à double courant affectant une disposition spéciale. On pouvait, en fermant ou en dimiuuant l'orifice extérieur de la sonde, modifier ou même empêcher la sortie de l'air chloroformé.

Grâce à cet appareil, on a pu faire passer dans la partie terminale du tube digestif une quantité considérable d'air saturé, sans qu'il nous ait été possible, à aucun moment, de saisir des indices de son excrétion par les voies respiratoires. Aucune modification de la sensibilité n'a été observée. Dans un cas, cependant, la quantité d'air injecté dans l'abdomen fut assez considérable pour déterminer un tympanisme très prononcé dont l'apparition fut suivie d'un vomissement brusque de matières alimentaires accompagnées d'air chloroformé.

Dans ces expériences, l'air était saturé à la température ordinaire. Dans les expériences qui suivirent celles-ci, on se servit d'air saturé à la température de 35 degrés; le résultat fut le même. C'est à peine si l'on put observer dans un cas quelques signes d'ivresse. Mais, dans tous les cas, malgré les précautions prises pour introduire sans efforts la sonde rectale, on a vu se produire un ténesme violent et persistant et, pendant l'injection de l'air chloroformé, les animaux poussaient des gémissements.

On doit donc penser, d'après ces expériences, que l'anesthésie rectale par les vapeurs de chloroforme est impossible, celle qui est produite par les vapeurs d'éther restant d'ailleurs insuffisante.

Ces expériences montrent, en outre, que l'absorption de l'air chloroformé par l'intestin est presque nulle. Ce résultat ne doit pas surprendre, car le tube digestif doit plutôt être considéré comme un appareil d'excrétion du chloroforme. Les malades qui ont subi l'anesthésie chloroformique par inhalation vomissent souvent, plusieurs heures après, des mucosités incolores ayant le goût sucré et l'odeur caractéristique du chloroforme. Une des malades du service de M. le docteur Péan nous disait dernièrement qu'elle avait vomi « son chloroforme » trois heures après l'opération.

On sait cependant que le chloroforme à l'état liquide est absorbé par les voies digestives; nous avons également cherché à utiliser cette condition. Dans le but de diminuer la rapidité de l'absorption et de la régulariser, et surtout pour éviter une action topique trop énergique, nous avons injecté dans le rectum un mélange d'huile et de chloroforme. Nous n'avons pu obtenir, même avec un mélange contenant 1/4 de son poids de chloroforme, autre chose qu'une ivresse prolongée. Ici encore l'absorption semblait être à peu près égale à l'élimination.

Les voies respiratoires restent donc le lieu d'élection pour l'introduction des vapeurs anesthésiques dans l'économie. Les progrès réalisés par l'application de la méthode des mélanges titrés de M. Paul Bert ont d'ailleurs fait disparaître complètement les inconvénients que présentait l'inhalation pulmonaire de mélanges variables et de composition indéterminée.

THÉRAPEUTIQUE

Médication martiale d'après les travaux scientifiques les plus récents.

Par le docteur A. BERTEAUX.

« Le fer, dit le professeur Hayem (1), est un des principes les plus importants de l'organisme et le seul métal dont la présence soit indispensable au maintien de la vie. Il existe dans toutes les parties de l'économie, mais nulle part il n'acquiert autant d'importance que dans le sang. »

Le sang d'un individu bien portant contient approximativement trois grammes de fer, et, lorsque celui-ci vient à diminuer, il y a dépérissement, l'appétit disparaît, les forces s'affaiblissent, le visage devient pâle, le sang perd sa belle couleur naturelle et toutes ses qualités.

Dans un grand nombre de maladies telles que l'anémie, la chlorose, les hémorragies, la débilité, etc., il arrive parfois que le sang a perdu la moitié de son fer et pour guérir ces maladies, il faut absolument restituer au sang le fer qui lui manque.

Le problème à résoudre était de trouver une préparation présentant le fer sous la forme qu'il doit revêtir pour pénétrer dans l'organisme sans fatiguer les voies digestives et sans rien enlever des qualités essentielles du suc gastrique (2).

Le docteur Rabuteau (3) a résolu le problème en préparant des

(1) G. Hayem, professeur à la Faculté de médecine de Paris. *Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang*. Paris, 1878. — *Leçons de thérapeutique*. Paris, 1880.

(2) Ch. Richet. *Du suc gastrique chez l'homme et les animaux*. Paris, 1878.

(3) A. Rabuteau. *Traité de thérapeutique et pharmacologie*. Paris, 1884.

dragées contenant le fer à l'état où il doit être amené par l'estomac avant de passer dans le système circulatoire.

Ces dragées contiennent chacune, très exactement, 25 milligrammes de sel ferreux ; elles doivent être prises à la dose de 2 à 3, matin et soir, aux repas.

Les ingénieux appareils imaginés par les professeurs Potain, Hayem et Malassez pour l'examen microscopique du sang (1), ont permis aux médecins d'étudier comparativement la valeur des divers ferrugineux.

Il résulte de ces études comparatives que le fer Rabuteau est le plus physiologique de tous les ferrugineux, puisqu'il présente le fer sous la forme la plus normale pour pénétrer dans le sang et y être complètement assimilé.

En outre, n'étant ni styptique ni caustique et ne possédant aucune action coagulante et constrictive sur la muqueuse gastro-intestinale, ce ferrugineux ne provoque ni la constipation ni la diarrhée ; comme il ne demande pour y être absorbé aucun travail digestif, il ne détermine jamais la pesanteur d'estomac ni les accidents gastralgiques et dyspeptiques inhérents aux autres préparations.

Les effets thérapeutiques sont rapides et énergiques : chez des femmes dont les règles avaient cessé depuis un grand nombre de mois, l'aménorrhée disparut; chez d'autres, atteintes d'un état chloro-anémique, persistant depuis longtemps et d'autant plus grave que les ferrugineux ordinaires n'étaient pas supportés, les dragées de fer Rabuteau prises à la dose de 4 par jour, ramenèrent en peu de temps les fonctions digestives à leur état normal. Il devait en être ainsi, puisque ce fer n'a pas besoin de l'intervention du suc gastrique pour être rendu assimilable; dans les chloro-anémies graves, où le suc gastrique est très pauvre en acide chlorhydrique, les effets sont remarquables.

En résumé, les études comparatives et les observations cliniques recueillies dans les hôpitaux de Paris ont démontré que la médication martiale par le fer Rabuteau est la plus rationnelle de la thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 17 mai 1884. — Présidence de M. Franck.

Excitabilité des régions occipitales et sphénoïdales de l'écorce cérébrale. — M. BROWN-SÉQUARD communique un certain nombre de faits tendant à démontrer l'existence de l'excitabilité motrice et de l'excitabilité inhibitoire dans les régions occipitales et sphénoïdales de l'écorce cérébrale. Ces faits, dit-il, et nombre d'autres, montrent clairement que la zone, considérée comme non motrice à la surface du cerveau, loin d'être inexcitable, est, au contraire, plus excitable que la zone dite motrice. Comme cette dernière, elle peut, dans certaines circonstances, produire des mouvements dans les membres du côté opposé, mais elle peut faire plus, c'est-à-dire produire de l'inhibition.

Action des liquides neutres sur la substance organisée. M. R. DUBOIS lit une note sur ce sujet. Il fait connaître les résultats des expériences qu'il a faites au laboratoire de physiologie de la Sorbonne pour étudier l'influence de l'imbibition sur la contractilité et la rigidité musculaires.

Magnétisme. — M. CHARLES RICHET présente, de la part de M. Ochorowitz, une note relative à des expériences ayant trait à l'action de l'aimant sur certains sujets. Il résulte des recherches de M. Ochorowitz que l'aimant impressionne environ 30 individus pour 100, que ces individus sont ceux qui sont hypnotisables à des degrés variables. Ils ne sont pas les plus nerveux ni hystériques; les hommes paraissent plus sensibles que les femmes. Il suffit d'appliquer l'aimant pendant deux minutes pour juger si l'individu peut ou non être impressionné. Dans le premier cas, on constate aussitôt de l'insensibilité, de la contracture, etc. Non seulement ce moyen bien simple, application d'un aimant en forme d'anneau autour d'un doigt, suffit pour juger si l'individu est ou non hypnotisable, mais il indique encore à quel degré il peut l'être.

M. BROWN-SÉQUARD fait observer que, dans des expériences antérieures à celles de M. Ochorowitz, il a été constaté que ce n'est pas la force, mais bien le volume de l'aimant qui exerce une action dans les cas dont il vient d'être question et qui rentre dans les phénomènes de la métallothérapie.

M. OCHOROWITZ admet que, dans ces cas, il s'exerce une action double, magnétique et métallique. Il ajoute qu'il y a beaucoup plus d'individus sensibles à l'aimant qu'il n'y en a de sensibles aux métaux. Les premiers sont dans la proportion de 30 pour 100, les seconds de 20 pour 100 seulement.

Les organismes de la septicémie. — M. MALASSEZ présente une note de M. Degagny relative à l'examen du sang d'individus ou d'animaux atteints de septicémie. Un charron se blesse en arrangeant la voiture d'un boucher; il présente aussitôt les symptômes les plus graves et on le croit atteint du charbon. Du sang de cet individu est envoyé à M. Degagny qui, après examen, déclare qu'il s'agit, non de charbon, mais de septicémie. Il y avait trouvé des organismes en 8 de chiffre. En effet, c'est à la septicémie que ce malade a succombé. Une femme de cinquante ans, qui avait lavé le linge de ce charron, fut prise à son tour de septicémie. L'examen de son sang révéla la présence des mêmes organismes en 8 de chiffre. On lui fit des injections sous-cutanées d'eau oxygénée et elle a survécu. M. Degagny a constaté la présence de ces mêmes organismes en 8 de chiffre chez des moutons atteints de septicémie. Il conclut en disant que les organismes de la septicémie existent dans le sang bien avant la mort.

De l'action du curare. — M. ONIMUS lit une note sur ce sujet. Dans les communications faites à la Société de biologie par MM. Judée et Dastres, dit-il, nos confrères ont oublié un fait important et qui doit dominer la discussion sur l'action du curare.

Nous avons déjà indiqué cet élément de discussion dans une communication à l'Académie de médecine, et il peut se résumer en ces deux propositions :

Lorsque le système nerveux périphérique est complètement détruit, comme cela arrive à la suite de traumatismes ou de paralysies ou encore d'empoisonnements lents, etc., en un mot, chaque fois que les filets moteurs sont sûrement et nettement altérés jusqu'à leur extrémité terminale, tandis que la fibre musculaire conserve encore sa contractilité par d'autres modes d'excitation, on n'obtient plus de contraction avec les courants induits. La conclusion, si paradoxale qu'elle paraît être, est forcément celle-ci : Les courants induits ne provoquent la contraction des fibres musculaires que lorsque les éléments nerveux en rapport direct avec le muscle sont excitables et chaque fois qu'avec ces courants on détermine la contraction, c'est que la fonction des nerfs est conservée.

En second lieu, comme cette contractilité farado-musculaire est manifeste après l'empoisonnement par le curare, il est certain que les plaques de rouget au moins n'ont pas été atteintes par le poison.

Les nerfs doivent donc être atteints uniquement dans leur conductibilité et c'est surtout le tronc qui est empoisonné. Cela concorde parfaitement avec les expériences de Claude Bernard, de Bezold, de Vulpian. De plus, la rapidité avec laquelle le poison cesse d'exercer son influence, la facilité de ramener les conditions physiologiques et le peu d'action sur les autres nerfs doivent faire rejeter un empoisonnement d'éléments aussi résistants que les plaques terminales.

En résumé, les faits pathologiques viennent éclairer ici les difficultés des théories physiologiques, et, quelle que soit l'explication que l'on préfère, il est un fait que le mode de contractilité met hors de toute contestation, c'est que l'obstacle qui existe entre le système nerveux et le système musculaire dans l'empoisonnement par le curare, c'est que cet obstacle, dis-je, ne réside pas entre les extrémités des filets moteurs et la fibre musculaire.

La séance est levée.

---

(2) Robert Moriez. — *La Chlorose*, thèse d'agrégation. Paris, 1880.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Circulaire déterminant la situation des étudiants en médecine aspirant au doctorat (ancien régime).

26 avril 1884.

Monsieur le recteur, le règlement d'administration publique, en date du 20 juin 1878 (1), relatif aux études de doctorat en médecine, décide qu'à partir du 1er novembre 1885 le régime établi par ce décret sera seul en vigueur.

Il convient de déterminer quelle sera la situation des étudiants appartenant à l'ancien régime qui, à cette époque, n'auront pas terminé leurs études.

Le tableau ci-après indique les principales catégories dans lesquelles ces élèves peuvent être classés et les dispositions qu'il y aura lieu de leur appliquer :

I. Étudiants qui, ayant subi le premier examen de fin d'année, seront pourvus de quatre à huit inscriptions.	Ces étudiants devront subir le premier examen probatoire avant de poursuivre leurs études.
II. Étudiants qui, ayant subi le deuxième examen de fin d'année, seront pourvus de douze inscriptions, ou de huit à douze inscriptions, sans avoir subi le troisième examen de fin d'année.	Ces étudiants devront, suivant le nombre des inscriptions qu'ils possèdent, subir le premier examen, ou le premier examen et la première partie du deuxième examen, avant d'être admis à continuer leur scolarité.
III. Étudiants pourvus de douze à seize inscriptions et qui auront subi le troisième examen de fin d'année.	Ces étudiants sont autorisés à prendre régulièrement aux époques trimestrielles réglementaires les dernières inscriptions et à passer leurs examens après la seizième.
IV. Étudiants pourvus de seize inscriptions et n'ayant subi aucun examen probatoire.	Ces étudiants subiront tous les examens dans l'ordre prescrit par le décret du 20 juin 1878.
V. Étudiants pourvus de seize inscriptions et ayant subi avec succès un ou plusieurs examens probatoires d'après l'ancien régime.	Ces étudiants conserveront le bénéfice des examens subis avec succès, et, pour les autres, seront soumis au nouveau programme dans l'ordre indiqué par le décret du 20 juin 1878.
VI. Étudiants qui, en juillet 1885, auront été ajournés au troisième examen de fin d'année ou à un examen probatoire, ou en général qui seront sous le coup d'un échec à la fin de l'année scolaire 1884-1885.	1° Les étudiants ajournés au troisième examen de fin d'année en juillet 1885 ou qui seraient sous le coup d'un échec à cet examen, à la fin de l'année scolaire 1884-1885, auront la faculté de se présenter de nouveau au mois d'octobre 1885, c'est-à-dire avant le 1er novembre. D'après le résultat de l'examen, ils seront rangés soit dans la 2e, soit dans la 3e catégorie. 2° Les élèves ajournés à un examen probatoire au mois de juillet 1885, ou qui seraient sous le coup d'un échec à la fin de l'année 1884-1885, conserveront le bénéfice des examens subis avec succès et seront assimilés aux étudiants de la 5e catégorie. Il n'y aura nul recours, même dans le cas de maladie.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 25 juin 1878.

Je vous prie de notifier ces dispositions à MM. les doyens et directeurs des Facultés ou écoles de votre ressort académique et de veiller à leur exécution.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre si digne et si excellent coopérateur M. Georges Chamerot, l'imprimeur de la *Gazette des hôpitaux*, vient d'avoir la douleur de perdre son respectable père, M. Chamerot, ancien éditeur, qui a laissé les meilleurs souvenirs dans le monde des lettres et des sciences. Que M. G. Chamerot reçoive ici le témoignage public de notre vive sympathie.

Le Directeur et les Rédacteurs de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

— Par décisions ministérielles, en date des 14 et 16 mai, les médecins et pharmaciens militaires, dont les noms suivent, ont été désignés, savoir :

Médecin principal de deuxième classe : M. Madamet, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes, passe à l'hôpital de Bordeaux.

Médecins-majors de première classe : M. Tachard passe des hôpitaux de la division d'Alger au 14e d'infanterie; — M. Vieusse passe des hôpitaux de la division d'Oran à l'hôpital de Perpignan; — M. Vigenaud passe de l'hôpital de Perpignan au 56e d'infanterie; — M. Billet passe du 61e au 133e d'infanterie; — M. Sedan passe du 133e au 61e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe : M. Sériziat passe du 5e hussards au 3e tirailleurs algériens; — M. Gaubert passe du dépôt du 101e d'infanterie au 2e chasseurs à cheval; — M. Kleimpetter passe du bataillon du 31e d'infanterie détaché à Épinal au 58e d'infanterie; — M. Dubois passe de l'hôpital de Bourbonne-les-Bains au 5e hussards; — M. Julié passe du 1er tirailleurs algériens au 2e hussards; — M. Brindel passe du 33e au 135e d'infanterie; — M. Pitot passe du 21e d'infanterie au 10e cuirassiers; — M. Bassompierre passe du 2e hussards au dépôt du 101e d'infanterie.

Médecins aides-majors de première classe : M. Chenu passe du dépôt du 29e bataillon de chasseurs à pied au régiment des sapeurs-pompiers de Paris; — M. Moreau passe du 10e dragons au 19e d'artillerie; — M. Ferra passe du 48e d'infanterie au dépôt du 29e bataillon de chasseurs à pied; — M. Évesque passe du 120e d'infanterie au 3e régiment du génie; — M. Véron passe du 1er chasseurs d'Afrique au 68e d'infanterie par permutation avec M. Treillet, aide-major de deuxième classe.

Médecin aide-major de deuxième classe : M. Verdau passe du 55e d'infanterie au 1er tirailleurs algériens.

Pharmacien-major de première classe : M. Barillé passe des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie à l'hôpital de Rennes.

Pharmaciens-majors de deuxième classe : M. Prertat passe des hôpitaux de la division d'Alger aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie; — M. Martaud passe des hôpitaux de la division d'Oran à l'hôpital de Marseille.

— Par décision ministérielle, en date du 13 mai, M. le docteur David est nommé médecin-dentiste de l'École polytechnique.

— Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le jeudi 19 juin 1884, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu. MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 19 mai 1884, et sera clos définitivement le mercredi 4 juin, à trois heures.

— Le mercredi 18 juin 1884, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique,

avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à une place d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 19 mai 1884 jusqu'au mercredi 4 juin inclusivement.

Seront admis à prendre part à ce concours : les élèves externes des hôpitaux de Paris et les élèves en médecine de troisième année, au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Jeannel est nommé professeur de clinique externe en remplacement de M. Rességuet, dont la délégation a pris fin.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Gazagnaire, qui vient de succomber, à Cannes, à l'âge de soixante-seize ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16228.

97

L'eau minérale de la

Source du Pavillon

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

12

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

100

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MEDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

35

Pougues ÉTABLISSEMENT THERMAL St-Léger

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Etablissement ouvert du 15 mars au 15 octobre.

AFFECTIONS TRAITÉES :

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, engorgements du foie et de la rate, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dyoménorrhée, chlorose, anémie:

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs pour leurs expériences cliniques, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

44

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favoarble de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

66

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

58

Sirop du docteur Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

6

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

46

Eau anti-hémorrhagique de

TISSERANT

Expérimentée avec succès par plusieurs célébrités médicales, notamment par Récamier, dans son service à l'Hôtel-Dieu; par M. le professeur Bouchardat, MM. Frémy, Monod, Ricord, médecins des hôpitaux; MM. Portalès, Riégé, etc., pour le traitement des *hémorragies* (*hémoptysies*) *métrorragies*, *ménorragies*, *etc.*), des *flux muqueux*, tel que les *leucorrhées*, *les diarrhées simples* ou *dysentériques*, des *catarrhes*, des *affections eczémateuses et prurigineuses*, etc.

Phie SAVOYE, boulevard Poissonnière, 4, Paris.

7

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

58

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration*, privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

17

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par Mario LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux.**

contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

65

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

106

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

74

Iode libre. CAPSULES BOUÉ.

Spécifique des bronchites et des affections de poitrine.

Ces capsules contiennent chacune 1 centigr. d'iode libre, en dissolution oléique, seule préparation supportée par les voies digestives.

4 à 8 par jour avant les repas. — **3** fr. le flacon.

Paris, 34, rue Grenier-Saint-Lazare.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

125

Établissement thermal Vichy

(*Allier*) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* (*Allier*)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie*, *Gravelle*, *Diabte*, *Goutte*, *Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

42

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

N° 60. — JEUDI 22 ET SAMEDI 24 MAI 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 22 ET SAMEDI 24 MAI 1884. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — Prophylaxie de la rage. — HÔTEL-DIEU. Tumeur sarcomateuse du pied. — ÉCOLE PRATIQUE. Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice; paralysie des nerfs moteurs de l'œil. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'évènement de la séance a été la communication de M. Pasteur relative à la rage, communication faite déjà la veille à l'Académie des sciences. Il ne s'agit pas moins que de l'extinction de la rage dans un avenir qu'il n'est peut-être permis à personne, pas même à M. Pasteur, de fixer dès à présent. Mais le but est visé, la possibilité de sa réalisation peut dès maintenant être admise en principe et l'atténuation du virus rabique par des transmissions successives est un fait expérimentalement acquis. C'est déjà bien quelque chose. Et, à la condition de n'être pas trop impatient d'atteindre à un terme si désirable, ce qui serait cependant bien naturel, on peut se reposer avec confiance sur la persévérance que M. Pasteur et ses collaborateurs vont apporter à la poursuite de leurs belles et hardies expériences.

Nous publions *in extenso* la communication de M. Pasteur, qui contient l'exposé des expériences faites ou en voie d'exécution et le programme de celles qu'il se propose de faire devant les commissaires désignés par le ministre.

PROPHYLAXIE DE LA RAGE

Par M. PASTEUR.

Le grand fait de la virulence variable de certains virus et la préservation d'une virulence par une autre de moindre intensité sont aujourd'hui non seulement acquis à la science, mais encore entrés dans le domaine de la pratique. Dans une telle direction d'études, on comprend tout l'intérêt qu'offre la recherche de méthodes d'atténuation appropriées à de nouveaux virus.

J'ai l'honneur d'apporter aujourd'hui à l'Académie un progrès dans ce sens, relatif à la rage.

I. Si l'on passe du chien au singe et ultérieurement de singe à singe, la virulence du virus rabique s'affaiblit à chaque passage. Lorsque la virulence a été diminuée par ces passages de singe à singe, si le virus est ensuite reporté sur le chien, sur le lapin, sur le cobaye, il reste atténué. En d'autres termes, la virulence ne revient pas de prime-saut à la virulence du chien à *rage des rues*. L'atténuation, dans ces conditions, peut être amenée facilement par un petit nombre de passages de singe à singe, jusqu'au point de ne jamais donner la rage au chien par des inoculations hypodermiques. L'inoculation par la trépanation, méthode si infaillible pour la communication de la rage, peut même ne produire aucun résultat, en créant néanmoins, pour l'animal, un état réfractaire à la rage.

II. La virulence du virus rabique s'exalte quand on passe de lapin à lapin, de cobaye à cobaye. Lorsque la virulence est exaltée et fixée au maximum sur le lapin, elle passe exaltée sur le chien et elle s'y montre beaucoup plus intense que la virulence du virus rabique du chien à *rage des rues*. Cette virulence est telle, dans ces conditions, que le virus qui la possède, inoculé dans le système sanguin du chien, lui donne constamment une rage mortelle.

III. Quoique la virulence rabique s'exalte dans son passage de lapin à lapin ou de cobaye à cobaye, il faut plusieurs passages par le corps de ces animaux pour qu'elle récupère son état de virulence maximum, quand elle a été diminuée d'abord chez le singe.

De même, la virulence du chien à *rage des rues*, qui, comme je viens de le dire, n'est pas de virulence maximum, à beaucoup près, exige, quand elle est portée sur le lapin, plusieurs passages par des individus de cette espèce, avant d'atteindre son maximum.

Une application raisonnée des résultats que je viens de faire connaître permet d'arriver aisément à rendre les chiens réfractaires à la rage. On comprend, en effet, que l'expérimentateur puisse avoir à sa disposition des virus rabiques atténués de diverses forces : les uns, non mortels, préservant l'économie des effets de virus plus actifs et ceux-ci de virus mortels.

Prenons un exemple : On extrait le virus rabique d'un lapin mort par trépanation à la suite d'une durée d'incubation qui dépasse de plusieurs jours l'incubation la plus courte chez le lapin. Celle-ci est invariablement comprise entre sept et huit jours à la suite de l'inoculation, par trépanation, du virus le plus virulent. Le virus du lapin à plus longue incubation est inoculé, toujours par trépanation, à un second lapin; le virus de celui-ci, à un troisième. A chaque fois, ces virus qui deviennent de plus en plus forts sont inoculés à un chien. Ce dernier se trouve être ensuite capable de supporter un virus mortel. Il devient entièrement réfractaire à la rage, soit par inoculation intraveineuse, soit par trépanation et inoculation du virus de chien à *rage des rues*.

Par des inoculations de sang d'animaux rabiques, dans des conditions déterminées, je suis arrivé à multiplier beaucoup les opérations de la vaccine et à procurer au chien l'état réfractaire le plus décidé. Je ferai connaître bientôt, à l'Académie, l'ensemble des expériences sur ce point.

Il y aurait un intérêt considérable, présentement et jusqu'à l'époque éloignée de l'extinction de la rage par la vaccination, à pouvoir supprimer le développement de cette affection à la suite de morsures par des chiens enragés. Sur ce point, les premières tentatives que j'ai entreprises me donnent les plus grandes espé-

rances de succès. Grâce à la durée d'incubation de la rage à la suite de morsures, j'ai tout lieu de croire que l'on peut sûrement déterminer l'état réfractaire des sujets avant que la maladie mortelle n'éclate à la suite de la morsure.

Les premières expériences sont très favorables à cette manière de voir; mais il faut en multiplier les preuves à l'infini sur des espèces animales diverses, avant que la thérapeutique humaine n'ait la hardiesse de tenter sur l'homme cette prophylaxie.

L'Académie comprendra que, malgré la confiance que m'inspirent mes nombreuses expériences poursuivies depuis quatre années, ce n'est pas sans quelque appréhension que je publie aujourd'hui des faits qui ne tendent à rien moins qu'à une prophylaxie possible de la rage. Si j'avais eu à ma disposition des moyens matériels suffisants, j'aurais été heureux de ne faire cette communication qu'après avoir sollicité de l'obligeance de quelques-uns de mes confrères de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, le contrôle des conclusions que je viens de faire connaître. C'est pour obéir à ces scrupules et à ces mobiles que j'ai pris la liberté d'écrire, ces jours derniers, à M. Fallières, ministre de l'instruction publique, en le priant de vouloir bien nommer une commission (1) à laquelle je soumettrai mes chiens réfractaires à la rage.

L'expérience maîtresse, que je tenterais en premier lieu, consisterait à extraire de mes chenils vingt chiens réfractaires à la rage, qu'on placerait en comparaison avec vingt chiens devant servir de témoins.

On ferait mordre par des chiens enragés successivement ces quarante chiens. Si les faits que j'ai annoncés sont exacts, les vingt chiens, considérés par moi comme réfractaires, résisteront tous, pendant que les vingt témoins prendront la rage.

Une seconde expérience, non moins décisive, aurait pour objet quarante chiens, dont vingt vaccinés devant la commission et vingt non vaccinés. Les quarante chiens seront alors trépanés par le virus de chien à *rage des rues*. Les vingt chiens vaccinés résisteront. Les vingt autres mourront tous de la rage, soit paralytique, soit furieuse.

HOTEL-DIEU. — M. HUMBERT.

Tumeur sarcomateuse du pied.

Nous allons faire tout à l'heure une opération assez importante pour une lésion qui, au premier abord, ne paraît pas comporter une intervention aussi considérable.

La malade est une femme de la salle Notre-Dame qui est entrée à l'Hôtel-Dieu pour une tumeur du pied, tumeur sarcomateuse atteignant à la fois le gros orteil et un peu la face dorsale du pied. La tumeur principale a la forme et le volume d'un gros marron, elle est arrondie, non bosselée, rouge, violacée; son siège est au niveau de la première phalange.

Sa surface est largement ulcérée, surtout depuis son arrivée ici, c'est-à-dire depuis environ trois semaines. Cette ulcération paraît partagée actuellement par une série de sillons superficiels qui les divisent en plusieurs petits lobes.

Au-dessus de cette tumeur principale on en trouve une seconde, sorte de petit noyau également ulcéré. Autour des deux tumeurs, la peau est altérée et rouge. La lésion contourne en dedans la face externe du gros orteil; elle contourne aussi la face postérieure de la première phalange. Là elle est moins bien limitée. Elle est moins saillante, la rougeur est un peu violacée. En ce point, on trouve encore un autre petit noyau qui se rattache à la première tumeur.

En somme, l'articulation de la première phalange avec le premier métatarsien est enveloppée par la tumeur.

Sur la face plantaire, au niveau de cette articulation et en arrière, on observe un gonflement manifeste; la peau, sur la moitié antérieure du premier métatarsien, présente une coloration un peu rougeâtre, puis d'un rouge vineux qui va en décroissant vers l'extrémité postérieure du même métatarsien. Cette rougeur étendue indique que les parties molles ne sont pas saines et que la lésion cutanée est un peu diffuse.

Au palper, la tumeur est d'une consistance ni dure, ni molle, ni souple, mais résistante et élastique. De plus, elle paraît un peu mobile sur les parties profondes. Elle ne paraît donc pas s'être développée aux dépens des os.

Cette tumeur a débuté, il y a huit ans, par un petit noyau induré, qui a grossi peu à peu, lentement, jusqu'il y a un an. A cette époque eut lieu un traumatisme du pied, — la chute d'un objet fort lourd, — lequel a donné un coup de fouet à la maladie. Peu après un médecin de la ville lui faisait subir une opération incomplète. Il y a deux mois, elle a été l'objet d'une autre opération également incomplète: ce qui nous prouve de nouveau que, chaque fois que l'on est en présence d'une tumeur maligne, il faut ou bien enlever le tout ou ne rien faire du tout, sinon l'on donne une nouvelle poussée au mal.

En résumé, il s'agit d'une tumeur d'ancienne date, à évolution lente jusqu'au moment où un traumatisme lui a donné, il y a un an, une impulsion violente, tumeur ayant tous les caractères du sarcome, sa forme, son aspect, sa consistance, etc. Le sarcome, du reste, n'est pas rare aux extrémités des doigts et des orteils; tumeur fibro-plastique développée aux dépens des parties molles, elle englobe aujourd'hui la première phalange, elle exerce peut-être, mais secondairement, une action sur l'os lui-même, en tous cas, elle paraît lui adhérer maintenant partiellement. Ce sarcome semble être de la variété dite fasciculée, du moins d'après sa consistance, et caractérisée par des cellules fusiformes. D'ailleurs l'étude histologique en sera faite ultérieurement.

Le diagnostic différentiel ne demande que quelques mots sans nécessiter de nous y arrêter davantage. Ce ne saurait être un épithélioma, bien que cette lésion ne soit pas très rare au pied; elle siège ordinairement sur la face dorsale; notre tumeur n'en a ni les caractères ni la marche aussi rapide et de plus elle n'aurait pas acquis un développement aussi considérable sans être plus profondément et plus largement ulcérée. Ici l'ulcération n'était encore, il y a un mois, qu'une exulcération superficielle; elle n'a jamais donné lieu à aucune hémorragie, elle n'est recouverte d'aucune végétation, tandis que dans l'épithélioma l'ulcération est bien plutôt creusante, entourée d'un bourrelet dur, et elle repose sur une base indurée.

Étudions maintenant les parties voisines. Les ganglions sont parfaitement sains, ils ne présentent rien de particulier.

L'état général de la malade est assez bon, sa santé n'est

---

(1) La Commission spéciale chargée par le ministre de l'instruction publique, sur la demande de M. Pasteur, de contrôler les expériences de l'illustre savant sur la prophylaxie de la rage, se composera de MM. Béclard, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Paul Bert, membre de l'Institut; Bouley, membre de l'Institut; Vulpian, membre de l'Institut; Villemin, professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce et membre de l'Académie de médecine, et Tisserand, conseiller d'État, directeur au ministère de l'agriculture.

pas mauvaise; en somme, nous ne découvrons encore aucune tendance à la généralisation : aussi sommes-nous autorisés à intervenir dès maintenant, sans plus tarder, par une opération radicale.

Quant au pronostic, pouvons-nous espérer, en intervenant, mettre le malade à l'abri pour toujours de toute récidive. Il ne nous est pas permis de le dire. Ces affections sont de celles qui peuvent récidiver sur place, d'abord parce qu'on n'enlève pas toujours tout le mal, tout en le croyant faire cependant, tant l'altération des téguments se prolonge parfois au loin. D'autre part, la maladie peut encore récidiver en d'autres points. On croit que la tumeur est unique et parfois des tumeurs secondaires passent inaperçues même à un examen consciencieusement fait et ce n'est que plus tard qu'on les aperçoit. Aussi le pronostic doit-il être réservé, bien que, je le répète, la malade soit dans de bonnes conditions.

Nous arrivons au traitement. Les deux grandes indications sont :

1° D'enlever le tout largement ;

2° D'intervenir, de façon à obtenir un résultat utile pour la malade, par une méthode sagement conservatrice.

Pour enlever le tout, que faut-il faire? Enlever le premier et le deuxième métatarsien et les parties molles jusqu'au delà de leurs extrêmes limites? Mais quel en sera le résultat? Détestable. Du reste, ce n'est guère là qu'une opération d'amphithéâtre que l'on met rarement en pratique. Il resterait, en effet, l'arrière-pied plus une griffe fournie par les trois derniers orteils et à peu près inutile pour la marche. De plus, elle nécessiterait pour le lambeau la conservation de parties molles plus ou moins malades.

Pratiquerai-je l'opération tarso-métatarsienne ou de Lisfranc, enlevant ainsi tout l'avant-pied? Ici, nous avons deux procédés, celui qui consiste à prendre le lambeau à la face plantaire et celui dans lequel on prend à la fois à la face plantaire et à la face dorsale, ce qu'on appelle le procédé d'urgence. Mais ce procédé a l'immense inconvénient de ramener la cicatrice vers le sol d'où l'impotence, l'infirmité du malade. De plus, ici même, prendre un lambeau plantaire est impossible, les parties molles étant envahies.

Aurai-je recours alors à l'opération de Chopart ou médiotarsienne? D'abord elle ne donne pas toujours de bons résultats, ensuite elle nécessite que le pied soit maintenu pendant plusieurs mois dans un appareil qui le fixe, et si l'on n'obtient pas la réunion immédiate, le tendon d'Achille se rétracte peu à peu, tire sur le calcanéum et le fait basculer. Alors la cicatrice s'abaisse d'autant et l'opéré finit également par marcher sur sa cicatrice, c'est-à-dire par devenir impotent.

En résumé, la seule opération qui me semble praticable est l'amputation sous-astragalienne qui donne de bons résultats ; on a largement l'étoffe nécessaire pour avoir à la fois un lambeau dorsal et un lambeau plantaire, pris sur des tissus parfaitement sains, et la cicatrice reste au-dessus du point d'appui.

En somme, l'opération que nous allons faire comporte peut-être un gros sacrifice pour une lésion en apparence très limitée, mais ce sacrifice est absolument nécessaire, vu l'étendue vraie du mal et vu aussi le but à atteindre relativement à la marche du malade.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. GALEZOWSKI.

Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice ; paralysie des nerfs moteurs de l'œil.

(Leçons recueillies par M. Félix DESPAGNET.)

I

Certaines affections de la moelle épinière, telles que l'ataxie locomotrice, la myélite, la sclérose, se compliquent parfois de troubles visuels très importants, mais d'ordinaire c'est surtout dans la première qu'on les rencontre. Les altérations oculaires dans l'ataxie locomotrice sont connues depuis le commencement de ce siècle, et, en compulsant les auteurs datant de cette époque, on y trouve que le *tabes* amène la cécité ; mais l'énonciation de ce fait n'est accompagnée d'aucun commentaire, d'aucune explication sur les rapports de cette cécité avec l'altération de la moelle. Il nous faut arriver jusqu'à ces dernières années pour trouver une étude complète sur ce sujet. A Duchenne (de Boulogne), en effet, revient l'honneur d'avoir le premier déterminé les rapports intimes des troubles oculaires avec l'affection spinale dont ils sont la conséquence directe. Plus d'une fois Duchenne voulut bien me faire prendre part à ses recherches et m'associer à ses travaux. Plus tard, M. le professeur Charcot a complété cette étude et il nous a donné d'une façon magistrale le tableau de tous les troubles que l'on peut rencontrer dans l'ataxie. Enfin, dans ces derniers temps, M. Fournier, en nous démontrant que le plus communément cette affection est d'origine syphilitique, nous a enseigné dans quel sens nous devions diriger notre médication.

Quels sont donc les troubles oculaires que l'on rencontre dans l'ataxie? Ils sont de plusieurs ordres : 1° *altération des nerfs moteurs de l'œil;* 2° *altération du nerf optique;* 3° *altération du nerf de la cinquième paire* (nerfs de sensibilité).

L'œil doit ses mouvements à des muscles qu'innervent la troisième, la quatrième et la sixième paire, et tous ces troncs nerveux peuvent, soit isolément, soit en même temps, être atteints par l'ataxie. A quelle époque de l'affection générale? A toutes les époques et même avant que tout autre symptôme ataxique soit devenu évident, ainsi que l'avait fort justement démontré Duchenne. Donc les paralysies musculaires de l'œil peuvent se produire soit au début, soit à un moment quelconque de l'évolution de la maladie. Sont-elles fréquentes, ces paralysies? M. Fournier les a trouvées 45 fois sur 100. Quant à moi, sur 600 atrophies de papilles ataxiques que j'ai relevées dans mon livre d'observations, j'ai rencontré simultanément, dans les trois quarts des cas, les paralysies musculaires.

Comment reconnaîtrons-nous ces paralysies? Avant d'entrer dans l'étude du diagnostic, il nous faut savoir comment se produit le phénomène principal que l'on observe, c'est-à-dire la *diplopie*. Pour cela, il est besoin de nous rappeler quelques notions de physiologie sur la vision binoculaire simple.

Pour que la vision binoculaire simple s'accomplisse, il faut que les yeux soient dirigés de telle façon que leurs axes optiques convergent vers le point observé et se réunissent sur lui, ou, ce qui revient au même, il faut que les images soient reçues sur *les points identiques* des deux rétines. Quels sont *ces points identiques?* Les deux yeux étant normaux, les deux rétines sont d'égale dimension. Si, par la pensée, on détache ces deux yeux et on superpose les deux rétines sans changer leur position normale, les points identiques seront

mathématiquement en conctact les uns avec les autres. Mais en faisant cette superposition, il nous faut remarquer que la partie externe de l'une des rétines est venue s'appliquer sur la partie interne de sa congénère et réciproquement. En effet, pour la vision des objets placés en haut ou en bas de l'horizon visuel, les mouvements des yeux étant symétriques, les points identiques sont également symétriques en haut et en bas sur chacune des deux rétines; mais, pour la vision des objets situés à droite ou à gauche de l'observateur, il n'en est plus de même; les mouvements des deux yeux sont opposés, tandis que l'un se dirige en dedans, l'autre se dirige en dehors; il en résulte que, dans un œil, c'est la partie interne, dans l'autre, la partie externe de la rétine, qui se trouvent impressionnées par le même objet. Donc, en dehors ou en dedans, les points identiques sont opposés ; ceux de droite d'un œil correspondent à ceux de gauche de l'autre œil, et *vice versa*. Ainsi, il y a vision simple chaque fois que sur les deux yeux les points identiques sont impressionnés en même temps. Mais comment se fait-il que les impressions produites sur ces points de la rétine, dits points identiques, ne transmettent à l'encéphale qu'une seule impression? C'est là un phénomène que l'anatomie ne nous a pas encore permis de débrouiller. Chaque élément de la rétine aurait-il un filet propre de transmission et les filets des points identiques des deux yeux iraient-ils se réunir au même point du cerveau? Ou bien les points identiques des deux rétines correspondent-ils simplement à un même côté de l'encéphale? Cette hypothèse est du moins très vraisemblable, ainsi que nous permet de le supposer l'entre-croisement partiel des nerfs optiques dans le chiasma. Quoi qu'il en soit, si l'interprétation du fait nous échappe, le fait n'en existe pas moins et nous en avons la preuve dans le phénomène physiologique qui se produit, quand les axes optiques des deux yeux ne convergent pas vers le même point, quand, en un mot, les points identiques ne sont pas impressionnés à la fois. Ce phénomène, c'est la *diplopie*.

Pour bien saisir les divers symptômes fonctionnels que l'on rencontre dans les paralysies musculaires de l'œil, il faut encore se rappeler la place qu'occupent les deux images dans telle ou telle paralysie. Normalement, le point de fixation va se peindre dans la macula. Les objets, environnant le point de fixation, vont faire leur image tout autour de la macula dans la périphérie de la rétine, ceux qui se trouvent en dehors faisant leur image en dedans, et ceux qui sont placés en dedans faisant leur image en dehors. Il en résulte que, toute impression reçue par la partie externe de la rétine, l'œil la rapporte naturellement en dedans, et toute impression reçue par la partie interne il la rapporte en dehors. Or, dans la vision binoculaire, quand l'un des deux yeux n'a pas ses mouvements physiologiques, il arrive que, dans certaines positions, les axes optiques ne correspondent pas, les points identiques ne sont pas impressionnés en même temps : il y a diplopie. Dans l'œil normal, l'image se fait dans la macula et tout autour de la macula, et l'œil rapporte l'impression reçue à son point de départ. Dans l'autre œil, l'image se fait dans un point quelconque de la rétine, plus ou moins loin de la macula, et l'œil rapporte l'impression reçue dans un point différent de son point d'origine. Si l'image de l'objet perçu se fait en dehors de la macula, l'œil voit cet objet beaucoup plus en dedans qu'il ne se trouve en réalité; si elle se fait en dedans, l'œil le voit en dehors; si elle se fait en haut, l'œil le voit en bas; si elle se fait en bas, l'œil le voit en haut; et l'œil voit l'objet à un endroit d'autant plus éloigné de sa véritable place que l'image s'est faite dans un point de la rétine plus distant de la macula. Ce principe bien admis, il ne nous reste qu'à nous rendre bien compte de l'action physiologique de chaque muscle moteur de l'œil et nous saurons comment se produisent les doubles images dans les diverses paralysies. Ces muscles innervés, ainsi que nous l'avons dit, par les troisième, quatrième et sixième paires sont au nombre de six. Quatre reçoivent l'innervation de la troisième paire : le droit interne, le droit supérieur, le droit inférieur, le petit oblique. Ce même tronc fournit un rameau au releveur de la paupière et aux fibres contractiles de la pupille. Le droit interne attire l'œil en dedans horizontalement. Le droit supérieur l'amène en haut et en dedans, le droit inférieur en bas et également en dedans. Le petit oblique fait regarder en haut et tout à fait en dehors. La quatrième paire fait mouvoir le grand oblique, dont l'action est d'attirer l'œil en bas et en dehors. Enfin, la sixième paire innerve le droit externe, dont l'action est l'opposée de celle du droit interne, c'est-à-dire entraîne l'œil horizontalement en dehors. La paralysie d'un de ces muscles amènera la perte de sa fonction et par suite l'œil ne pourra se porter du côté où ce muscle exerce son action; d'où il suit que les axes optiques de deux yeux ne pourront correspondre au même point, et il y aura diplopie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mai 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

M. Martineau se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements. — M. Mignot sollicite le titre de membre correspondant national. — M. Darin dépose un pli cacheté (accepté). — MM. Commenge, Linon, lauréats, remercient l'Académie.

M. Béchamp adresse une note sur l'alcool normal ou physiologique de l'organisme, dont M. le secrétaire perpétuel donne lecture. De très nombreuses expériences lui permettent d'affirmer que l'organisme est lui-même à l'état normal, producteur d'alcool, lequel peut se former dans les milieux où il n'existe pas de sucre et se détruire autrement que par combustion.

M. A. Gautier partage l'opinion de M. Béchamp, tout en reconnaissant qu'elle ne se rattache qu'indirectement au fait en discussion.

— Sur la demande de M. le président, M. A. Gautier donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Wurtz. (Applaudissements.)

DISCUSSION SUR LES MOUVEMENTS DU CERVEAU

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur les mouvements du cerveau. La parole est à M. Marc Sée.

M. Marc Sée. La doctrine que M. Marc Sée considère comme vraie et basée sur les principes de la physiologie et de la physique ayant été exposée magistralement par M. le Secrétaire perpétuel, il n'aura que très peu de chose à y ajouter. Mais il s'est produit à cette tribune des assertions qu'il regretterait de voir figurer dans le *Bulletin* sans être suivies de contradiction. Il saisira d'ailleurs cette occasion d'exposer quelques idées personnelles et nouvelles sur le rôle du liquide céphalo-rachidien.

M. Marc Sée entre dans une discussion détaillée de tous les points du discours de M. Sappey et termine par des considérations sur le liquide céphalo-rachidien qu'il résume dans les conclusions suivantes.

Il résulte de tout ce qui précède :

1° Que les grands espaces qu'on trouve quelquefois sur le cada-

vre entre le cerveau et le crâne après avoir ouvert la boîte osseuse, n'existaient pas alors que la tête était intacte, et encore moins pendant la vie ;

2° Qu'à l'état physiologique, l'encéphale remplit la cavité crânienne, à part les petits espaces circonscrits occupés par le liquide céphalo-rachidien ;

3° Que, dans les cas d'atrophie du cerveau, la quantité de ce liquide qui enveloppe l'encéphale peut augmenter, mais nullement dans les proportions qu'ont supposées MM. Sappey et Luys, d'après l'écoulement qui a lieu quand on ouvre le crâne. Une grande partie du liquide écoulé provient des ventricules dilatés dans ces cas, comme l'a démontré M. Constantin Paul ;

4° Qu'en toute circonstance l'encéphale est maintenu immobile dans la cavité crânienne, qu'il ne peut subir aucun changement de position sous l'influence de la pesanteur et qu'il n'est soumis qu'au faible déplacement nécessité par la circulation encéphalique ;

5° Que le feuillet viscéral de l'arachnoïde est toujours en contact parfait avec la dure-mère revêtue du feuillet pariétal, à moins qu'il ne se soit produit un épanchement dans la cavité de la séreuse par suite de la maladie ;

6° Que la théorie hydrostatique, si elle est applicable à l'encéphale, n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée ;

7° Enfin que le liquide céphalo-rachidien concourt à la protection de l'encéphale, en distendant les cavités closes limitées par la séreuse encéphalique de manière à former, sur toute la surface de l'encéphale, un système de coussinets à liquides analogues aux coussins et matelas à eau fabriqués par l'industrie.

LECTURE

Prophylaxie de la rage. — M. PASTEUR, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. Chamberland et Roux, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 473.)

Sulfate de quinine. — M. DE VRY, correspondant de l'Académie, lit une note sur le sulfate de quinine. Ayant analysé un grand nombre de sulfates de quinine basiques, provenant de différentes fabriques françaises, anglaises, allemandes et hollandaises, le résultat de ces nombreuses analyses a été que tous ces sulfates contenaient du sulfate de cinchonidine, dont la quantité variait de 5 à 13 pour 100. M. de Vry a trouvé la cause de ce fait inattendu dans la présence d'une grande quantité de cinchonidine contenue dans les quinquinas employés actuellement à la fabrication du sulfate de quinine basique, et il a trouvé en même temps que, par des causes chimiques, il serait impossible de fabriquer industriellement un sulfate de quinine basique pur.

Par les mêmes, causes le sulfate de quinine neutre n'est pas seulement toujours pur, mais il ne peut pas être impur, à moins qu'il ne soit adultéré.

Le résumé des recherches de M. de Vry est donc qu'il serait à désirer, afin d'être toujours sûr de l'identité d'un médicament aussi précieux, d'employer, au lieu du sulfate basique actuellement en usage, le sulfate neutre de quinine du nouveau codex.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mai 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Complications des fractures du radius. — M. DELENS, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Bouilly (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 460), fait observer que la complication dont a parlé M. Bouilly est bien plus souvent la conséquence du décollement épiphysaire que d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius.

M. BOUILLY affirme que dans les deux cas qu'il a communiqués, il s'agissait bien de fractures et non de décollements épiphysaires.

M. DESPRÉS dit que, lorsque les fractures de l'extrémité inférieure du radius sont traitées comme elles doivent l'être, les accidents de la nature de ceux qu'a constatés M. Bouilly ne se produisent pas. Dans les cas dont il a parlé, on a dû intervenir plus tard parce qu'on avait eu recours à l'appareil plâtré. M. Després préfère de beaucoup l'appareil de Nélaton avec lequel on n'observe jamais de cal difforme ni d'autres accidents de ce genre.

M. TRÉLAT ne veut pas laisser émettre une pareille opinion sans protestation. Il traite les fractures de l'extrémité inférieure du radius par l'application de petites attelles plâtrées antérieures ou postérieures, suivant les cas, mais il a bien soin de n'appliquer ces attelles que lorsque la fracture est bien réduite. Ces attelles sont généralement laissées en place pendant trois semaines. Jamais, à la suite de ce mode de traitement, M. Trélat ne constate de raideur articulaire ni d'accidents d'aucune sorte. Toutefois il y aura toujours des fractures qui, de quelque façon qu'on les traite, guériront mal : tel, par exemple, le cas d'enclavement du nerf radial qu'il a communiqué l'année dernière et qui a nécessité une opération consécutive. Mais il faut se rappeler : qu'il s'agissait d'un homme ayant à la fois une fracture de cuisse, une violente contusion à la tête et une fracture de l'extrémité inférieure du radius ; que cet homme s'agitait et qu'il était extrêmement difficile, impossible même de l'immobiliser. Tous les appareils, en pareille circonstance, donnent de mauvais résultats.

A propos des complications de ces fractures, M. Trélat cite une thèse de M. Schmit dans laquelle il est démontré par un grand nombre de faits que ces fractures sont moins graves chez les vieillards, chez lesquels elles se produisent plus facilement sans déplacements, ni attrition, que chez les jeunes gens où il faut une certaine force pour les produire.

Quoi qu'il en soit, M. Trélat affirme, en terminant, que les attelles plâtrées bien appliquées, après une bonne réduction de la fracture, donnent d'excellents résultats.

M. BOUILLY, en confirmant les assertions de M. Trélat, ajoute que, dans certains cas, les meilleurs appareils peuvent donner de mauvais résultats, mais que nul, dans son cas, ne peut en donner de plus mauvais que l'appareil Nélaton, infiniment moins solide que l'appareil plâtré.

M. TERRIER traite, dans son service, les fractures de l'extrémité inférieure du radius par des appareils plâtrés et en obtient de bons résultats ; mais il faut auparavant réduire la fracture, ce qui n'est pas toujours facile. Il préfère appliquer l'attelle sur la face palmaire. Cette attelle plâtrée reste généralement en place de vingt à vingt-cinq jours et il n'y a jamais de raideur articulaire consécutive.

M. DESPRÉS fait ressortir les inconvénients que présentent, selon lui, les appareils plâtrés qu'on est obligé de changer pour n'avoir pas la raideur, ce qui n'a pas lieu avec l'appareil de Nélaton qui, bien appliqué, suffit parfaitement pour assurer la consolidation.

M. VERNEUIL se déclare partisan de l'attelle plâtrée antérieure qui lui a toujours donné de bons résultats.

M. TILLAUX est également partisan de l'appareil plâtré, pourvu que la réduction soit bien faite au moment de l'application. Il se contente d'une seule attelle. Il croit que c'est là de beaucoup le meilleur appareil.

M. TRÉLAT fait observer que c'est une question d'indication. Le but est d'immobiliser le mieux possible ; or, pour cela, un moule vaudra toujours mieux qu'un simple coussin. Réduire, maintenir et immobiliser ensuite le mieux possible, telles sont les indications à remplir.

Fistules sterco-purulentes. — M. NEPVEU lit un rapport sur un travail de M. Fontan, médecin de la marine, relatif à un cas de fistule sterco-purulente ou pyo-stercorale. M. Nepveu rappelle que M. Verneuil, le premier, en 1874, appela l'attention des chirurgiens sur cette variété de fistules stercorales, qu'il a proposé d'appeler sterco-purulentes. Ces fistules sont caractérisées anatomique-

ment par ce fait qu'il existe une cavité intermédiaire entre les deux orifices de la fistule. M. Verneuil a montré que de larges débridements pouvaient rendre de grands services dans ces cas.

Dans l'observation communiquée par M. Fontan, il s'agit d'un condamné de la Nouvelle-Calédonie, âgé de quarante-deux ans, qui, à la suite d'un coup de pied dans l'abdomen, eut un phlegmon, dont il guérit, puis conserva des douleurs vives dans la fosse iliaque droite; ensuite il s'établit une fistule avec deux pertuis; ceux-ci furent réunis par une incision unique. La fistule se trouvait sur le gros intestin. M. Fontan tenta une première, puis une seconde entérorrhaphie, avec suture de Galy, sans succès; ayant reconnu l'existence d'une vaste cavité purulente, il ouvrit largement cette cavité et le malade finit par guérir.

M. Nepveu rapproche de ce fait trois cas analogues de M. Verneuil, dans lesquels ce chirurgien a obtenu les meilleurs résultats de ces larges débridements, qu'il a proposé de faire en pareille circonstance. Sur quatre observations, réunies par M. Nepveu dans son rapport, on compte deux succès complets, une amélioration notable et une récidive. L'entérorrhaphie, la laparotomie avec entérorrhaphie, sont de très graves opérations qui ne doivent être faites que dans des cas tout à fait exceptionnels. Pour la grande majorité des fistules sterco-purulentes, l'opération préconisée par M. Verneuil, c'est-à-dire le simple débridement, réunit les trois conditions exigées pour toute bonne opération : simplicité, rapidité, bénignité.

M. DESPRÉS a soigné à la Charité l'un des opérés de M. Verneuil, dont vient de parler M. Nepveu. La récidive avait apparu chez lui avant même sa sortie de l'asile de Vincennes; cet homme est amené à l'hôpital dans un état général très grave, avec de nouveaux abcès dans la fosse iliaque. M. Després ayant constaté que la fistule était très profonde, puisqu'une sonde entière y disparaissait, se contenta de faire du drainage. Cet homme, dépérissant de plus en plus, tomba rapidement dans un état cachectique et finit par succomber. Il y a donc des cas dans lesquels il ne faut pas opérer, même par le simple procédé de M. Verneuil, ces cas nécessitant une trop large ouverture de l'abdomen.

M. BERGER pense qu'il faut établir une distinction entre les fistules stercorales proprement dites, survenues à la suite d'un traumatisme, et les fistules pyo-stercorales spontanément établies. Dans une thèse sur ce sujet, M. Colson repousse l'intervention chirurgicale pour ces dernières et la préconise au contraire pour les fistules stercorales.

M. Berger rapporte l'observation d'un malade de M. Trélat qu'il a continué à soigner, chez lequel il a fait des dilatations et des débridements destinés à favoriser la sortie du pus. Ce malade mourut après deux ou trois mois de séjour à l'hôpital. A l'autopsie, on put constater que la fosse iliaque droite était transformée en une vaste cavité suppurante au fond de laquelle on trouvait l'intestin adhérent. En pareil cas, on ne saurait obtenir aucun résultat de l'entérectomie et de l'entérorrhaphie; il faut se contenter de débridements et de cautérisations, comme l'a indiqué M. Verneuil.

M. VERNEUIL pense avoir, le premier, nettement établi une distinction fondée sur l'anatomie pathologique et l'étiologie des deux variétés de fistules stercorales dont il s'agit. Il a montré que, dans les fistules sterco-purulentes, les débridements et les résections dont on vient de parler étaient la seule opération à faire. Il peut arriver que la maladie récidive si le sujet a une mauvaise santé; mais d'assez nombreux faits montrent aussi que cette opération peut amener des guérisons radicales. Dans tous les cas, elle n'est pas dangereuse et ne saurait aggraver la situation du malade. Il peut se faire que, même après cette opération, l'intestin reste perforé, mais il se fait un opercule devant la perforation.

M. DESPRÉS fait observer que le procédé de M. Verneuil ne s'adresse qu'à des cas exceptionnels, mais il reconnait que, pour ces cas particuliers, c'est un traitement parfaitement rationnel. Il y a certains cas, comme celui de M. Berger, dans lesquels aucun traitement ne peut réussir. Il y a des cas aussi où l'on ne peut pas voir l'orifice interne de la fistule qui souvent est très éloigné; or, si vous ne pouvez voir la fistule, jamais vous ne pourrez la guérir. Dans un grand nombre de cas, l'opération de M. Verneuil sera donc inutile ou même impossible.

M. GILLETTE est de l'avis de M. Després; l'opération de M. Verneuil est avantageuse pour de petites fistules, mais il y a des cas où, quand nous commençons à opérer, nous ne pouvons savoir s'il y a une seule ou plusieurs fistules. M. Gillette a observé récemment un cas où la fistule n'avait pas moins de 22 centimètres de profondeur. Il opéra avec le thermo-cautère, il n'y eut pas d'accidents immédiats, mais la fistule ne fut pas fermée, il survint de la péritonite et le malade succomba.

A l'autopsie, M. Gillette trouva une perforation sur l'S iliaque et deux autres sur la partie inférieure de l'iléon. On ne peut donc savoir d'avance, dans ces cas, si l'on trouvera une ou plusieurs fistules.

M. VERNEUIL reconnaît qu'il y a des cas incurables qu'on ne peut déterminer d'avance. Mais en présence d'une fistule stercorale, quelle qu'elle soit, la première chose à faire est d'ouvrir la porte et de regarder; s'il y a des complications, le malade n'en meurt pas plus qu'avant le débridement. Supposons d'ailleurs que la perforation intestinale soit très éloignée de la peau : si l'on débride largement et si l'on cautérise, on peut arriver à transformer cette fistule intestinale complète en fistule borgne interne dont la guérison spontanée est dès lors possible.

Tumeur du cou. — **M. MARTEL** (de Saint-Malo) consulte la Société sur le fait suivant : Un homme de cinquante-cinq ans, marin, syphilitique, devenu épileptique à la suite d'une peur en tombant dans la mer, s'étant démis l'épaule droite dans un naufrage, a vu apparaître une tumeur du cou, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite. Cette tumeur a des battements isochrones au pouls et présente un double bruit de souffle appréciable. Il y a aussi un souffle cardiaque court et rude; la voix est altérée. Le traitement a consisté jusqu'ici dans l'administration de la morphine, de l'ergotine, de l'iodure de potassium. Il s'agit probablement, selon M. Martel, d'une tumeur anévrysmale développée à la partie supérieure du tronc brachio-céphalique.

M. DESPRÉS dit que ce pourrait être un goitre vasculaire ou un sarcome vasculaire. Il a vu un cas de ce genre, où il y avait même un bruit de souffle très net.

Genu valgum; ostéoclasie. — **M. ROBIN** (de Lyon) présente un jeune homme atteint de genu valgum qu'il doit opérer par son procédé d'ostéoclasie. Il croit pouvoir affirmer qu'il obtiendra un succès complet. Il présentera de nouveau ce malade après l'opération.

Rhinoplastie. — **M. POLAILLON** communique l'observation d'un malade qui, à la suite d'un coup de pied de cheval dans la figure, eut une plaie contuse avec sphacèle de l'aile du nez. Après deux opérations successives, M. Polaillon a refait à ce malade l'aile du nez à l'aide de lambeaux empruntés sur la joue.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé lundi soir par la nomination des candidats suivants classés par ordre de mérite : MM. les docteurs Oulmont, de Beurmann, Muselier.

— Le jury définitif du concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui s'ouvre aujourd'hui, se compose de MM. les docteurs Legroux, Labadie-Lagrave, Dreyfus-Brisac, Debove, Constantin Paul, Guibout, Guéneau de Mussy, Duguet et Le Fort.

— M. le docteur Aug. Voisin recommencera ses conférences sur les maladies mentales et nerveuses à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 25 mai 1884, à neuf heures et demie du matin et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Ces conférences comprendront toute la pathologie nervoso-mentale. Présentation de malades.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera une herborisation publique le dimanche 25 mai dans la forêt de Saint-Germain.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à onze heures et demie, pour la station du Pecq. — Retour de Saint-Germain à quatre heures cinquante.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera, dimanche prochain 25 mai, sa première excursion géologique à Meudon. Le rendez-vous est fixé à onze heures moins un quart du matin, à la gare Montparnasse.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16240.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital des Enfants-Malades. Congestion pulmonaire et pleurésie. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Ministère de l'instruction publique. — Thèses. — Nouvelles.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Rendu.

Congestion pulmonaire et pleurésie.

Le premier des deux enfants dont je vais aujourd'hui vous parler est un petit garçon de onze ans, assez robuste, originaire de l'Auvergne, qui n'a aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire.

Il est souffrant depuis trois semaines. Les prodromes de l'affection qui l'a fait conduire ici sont vagues, ce sont des malaises, une fatigue générale, des douleurs vagues un peu par tout le corps, qui lui ont permis néanmoins de continuer à aller à l'école pendant une dizaine de jours encore. Puis il a gardé la chambre pendant huit jours, venant seulement à une des consultations de cet hôpital, où le médecin qui l'a examiné aurait, disent ses parents, jugé qu'il s'agissait simplement d'une grippe. Mais bientôt il a été pris d'une douleur subaiguë dans le côté droit, douleur précédée de frissons erratiques, et, deux jours plus tard, il entrait dans notre service.

A ce moment-là, la fièvre était assez modérée, 100 à 120 pulsations et 38 degrés; la douleur de côté était peu vive et ne s'exagérait pas à la pression. Il y avait de la toux, toux sèche sans expectoration; pas de dyspnée, nulle déformation de la poitrine; les vibrations thoraciques, généralement bien conservées, étaient seulement un peu diminuées à droite; pas de chevrotement de la voix; submatité à la base du poumon du côté droit et défaut d'élasticité, à la percussion, dans le quart inférieur du poumon; murmure vésiculaire un peu diminué, respiration seulement plus faible sans aucun souffle. Bref, il s'agissait d'une congestion pulmonaire ayant été précédée de prodromes très modérés et beaucoup plus longs que d'habitude. Il y a aujourd'hui six jours que cet enfant est entré dans nos salles et nous constatons une amélioration locale bien évidente; cependant la fièvre persiste.

Notre second petit malade est un garçon de treize ans, chez lequel la maladie a débuté brusquement, dix jours avant son entrée à l'hôpital, et, pour ainsi dire, sans prodromes, par un point de côté violent suivi bientôt d'une toux sèche, quinteuse et très vite douloureuse.

A son arrivée ici, nous constatons de la fièvre, une douleur dans le côté gauche située au-dessous des fausses côtes, presque abdominale, de la dyspnée. Les signes thoraciques sont plus accentués que chez le précédent malade. La matité occupe tout le tiers inférieur de la poitrine, les vibrations sont abolies, la respiration est rude, soufflante, voilée au niveau du hile du poumon et presque éteinte à la base, pas d'égophonie ni de frottement. En somme, nous trouvons toutes les apparences de la congestion pulmonaire avec tendance à la pleurésie.

Mais, tandis que, les jours suivants, notre premier petit malade reste avec sa lésion parfaitement limitée, celui-ci, au contraire, présente un exsudat liquide dans la cavité pleurale; en même temps le souffle devient de jour en jour plus aigre et monte peu à peu jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate, ainsi que la matité; un souffle aigu s'entend dans la fosse sous-épineuse, il y a de l'égophonie. Nous avons affaire à une pleurésie.

Nos deux malades nous montrent, dans les limites étroites qui rapprochent et séparent à la fois ces deux affections : congestion pulmonaire et pleurésie, entre lesquelles, chez les enfants, le diagnostic est souvent difficile.

Autrefois la congestion pulmonaire était considérée comme un état anatomique lié à une maladie générale ou locale des poumons : la phtisie, la première phase de la pneumonie, la pleurésie, etc. Sous ce rapport, les travaux de M. Woillez ont montré que la congestion pulmonaire était non seulement un élément essentiel dans une foule d'affections du poumon, dans certaines maladies générales, mais encore qu'à elle seule, dans certains cas, elle constituait une entité morbide, une maladie à part. Ces recherches ont rendu un véritable service dans la pathologie infantile, bien que leur auteur ait peut-être trop isolé, selon nous, la congestion pulmonaire de la pleurésie, dont elle est cependant, dans certains cas, la première phase.

Passons maintenant au diagnostic de la congestion pulmonaire idiopathique. Son début est généralement brusque, ses symptômes variables et ses allures quelquefois très différentes. Elle débute le plus souvent par une douleur thoracique initiale, des frissons, de la courbature, une oppression plus ou moins grande. D'autres fois le début est lent et les prodromes, variables, sont représentés par des signes généraux, inappétence, anorexie, courbature, gêne de la respiration; ou bien, plus accentués au point de vue pulmonaire, par une toux sèche, par de l'essoufflement, par une douleur de côté; la fièvre est plus ou moins vive, les malaises plus ou moins considérables, quelquefois même il y a une hémo-

ptysie initiale. Dans d'autres cas, les allures sont insidieuses, modérées. En somme, rien n'est moins bien délimité que ses premières manifestations. Cependant, lorsque vous constatez l'existence d'un point de côté, d'un état fébrile, d'une toux sèche sans vomissements, vous êtes en droit de songer à une congestion pulmonaire plutôt qu'à une pneumonie souvent caractérisée, dès le début, par des vomissements répétés.

Lorsque la maladie est constituée, la douleur sous-mammaire, costale ou abdominale, peut se présenter soit sous la forme pleurodynique, soit sous la forme de névralgie intercostale. En tous cas, les troubles fonctionnels sont très vagues. Quant aux troubles physiques, sont-ils plus accentués ? Ils sont aussi très variables. La percussion en arrière et à la base peut être normale, quelquefois il y a un peu de submatité, mais très rarement une matité absolue, le plus souvent il y a diminution de sonorité, d'élasticité et de résistance sous le doigt qui percute, sonorité tympanique dans les régions sous-claviculaire et sus-scapulaire, correspondant à une augmentation des vibrations locales et à l'exagération du retentissement de la voix, phénomènes qui se rencontrent aussi dans la pleurésie et quelquefois aussi dans la pneumonie. Dans certains cas, le murmure respiratoire est affaibli. Dans d'autres, il est rude, comme granuleux, selon l'expression de Woillez; dans d'autres encore, la respiration est soufflante. De plus, on perçoit fréquemment des bruits surajoutés, voire même quelquefois des râles crépitants qui rendent encore le diagnostic difficile. En somme, il existe une variabilité excessive dans les signes physiques et fonctionnels, variabilité telle que, si l'on veut avoir quelque idée un peu nette de la maladie, il faut, en réalité, l'étudier selon la région, inférieure ou moyenne, du poumon qu'elle occupe.

Dans la congestion pulmonaire, on doit considérer deux phases : une première phase caractérisée par un afflux de sang exagéré qui vient augmenter de volume les capillaires alvéolaires et, par suite, diminuer le champ respiratoire. Ou bien la maladie s'arrête là, ou bien elle suit son cours et la seconde phase apparaît caractérisée par une exsudation de sérosité dans les alvéoles du poumon et, la turgescence des capillaires persistant, vous avez affaire à une véritable bronchite surajoutée. Ainsi, dans le premier cas, congestion simple; dans le second, congestion, exsudation, bronchite; dans le premier, submatité et diminution de la respiration, parfois sa suppression; dans le second, mêmes phénomènes avec, en plus, râles concomitants, crépitation intra-alvéolaire. Si la congestion siège dans le lobe inférieur, vous avez seulement une ampliation moindre du poumon et une diminution du murmure vésiculaire. Si la congestion est située dans la région moyenne, la respiration est rude, granuleuse, il existe un souffle bronchique limité, résultant de la propagation à travers un tissu condensé du bruit bronchique, souffle doux, lointain, s'entendant au niveau du hile, se passant dans les grosses bronches, très différent en somme du souffle tubaire de la pneumonie.

Au début, la congestion pulmonaire peut être confondue avec cette dernière affection et c'est la marche seule qui éclairera le diagnostic. Le diagnostic d'avec la pleurésie est aussi très délicat au commencement, la pleurésie aiguë étant au début bien plus une affection pulmonaire qu'une affection pleurale. Cependant, je le reconnais, la pleurésie n'est pas toujours une affection secondaire; il est des cas où elle peut être primitive. Mais, dans la pleurésie franche, c'est le poumon qui est pris le premier. Du reste, les deux affections se touchent tellement au début que le diagnostic différentiel en est réellement très difficile. Mais, lorsque les vibrations thoraciques sont conservées, c'est qu'il ne s'agit encore que d'une congestion pulmonaire, ce qui ne veut pas dire pour cela que lorsqu'elles sont supprimées, vous êtes en face d'une pleurésie. La percussion n'a que peu de valeur. L'auscultation fournit des signes communs aux deux maladies; cependant la résonance de la voix n'est que peu modifiée dans la congestion, tandis qu'elle l'est, au contraire, plus ou moins dans la pleurésie; ici vous avez de l'égophonie, un souffle voilé d'abord, aigu ensuite. Pourtant l'absence de ces deux phénomènes ne signifie pas pour cela qu'il n'y ait pas pleurésie, notamment dans le cas de pleurésie purulente.

Quant à la marche, elle est différente dans les deux maladies : ainsi, ascension brusque de la température et défervescence brusque et rapide, en trois ou quatre jours, caractérisent la congestion pulmonaire, tandis que dans la pleurésie l'ascension est lente, progressive, puis survient un long plateau dans la courbe thermométrique, après quoi a lieu une défervescence graduelle en douze ou quinze jours.

Dans la pleurésie commençant par le poumon, celui-ci, solidifié par son état congestif, plonge sans se laisser déprimer dans le liquide épanché dont la nappe monte d'autant plus. La dyspnée, alors peu considérable, n'est nullement en rapport avec l'étendue de la matité, le souffle s'étend jusqu'à la base ainsi que l'égophonie. Dans les autres pleurésies, le poumon surnage, le liquide s'accumule à la base; là aussi réside la matité, et les symptômes fonctionnels sont souvent d'une intensité moindre que lorsque la pleurésie a été précédée de congestion pulmonaire.

La pleurésie est généralement bénigne chez les enfants et guérit 99 fois sur 100. D'après les considérations que je viens d'exposer, le traitement est plutôt celui de la congestion que celui de l'épanchement pleurétique : ce sont des saignées, des émissions sanguines locales et l'ipéca au début. Quelques jours plus tard, on facilitera mieux la décongestion par le tartre stibié associé à l'opium; la dose est de 5 à 8 centigrammes de tartre stibié et de 5 centigrammes d'extrait thébaïque pour un enfant de dix à douze ans, administré dans une potion dans les vingt-quatre heures. A l'âge de deux à trois ans, les doses seraient de 1 à 2 centigrammes de tartre stibié et de 10 à 15 grammes de sirop diacode en potion. Quant aux vésicatoires, il ne faut y avoir généralement recours que plus tard, et surtout si l'on constate quelque exsudation pleurétique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 24 mai 1884. — Présidence de M. FRANCK.

COMMUNICATIONS

Fermentation. — M. REGNARD fait connaître l'appareil dont il s'est servi pour l'étude des fermentations. (Sera publié.)

Influence de la moelle sur la composition du sang. — M. QUINQUAUD fait une communication sur ce sujet.

M. BROWN-SÉQUARD signale un élément de la question que vient de traiter M. Quinquaud et qui lui paraît de la plus grande importance. Il a fait un grand nombre de sections de la moelle au niveau de la région cervicale. La mort a lieu alors suivant deux types différents; dans l'un il y a arrêt subit des échanges par

influence nerveuse; le sang est rouge partout. Dans l'autre, sous une influence inverse, le sang est noir dans les artères et rouge dans les veines.

Expériences nouvelles sur la vitesse du courant nerveux sensitif chez l'homme. — M. A.-M. BLOCH, après avoir fait un exposé de l'état de la question et résumé ses anciennes recherches sur le sujet, dit que l'étude comparative des sensations auditives et tactiles permet de déterminer la vitesse du courant nerveux sensitif. La simultanéité résultant d'un bruit, et d'un choc sur la main se manifeste lorsque le choc précède le bruit, et cela, depuis 5/250 jusqu'à 14/250 de seconde. Si on substitue le lobule du nez au doigt, les intervalles entre lesquels se produit le synchronisme apparent deviennent 3,6/250 jusqu'à 12/250 de seconde. A la suite d'interprétations basées sur les effets combinés des durées de transmission centripète et des persistances sensorielles, l'auteur arrive au chiffre de 114 mètres par seconde pour la vitesse du courant nerveux sensitif dans les nerfs. Son résultat de 1875 était 132 mètres. Il fait observer que l'approximation ancienne était plus délicate que celle des expériences actuelles et qu'il maintient le chiffre 132, ajoutant qu'il ne s'agit pas de quelques mètres en plus ou en moins, mais d'une vérification de la théorie qui a présidé aux deux procédés différents dont il s'est servi.

M. LABORDE signale une cause de variabilité dans les résultats tenant à la différence de délicatesse de l'impression tactile, laquelle est très grande, par exemple, entre la main et l'épaule. On peut constater des différences semblables si l'on compare aux phénomènes tactiles les phénomènes auditifs.

M. DASTRES demande à M. Bloch si, dans ses expériences, il a été tenu compte des différences relatives à la force de l'excitation.

M. BLOCH répond qu'il en a été tenu compte.

Micro-organismes de la tuberculose. — M. MALASSEZ fait une communication relative à des tentatives de coloration des micro-organismes de la tuberculose autres que le bacille.

Faits de M. Cumberland. — M. CH. RICHET, à l'occasion des faits de M. Cumberland, dit que c'est par erreur qu'on a attribué ces faits à une suggestion mentale. Il croit que la suggestion n'y est pour rien. Il a répété lui-même ces expériences sur plusieurs personnes et il lui a paru que le phénomène qui se passe dans ces circonstances est dû aux mouvements fibrillaires inconscients, que M. Chevreul a déjà dans le temps signalés dans des expériences analogues.

M. DUMONTPALLIER demande à M. Richet s'il n'a pas fait dans ses expériences la contre-épreuve, en demandant à la personne qui a caché l'objet qu'il s'agit de trouver, non pas d'y penser fortement, mais au contraire de faire effort pour l'oublier en pensant à autre chose.

M. RICHET n'a pas fait cette contre-épreuve.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1884. — Présidence de M. BUCQUOY.

COMMUNICATIONS

Traitement de la diphtérie par la combustion d'un mélange de térébenthine et de goudron. — M. CADET DE GASSICOURT, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques considérations sur le mode de traitement de la diphtérie proposé par M. le docteur Delthil. Nous sommes, dit-il, si désarmés en présence du croup et de la diphtérie qu'il est de notre devoir d'étudier avec soin tous les traitements qui paraissent devoir donner des résultats. Bien que n'ayant pu expérimenter moi-même encore le traitement de M. Delthil, ce que j'ai l'intention de faire avec tout le soin désirable aussitôt que j'aurai la direction du pavillon des croups à l'hôpital Trousseau, je veux faire connaître à la Société une nouvelle observation assez encourageante qui m'a été communiquée par un jeune confrère. Il s'agit d'un enfant atteint de croup qui fut soigné par ce confrère dès le début de la maladie. Celle-ci faisant de rapides progrès, on lui proposa de recourir au traitement de M. Delthil. Une heure et demie ou deux heures après l'application de ce traitement, la respiration de l'enfant devint plus facile; il éprouva un état de bien-être et une certaine tendance au sommeil. En même temps les fausses membranes semblaient se dissocier et ne tardaient pas à être expulsées. Cet état particulier des fausses membranes semble indiquer une action toute spéciale. Quoi qu'il en soit, après ce traitement, l'état de l'enfant était tel que la trachéotomie, qui auparavant était imminente, a pu être évitée. Il semble donc que, dans ce cas, le traitement de M. Delthil a produit un très bon effet. Non seulement, selon M. Delthil, il y aurait une action locale de ces fumigations sur les fausses membranes, mais aussi une action générale s'adressant à l'élément infectieux.

Il y a là un fait qui a une grande importance, c'est la dissociation des fausses membranes. Quant à l'action générale antiseptique, il faut faire les plus grandes réserves avant de se prononcer. On se rappelle ce qui est arrivé avec le nitrate de pilocarpine. On se souvient de l'intéressante observation de M. Lereboullet. Toutefois on n'a pas tardé à reconnaître que l'action de la pilocarpine était nulle et pouvait même être dangereuse chez les enfants atteints de diphtérie. J'ai moi-même essayé les injections sous-cutanées de nitrate de pilocarpine, me demandant si on ne pouvait pas ainsi modifier la texture des fausses membranes. J'ai bientôt été amené à reconnaître que ce médicament n'avait pas l'action qu'on lui supposait et que les fausses membranes n'étaient pas sensiblement modifiées. Cependant, sous l'influence de cet agent, les accès de suffocation s'éloignaient, diminuaient d'intensité ; je me demandai alors s'il ne s'exerçait pas une action sur le bulbe retardant ou empêchant l'asphyxie, le croup proprement dit. Dans une première série d'expériences, les statistiques montrèrent que, sous l'influence de ce traitement par la pilocarpine, il y avait un bien plus grand nombre d'enfants chez lesquels la trachéotomie pouvait être évitée.

Malheureusement, dans une seconde série d'expériences, je n'obtins pas les mêmes résultats et je ne tardai pas à me convaincre que j'avais été victime, ou pour mieux dire, témoin d'une série heureuse. Il faut donc se tenir en garde contre ces séries plus ou moins heureuses.

Toutefois il n'en est pas moins vrai que jusqu'ici le traitement de M. Delthil paraît avoir donné des résultats avantageux. Aussi me proposai-je, aussitôt que j'aurai la direction du pavillon des croups, de reprendre, avec tout le soin qu'elles méritent, les expériences du traitement de M. Delthil et de les faire aussi complètes, aussi probantes que possible.

M. FÉRÉOL félicite M. Cadet de Gassicourt de l'engagement qu'il vient de prendre. Il vient, à son tour, faire connaître un nouveau cas de guérison obtenu par le traitement de M. Delthil et qui lui a été communiqué par un confrère de province. Il s'agit d'un cas de croup qui était sur le point d'être opéré et qui ne l'a pas été parce que l'enfant a rendu ses fausses membranes peu de temps après l'application du traitement par les fumigations de térébenthine et de goudron.

En réponse à cette assertion émise dans la dernière séance par M. d'Heilly, à savoir que les carbures d'hydrogène résultant de cette combustion pouvaient être toxiques et dangereux surtout pour les enfants, M. Féréol croit pouvoir affirmer qu'il n'en est rien. Chez sa malade, ces fumigations ont été répétées toutes les deux heures, jour et nuit, pendant près de quinze jours et il n'y a pas eu la moindre menace d'intoxication. Loin de les redouter, elle les demandait elle-même, sentant que sous leur influence elle respirait plus librement et était plus calme. M. Féréol ne croit donc pas qu'il y ait lieu de se préoccuper de l'action toxique de ces vapeurs. Le seul danger, sur lequel d'ailleurs M. Delthil a

lui-même longuement insisté, est, chez les enfants trachéotomisés de laisser la canule se remplir de fausses membranes recouvertes de cette sorte de vernis que produisent ces fumigations et de déterminer ainsi une asphyxie purement mécanique, par occlusion de la canule.

M. DESCROIZILLES, avec M. Cadet de Gassicourt, est d'avis qu'il y a un grand intérêt à multiplier les expériences du traitement de M. Delthil et il se propose d'instituer très sérieusement ces expériences aussitôt qu'il sera en possession du pavillon des croups, à l'hôpital des Enfants.

M. D'HEILLY fait observer qu'il n'a tenu qu'à M. Delthil de continuer les expériences commencées à l'hôpital Trousseau et que c'est lui-même qui s'est retiré en présence des résultats déplorables qui avaient été obtenus.

M. FÉRÉOL dit que la présence de M. Delthil n'est pas nécessaire pour continuer ces expériences. Le procédé est des plus simples et peut être facilement mis en œuvre sans le secours de son auteur.

M. Féréol rappelle ce fait intéressant signalé par M. Weber à la Société de médecine vétérinaire : Une épidémie de diphtérie commençait à sévir sur un poulailler; plusieurs poules déjà étaient atteintes; on sait qu'en pareil cas un poulailler entier est décimé en quelques heures; or on eut l'idée, dans celui-ci, d'établir le procédé de M. Delthil, et, à partir de ce moment, toutes les poules qui n'étaient pas encore atteintes furent garanties et l'épidémie s'arrêta aussitôt.

M. CADET DE GASSICOURT fait observer qu'au moment où on a voulu commencer ces expériences, on se trouvait à l'hôpital Trousseau dans des conditions spéciales qui nécessitaient la présence de M. Delthil à ces expériences. Il faut ajouter aussi qu'on se trouvait en face d'une grande opposition de la part du directeur de cet hôpital qui reprochait à ce mode de traitement d'être sale. Il est vrai que patients, médecins, infirmiers sont tous transformés en véritables charbonniers. Quoi qu'il en soit, M. Cadet de Gassicourt est complètement d'accord avec M. Féréol sur la possibilité, à l'avenir, de renouveler ces expériences sans le secours de M. Delthil.

Endocardite ulcéreuse. — M. GRANCHER communique un fait d'endocardite ulcéreuse qu'il a l'occasion d'observer en octobre dernier et qui lui a permis de se livrer à des recherches spéciales sur cette affection. Après avoir rappelé la part qui revient à M. Lancereaux dans l'histoire de cette affection, ainsi que les travaux de plusieurs savants étrangers, M. Grancher fait observer que cette affection est loin d'être un type bien défini. Il y a, en effet, plusieurs endocardites ulcéreuses.

Dans le cas observé par M. Grancher, il ne s'agissait ni d'une femme en couches, ni d'un albuminurique ou d'un néphrétique, mais bien d'un vieux cardiaque atteint d'endocardite ulcéreuse primitive. Il était d'une pâleur extrême et très essoufflé; la température oscillait entre 38 et 39 degrés; il portait une grosse lésion cardiaque et présentait tous les phénomènes de l'asystolie.

On a signalé la présence de granulations sur les végétations de l'endocarde dans ces cas; on a même fait quelques cultures et on a procédé à la recherche anatomique des organismes inférieurs que contiennent ces granulations. M. Grancher a donc examiné tous les jours le sang de cet homme; on a fait une série de flacons dans lesquels on a fait des cultures, et toujours on a obtenu les mêmes résultats et trouvé les mêmes organismes constitués par des petits grains flottant dans le liquide. Ces organismes sont de petits micrococcus.

Le malade ayant succombé, on a fait la culture du sang de l'oreillette et du sang du ventricule. On a vu que les végétations étaient composées des mêmes organismes qui avaient été constatés avant la mort. Pour compléter ces expériences, M. Grancher se disposait à faire des inoculations sur les animaux, lorsqu'il constata que ces organismes étaient morts. Il ignorait qu'ils ne pussent se conserver vivants plus longtemps. Ce n'est donc qu'une observation d'attente. Il en faut de nouvelles pour compléter ces recherches.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XII

ACHARIUS.

Dans mes recherches botaniques aux environs de Paris, je m'étais adonné d'une manière spéciale à l'étude des *lichens;* ma collection dans ce genre le disputait par le nombre des espèces et l'authenticité des dénominations à celles de tous les botanistes de la capitale. Aussi de Candolle me pria-t-il de la lui confier pour traiter ce genre difficile dans la *Flore française*. Elle acquit surtout une grande valeur de science par mes relations et mes échanges avec le célèbre Acharius de Waldstena, en Suède. Ce professeur, qui, le premier, a créé la lichénologie, a publié plusieurs ouvrages importants sur cette matière ; il était pour les lichens ce que Fabricius était pour les insectes : les *Lichenographia suecica*, *Methodus lichenum*, *Lichenographia universalis*, *Synopsis lichenum*, sont des traités remarquables d'Acharius. Je tiens les deux derniers de l'auteur lui-même qui me cite souvent : ma correspondance avec ce lichénographe s'est continuée pendant dix ou douze ans jusqu'à sa mort. Je lui avais communiqué, soit de Paris, soit de la France ou d'Espagne, plus de 400 espèces dont il avait établi la nomenclature technique et il m'avait envoyé un grand nombre de ses types. M. Wahlberg, secrétaire de l'Académie royale des sciences de Stockholm, que j'ai connu à Paris en 1830, m'a raconté, à l'occasion de la mort d'Acharius, une anecdote que je ne balance pas à consigner ici.

Acharius, qui était jeune encore et passionné pour la botanique, éprouva une si vive émotion en recevant de moi un envoi considérable de plantes d'Espagne qu'il en tomba malade et que, peu de temps après, il mourut. La maladie, si rapidement mortelle, fut-elle produite par l'émotion, comme paraissait le croire M. Wahlberg, ou bien ne fut-elle qu'une coïncidence avec le fait de la réception des plantes ? J'aime beaucoup mieux croire à cette coïncidence et elle offre plus de probabilité.

PÉRON.

Lorsque l'expédition du capitaine Baudin dans l'Océanie fut terminée, j'eus l'occasion de faire à Paris la connaissance de Péron, qui en faisait partie comme anthropologiste : homme de quarante ans, petit, maigre, fluet, figure pâle et triste, d'une faible constitution usée par sa mission scientifique. C'était un naturaliste instruit, un excellent observateur ainsi que le prouvent ses ouvrages ; il ne survécut que peu d'années après son retour en France.

BONPLAND.

J'ai connu Bonpland peu de jours avant son départ pour l'Amérique avec l'illustre Humboldt. Homme de trente ans, taille ordinaire, belle figure, corps bien pris, bonne constitution, de très bonnes manières, botaniste ardent. Lors du retour de Humboldt, Bonpland demeura dans l'Amérique du Sud, fut prisonnier au Paraguay pendant dix ans et ne cessa de s'occuper des questions pratiques d'histoire naturelle qu'à sa mort (1858).

Indépendamment des savants spéciaux, médecins, naturalistes, que j'avais vus ou connus à Paris, au commencement du siècle, durant mes études médicales, j'eus occasion de voir quelques per-

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 mai 1884.

sonnages célèbres ou des hommes haut placés auxquels je dois de la reconnaissance ; je mentionnerai les suivants :

NAPOLÉON BONAPARTE.

J'ai vu deux fois, aux séances de l'Institut, le *Grand Napoléon*, lorsqu'il n'était que premier consul : son habit d'académicien, noir avec broderies vertes, semblait rapetisser singulièrement l'illustre guerrier. Un jour, je l'entendis soulever et soutenir une discussion relative à l'usage des draps imperméables pour l'habillement des troupes. Les médecins et les physiciens, entre autres Portal, Hallé, Lassus, Fourcroy, Berthollet, Laplace, lui opposèrent le grave inconvénient d'empêcher ou de répercuter la transpiration insensible. Napoléon, avec une parole facile mais peu animée, objecta l'usage des athlètes de l'antiquité qui, pour se préparer au combat, pratiquaient sur tout le corps des onctions huileuses; celles-ci, en bouchant les pores de la peau, devaient nuire à la transpiration et cependant elles étaient suivies d'un plus grand développement des forces. On répliqua à cette objection spécieuse que la lutte des athlètes n'était qu'un exercice momentané et qu'après le combat, les lotions parfumées rétablissaient les fonctions de la peau. Bonaparte se rendit à ces raisons, sans le moindre signe d'humeur et la discussion fut fermée.

HERSCHELL.

Le célèbre astronome, je l'aperçus une seule fois à l'Institut ; il avait belle taille.

CARNOT.

Ma vue s'est souvent arrêtée, à l'Institut, avec un sentiment d'admiration et de respect sur cet ancien ministre de la guerre sous la Convention qui, de son bureau, avait su tracer les célèbres campagnes de nos nombreuses armées envoyées aux frontières de la France envahie. Homme de cinquante ans en 1806, d'une taille au-dessous de la moyenne, maigre, pâle, physionomie grave et noble, bonne tenue, mœurs austères, républicain de conviction : quoique de la même section de l'Institut que Bonaparte, il n'y avait pas de sympathie entre eux. Carnot, que son pur patriotisme rapprocha de Napoléon aux mauvais jours de 1815, termina sa carrière militaire par la glorieuse défense d'Anvers et sa vie politique par l'exil à la Restauration ; il se retira à Varsovie, puis à Magdebourg, où il consacra le reste de ses jours à l'étude ; il mourut en 1823.

BERNARDIN DE SAINT-PIERRE.

J'ai vu plusieurs fois, aux séances de l'Institut, l'auteur des *Études de la nature* et de *Paul et Virginie* : vieillard de taille moyenne, embonpoint assez prononcé, belle et bonne figure, au teint rosé, aux longs cheveux blancs flottant sur les épaules.

GRÉGOIRE.

L'abbé Grégoire, ex-conventionnel, fréquentait souvent la classe des sciences physiques de l'Institut, quoiqu'il appartînt à celle des sciences morales et politiques : homme de soixante ans en 1805, taille au-dessus de la moyenne, corps bien droit, toilette soignée sous la tunique sacerdotale violette.

BELIN DE BALLU.

J'allais souvent prendre mes repas du soir avec Bory de Saint-Vincent chez le traiteur Luys, rue de Seine, et nous avons eu fréquemment pour commensal Belin de Ballu, helléniste distingué, homme de soixante ans, taille moyenne, un peu d'embonpoint, bonne figure au teint animé, caractère aimable, d'une grande simplicité de mœurs, membre de l'Académie des Inscriptions depuis plusieurs années, auteur de nombreux ouvrages.

ROGER DUCOS.

Pendant tout mon séjour à Paris, je dînais habituellement tous les dimanches chez l'un de nos sénateurs des Landes, Roger Ducos (de Dax). Il avait eu quelques relations avec ma famille et j'étais l'ami de son fils qui était de mon âge. Homme de soixante ans, taille ordinaire, figure ovale, maigre, pâle, nez saillant, pointu, physionomie grave, distinguée, caractère bienveillant, mise très soignée ; sa mine, son maintien, la sobriété de sa parole, semblaient indiquer un grand penseur et je crois qu'il pensait fort peu. Il fut collègue de Bonaparte et de Sieyès au Directoire : il conservait au Luxembourg ses appartements de directeur, sa table était somptueuse. La Restauration le proscrivit comme conventionnel *régicide*. Il périt en s'expatriant (1816), aux environs de Nuremberg : sa voiture fut violemment renversée dans un précipice, il expira sur le coup.

DIZÈS.

Je voyais fréquemment aussi un autre sénateur de l'arrondissement de Saint-Sever, Dizès, l'ami intime de Roger Ducos, conventionnel comme lui : homme de plus de soixante ans, taille un peu au-dessous de l'ordinaire, maigre, ridé, grison, d'une mise très négligée quoique millionnaire, chapeau *herpétique*, un bas de laine en guise de cravate, habit gris éternel : philosophe ou original *sublurìde*, esprit caustique et instruit, caractère rude, âpre, mais bon en définitive, fort mal logé, fureteur de bouquins, n'ayant qu'un vieux domestique *à la matinée*. Je déjeunais souvent chez lui et toujours trop sobrement : j'avais gagné son affection parce qu'il me savait studieux. Il se plaisait à m'accompagner dans mes excursions botaniques un peu lointaines dont il faisait toujours les frais (à Vernon, Compiègne, Senlis, Saint-Maur, etc.) ; nous faisions plusieurs lieues à pied et il avait du mérite à favoriser mes recherches, car il n'avait pas le goût de l'histoire naturelle. Je le revis à Paris en 1818, époque où les événements politiques l'avaient frappé d'ostracisme ; mais, au lieu de s'expatrier comme son malheureux ami, il se tînt dans un logement obscur et prit un pseudonyme. Il mourut en 1830 : sa colossale fortune passa dans la famille de Poudenx, à laquelle sa nièce s'était alliée.

Brefs signalements des membres de l'Académie des sciences que j'ai vus dans les cinq premières années du siècle et qui aujourd'hui (1857) *sont tous décédés :*

LAGRANGE. Taille moyenne, figure pâle, grave, distinguée.

LAPLACE. Grand, belle et noble figure.

LEGENDRE. Taille moyenne, maigre, noiraud, facies subsimiaque, maintien embarrassé.

DELAMBRE. Taille moyenne, robuste, bonne mine.

LACROIX. Petit, maigre, couperosé, boiteux.

MONGE. Taille moyenne, nez épaté, bouche grande, tête de lion.

PRONY. Taille moyenne, blond fade, cheveux du front relevés, air savant.

BONAPARTE. Petit, cheveux noirs plats, figure grave, pâle, beaux yeux.

CARNOT. Petit, pâle, sérieux, grave, distingué.

LALANDE. Petit, hérissé, vieux, laideur proverbiale, figure de chafouin.

BOUGAINVILLE. Grosse tête branlante, ailes de pigeon, air distingué, bonne tenue.

CHARLES. Bel homme, tête régulière, bonne mine.

BRISSON. Petit, vieux, bonne figure.

COULOMB. Taille moyenne, figure pâle, noble,

BERTHOLLET. Taille moyenne, gros, lourd, figure rougeâtre, allure peu savante.

GUYTON DE MORVEAU. Taille moyenne, figure maigre, nez pointu, allure bourgeoise.

FOURCROY. Taille moyenne, joli homme, teint fleuri, mise soignée.

VAUQUELIN. Grand, maigre, efflanqué, simple, candide, air gauche, ne se doutant pas de sa valeur scientifique.

DEYEUX. Taille moyenne, maigre, bouche enfoncée, air de bonté.

CHAPTAL. Grand, bel homme, cheveux noirs, figure pâle, méridionale.

HAÜY. Taille moyenne, maigre, vieux, tête inclinée, physionomie de bonté, savant modeste.

DESMAREST. Gros, court, vieux.

LELIÈVRE. Taille moyenne, figure vulgaire.
SAGE. Assez gros et court, bonne façon.
LAMARCK. Taille moyenne, bonne figure, devenu aveugle.
DESFONTAINES. Taille moyenne, maigre, simple, maintien embarrassé.
ADANSON. Petit, ridé, très vieux, contrastant avec l'*Adansonia baobab*.
JUSSIEU. Grand, myope, maigre, simple, poli, quatrième du nom.
VENTENAT. Grand, maigre, nez long, figure animée, tournure monacale.
LABILLARDIÈRE. Court et gros, timide, yeux protubérants.
LACÉPÈDE. Grand, maigre, arqué, couperosé, très obséquieux.
TENON. Grand, maigre, ayant toujours des dents à la main pour ses démonstrations.
CUVIER. Taille moyenne, blond, tournure germanique, figure grave, crâne énorme.
BROUSSONNET. Grand, brun, bel homme, figure méridionale.
RICHARD. Petit, laid, couturé.
OLIVIER. Grand, maigre, pâle, froid, grave, sec.
DESESSARTS. Taille moyenne, gros facies de docteur.
SABATIER. Petit, maigre, très vieux.
PORTAL. Grand, maigre, pâle, nez pointu, figure sculptée.
HALLÉ. Taille moyenne, gros, cheveux hérissés, yeux petits, spirituels.
PELLETAN. Taille moyenne, grave, bonne façon.
LASSUS. Taille moyenne, sourcils fournis, vieux.
THOUIN. Taille moyenne, figure fleurie, régulière, joli homme.
TESSIER. Grand, maigre, bonne figure, animée, plate.
CELS. Taille moyenne, bonne tournure.
PARMENTIER. Taille moyenne, gros, bien nourri, frais, bonne figure.
HUZARD. Grand, gros, pâle, sublymphatique.
RUMFORD. Grand, maigre, l'inventeur des soupes économiques.
RAMOND. Petit, maigre, vif, figure spirituelle.
LATREILLE. Taille moyenne, chauve, figure animée, air de bonté.
GEOFFROY SAINT-HILAIRE. Taille moyenne, gros, lourd, grave, figure sombre, pâle.
GAY-LUSSAC. Taille moyenne, jeune, ardent, célèbre par ses ascensions aérostatiques.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Circulaire relative au certificat de grammaire, exigé des candidats au diplôme d'officier de santé. — Arrêté y annexé.

26 avril 1884.

Monsieur le Recteur, le décret du 1er août 1883 exige (art. 1er, § 2) des candidats au grade d'officier de santé, qui ne sont pas en mesure de justifier d'un diplôme de bachelier ou du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, un certificat de grammaire complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial.

D'après les règlements en vigueur, les programmes de l'enseignement spécial sont répartis en cinq années, dont les deux dernières préparent directement au baccalauréat de cet ordre d'enseignement.

Je suis consulté sur la question de savoir si l'examen complémentaire du certificat de grammaire doit porter sur le programme de ces cinq années. Cette interprétation du décret du 1er août serait contraire à son esprit, puisque, en son article premier, ce décret n'entend exiger des candidats au grade d'officier de santé qu'un examen portant sur *les éléments* de physique, de chimie et d'histoire naturelle.

Afin d'éviter aux candidats toute incertitude dans leur préparation à cet examen, il convient de les informer que les interrogations de physique, de chimie et d'histoire naturelle porteront sur les programmes des trois premières années d'études de l'enseignement secondaire spécial.

Je vous prie de faire connaître ces dispositions à M. le doyen de la Faculté de médecine et à MM. les directeurs des écoles de médecine et de pharmacie de votre ressort académique, et de veiller personnellement à leur exécution.

Le Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Arrête :

A partir du 1er novembre 1884, les candidats au certificat de grammaire, aspirant au diplôme d'officier de santé ou de pharmacien de deuxième classe, seront interrogés conformément au programme d'études prescrit par l'arrêté du 2 août 1880 pour la classe de quatrième des lycées.

Les candidats aspirant au diplôme d'officier de santé devront, en outre, subir l'examen complémentaire prévu par le décret du 1er août 1883 (article Ier, § 2), portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme des trois premières années d'études de l'enseignement secondaire spécial.

Paris, le 10 mai 1884.

A. FALLIÈRES.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

139. M. GUIMBAIL. De la folie à la ménopause. — 140. M. RENARD. Quelques considérations sur le traitement de l'hydrocèle simple. 141. M. RIBEROLLES. Contribution à l'étude des phénomènes nerveux de la fièvre typhoïde. — 142. M. FAVREL. De la lymphangite dans les maladies de la peau. — 143. M. CHAMBERT. Matériaux pour servir à l'histoire des éclampsies puerpérales. — 144. M. BASTAKI. Du bichlorure et du bi-iodure de mercure en obstétrique. — 145. M. BEUVE. Le sublimé en obstétrique (cinq mois d'observation à la Clinique d'accouchement). — 146. M. BORDÉREMY. Des rémissions dans l'ataxie locomotrice. — 147. M. ROSENBLITH. Étude sur quatre cas de cirrhose hypertrophique graisseuse. — 148. M. THOMAS. Contribution à l'étude du traitement de la teigne tondante.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle en date du 23 mai :

M. Lubrez, médecin-major de deuxième classe, passe du bataillon du 122e d'infanterie, rentrant de Tunisie, au bataillon du 76e d'infanterie détaché à Épinal.

M. Midon, aide-major de première classe, passe du bataillon du 20e d'infanterie, rentrant de Tunisie, au 128e d'infanterie.

— Sont admis à prendre part au concours d'agrégation des Écoles supérieures de pharmacie (section des sciences naturelles et de pharmacie) qui s'ouvrira à Paris, le 2 juin 1884, les candidats dont les noms suivent :

Académie de Paris. — M. Gérard (René-Constant-Joseph), docteur ès sciences naturelles, pharmacien de première classe.

Académie de Montpellier. — MM. Courchet (Lucien-Désiré-Joseph) et Gay (Henri-Félix-François), pharmaciens supérieurs de première classe.

Académie de Nancy. — M. Thouvenin (François-Maurice), pharmacien supérieur de première classe.

— En 1292, 37 personnes exerçaient, dans Paris, l'art de guérir : 29 mires ou meires et 8 mirgesses ou meiresses. Ces dernières sont les ancêtres scientifiques de nos doctoresses actuelles. Paris comptait encore, en 1292, deux ventrières ou sages-femmes.

— M. le docteur Royer, ancien membre du Conseil municipal de

Paris, vient de recevoir une médaille d'honneur — médaille d'argent de deuxième classe — pour sa belle conduite lors de la catastrophe qui a eu lieu le 18 mars dernier dans la rue Saint-Denis.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Quissac, professeur-agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

— La Société de médecine légale vient de déclarer la vacance de dix places de membres correspondants nationaux.

Les candidats (appartenant aux sciences médicales ou juridiques) sont invités à adresser leurs demandes, dans le plus bref délai, au secrétaire général, 7, rue Monsigny, à Paris.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16248.

9

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

36

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci contre, en rouge.

P. Rigollot

19

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

7

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

82

Globules du docteur de Korab

A L'HÉLÉNINE DE KORAB

116

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

66

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

19

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

11

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine.
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : Ch. Le Perdriel

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

7

Vins d'Ossian Henry,

membre de l'Académie de médecine.

Vin de Quinquina titré simple. — Titrant un gramme d'alcaloïde et 12 grammes d'extractif par 1,000 grammes. — *Tonique.* — *Fébrifuge.*

Vin de Quinquina ferrugineux. — Contient 0,10 de sel ferreux par 30 grammes de vin. — *Chlorose, Anémie, Longues convalescences,* etc., 5, r. d'Anjou St-Honoré, et dans toutes les pharm.

23

Capsules Lagasse

A LA GEMME DE PIN MARITIME

Hydro-gemmine Lagasse

EAU DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE.

Rhumes, toux, catarrhes, bronchites, affections des reins, catarrhes utérins, uréthrite.

31

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

146

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann, 41, et principales phies.

58

EAU SULFURÉE, SODIQUE ET CALCIQUE.

Eaux-Bonnes (*Basses-Pyrénées*).

SAISON DU 15 MAI AU 15 OCTOBRE.

Affections chroniques de la gorge, du larynx et des bronches ; asthme, pleurésies chroniques. — Prévient la *phtisie pulmonaire* et peut souvent en arrêter les progrès. — Attendu sa *double sulfuration,* privilège qui lui est exclusif, cette eau se distingue, entre toutes, par la *profondeur* et la *durée* de ses effets curatifs.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

12

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

75

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

N° 62. — JEUDI 29 MAI 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 29 MAI 1884. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Les fractures de l'extrémité inférieure du péroné. — ÉCOLE PRATIQUE. Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice; paralysie des nerfs moteurs de l'œil. — Influence de la moelle épinière sur la composition du sang et sur la nutrition. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Thèses. — Nouvelles. — Bibliographie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la locomobilité du cerveau est close et avec elle se termine la discussion incidente soulevée entre deux membres de l'Académie, à côté de la question de fond et sur un terrain de personnalités sur lequel nous n'avons pas cru devoir les suivre. Que restera-t-il de ce débat? Malgré les objections anatomiques et physiologiques faites, sans contredit, avec une grande autorité, aux premières conclusions de M. Luys, et qui l'ont obligé à chercher et à produire à leur appui de nouveaux faits et de nouveaux arguments, nous croyons que le fait avancé par M. Luys, l'existence d'un espace libre entre le cerveau et son enveloppe osseuse et la locomobilité possible de cet organe dans une certaine limite, restera établi. S'il peut subsister encore des doutes et s'il y a lieu à faire quelques réserves, soit sur l'étendue du phénomène, soit sur son importance physiologique et pathologique, c'est à M. Luys, qui ne faillira certainement pas à cette tâche, d'en poursuivre l'étude et d'en faire ressortir, par la double voie de l'expérimentation et de l'observation, les conséquences et les applications possibles à la pratique.

M. Verneuil, après la clôture de la discussion, a donné lecture d'un travail très intéressant sur les épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein, à l'occasion de deux faits de ce genre qui viennent de se passer récemment, l'un dans son service, l'autre dans celui de son collègue de la Charité. Il s'agit là, comme M. Verneuil l'a très justement fait remarquer au début de sa communication, d'un de ces cas si communs dans la pratique où les choses de la pathologie interne et celles de la pathologie externe sont étroitement entrelacées, où l'état des organes profonds décide souvent du sort des opérés. Ajoutons que c'est là un des sujets des études de prédilection de M. Verneuil qui lui feront le plus grand honneur.

Au début de la séance, M. J. Guérin a annoncé en termes émus à ses collègues la triste nouvelle de la mort de M. le professeur Bouisson (de Montpellier), membre associé de l'Académie. Nous ne pouvons que nous associer, pour notre compte, aux profonds regrets exprimés par M. J. Guérin et au juste hommage qu'il a rendu, en quelques mots, au savoir profond, aux mérites multiples et au noble caractère de cet éminent confrère.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.

Les fractures de l'extrémité inférieure du péroné.

Depuis une quinzaine de jours, nous avons eu dans le service quatre ou cinq fractures de l'extrémité inférieure du péroné; aussi j'en profite pour répondre au désir qui m'avait été manifesté de traiter ici cette question.

Les fractures de l'extrémité inférieure du péroné ou des malléoles se produisent toujours par l'un ou l'autre des mécanismes suivants : tantôt le pied se renverse en dedans, et la fracture est dite par adduction; tantôt il se renverse en dehors, et nous avons la fracture par abduction; et les lésions qui en résultent sont parfaitement distinctes.

1° *Fractures par adduction.* — Quand le pied se renverse en dedans, il ne se produit ordinairement qu'une seule variété de fracture : c'est ou ce sont les ligaments qui unissent l'extrémité inférieure du péroné avec les os du tarse qui sont tiraillés. Or, ces ligaments étant très résistants, le plus souvent c'est la malléole externe qui s'est brisée, en un point variable, et si la partie fracturée est plus ou moins longue, cependant elle ne dépasse jamais le bord inférieur de la diaphyse. Cette fracture est appelée fracture par arrachement ou par adduction.

Quelquefois, mais c'est là déjà une complication, il se produit un certain écrasement de la malléole interne, écrasement peu grave en réalité, parfois remplacé par une forte contusion de la malléole.

La fracture par adduction n'est pas très fréquente ; en tous cas, ses symptômes sont faciles à reconnaître. Il n'y a généralement pas de trait de disjonction, pas de trait de fracture et si par la pression on détermine à son niveau de la douleur, cette douleur est localisée parce que la malléole arrachée n'est pas éloignée de la mortaise articulaire, les fragments étant restés en place. On détermine aussi de la douleur si on cherche à reporter le pied en dedans, parce que, dans ce cas, on disjoint de nouveau les fragments. Enfin quelquefois on sent une certaine mobilité du fragment inférieur en pressant sur le sommet de la malléole. Ajoutez à cela les phénomènes périphériques, gonflement, ecchymose, etc.

Cette fracture se consolide avec une très grande facilité, mais, s'accompagnant presque toujours d'épanchement dans l'articulation, par suite, d'un peu d'arthrite, il s'ensuit que longtemps après sa guérison le malade conserve une certaine raideur articulaire.

2° *Fractures par abduction.* — Ces fractures sont beaucoup plus compliquées par leur nature et par les variétés qu'elles présentent. Quand le pied est porté en dehors dans sa totalité, il ne se trouve pas simplement renversé; mais en raison de la disposition anatomique, il se produit un second mouvement auquel Maisonneuve attribuait à juste titre une grande importance, c'est-à-dire un mouvement dans lequel la pointe du pied est portée en haut. Or, dans ce double mouvement, le ligament latéral interne est tiraillé, la malléole interne est arrachée à sa base ou quelquefois seulement dans la crête qui la termine; en même temps, sinon même avant, la malléole externe est sollicitée en dehors non seulement par la pression de la face externe des os du torse, mais par une sorte de mouvement de rotation de l'astragale qui prend une direction oblique et détermine ainsi l'écartement des malléoles. Le péroné subit ainsi une sorte de torsion sur lui-même et dans ce double mouvement se fracture dans son point le plus faible, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du sommet de sa malléole, tandis que la fracture par arrachement du tibia se fait au-dessus des ligaments qui unissent les deux os de la jambe. Ainsi, dans la fracture par abduction, il y a : 1° arrachement de la malléole interne; 2° fracture de la malléole externe à sa base, à un niveau qui varie de 2 à 3 centimètres; 3° action plus ou moins violente — tiraillement et allongement — sur le ligament péronéo-tibial. Voilà ce que Maisonneuve a appelé la fracture par divulsion dans le cas de renversement du pied en dehors avec pointe en haut, c'est-à-dire dans le cas d'abduction.

Passons maintenant aux variétés que cette fracture peut présenter.

Si, au moment où la fracture a lieu, l'effort a été assez violent pour rompre le ligament péronéo-tibial, nous avons alors la fracture véritablement dangereuse du péroné, la fracture dite de Dupuytren. Supposons qu'il y ait arrachement de la malléole interne, fracture de la malléole externe et déchirure du ligament; dans ce cas-là, le pied n'étant plus soutenu et la malléole externe étant, avec le pied, renversée en dehors, la malléole interne arrachée fait saillie sous la peau qu'elle tend à perforer, qu'elle déchire même sur une étendue variable et l'os fait saillie au dehors. On a ainsi une plaie pénétrante avec menace d'arthrite grave. Si la peau n'est pas déchirée, elle se trouve tellement comprimée par le fragment osseux, que pour peu que cette pression persiste, la peau se sphacélera avec la plus grande facilité. C'est dans cette fracture que l'on voit se produire sur le péroné ce que Dupuytren a appelé le coup de hache. Mais ce n'est pas tout; ce qui est plus grave encore, c'est que rien n'est plus difficile que de maintenir les fragments osseux en place. Le pied, n'étant plus soutenu par son côté externe, est constamment sollicité par les muscles péroniers qui, du côté interne, n'ont pas d'antagonistes pour leur faire contrepoids; en un mot, le pied éprouve une tendance continue à se renverser en dehors; de là le danger d'une consolidation vicieuse rendant par suite la marche impossible.

Cette fracture présente des degrés variables, mais, quel que soit ce degré, du moment que le ligament est détruit, vous devez vous en défier et appliquer le plus rapidement possible un appareil qui maintienne le pied dans une bonne position.

Que si, comme cela arrive quelquefois, vous n'êtes appelé auprès du blessé que plusieurs jours après l'accident, ayez soin d'avertir le malade et ceux qui l'entourent des difficultés de réduire et maintenir la fracture dans une bonne position et des chances d'une consolidation vicieuse.

Une seconde variété des fractures par abduction est la fracture par diastasis. Nous en avons un exemple remarquable en ce moment dans nos salles, au n° 47. Ce malade, d'ailleurs fort intelligent, nous a raconté qu'en sortant de chez lui, il était tombé en approchant son pied sur le bord du trottoir; il avait eu grand'peine à se relever, la douleur était extrêmement vive, et il avait dû se faire porter jusqu'ici. Chez lui, nous avons constaté l'arrachement de la malléole interne à son sommet, mais nous avons été bien surpris de ne rien trouver le long du péroné; ce n'est qu'en haut, un peu avant d'arriver à la tête de l'os, que nous avons aperçu une tuméfaction produite par un épanchement sanguin et au-dessus nous perdons l'os, mais nous provoquons par la pression une certaine douleur ainsi qu'une crépitation très nette. Si ces phénomènes ne peuvent nous fournir aucun élément, quant au siège exact de la fracture, cependant celle-ci doit exister certainement à quelques centimètres au-dessous de la tête de l'os. D'autre part, je constatais que le ligament interarticulaire était détruit, la mortaise disjointe. En résumé, ces divers symptômes nous démontraient un mécanisme analogue à celui que nous avons décrit tout à l'heure, avec cette différence cependant que, l'extrémité inférieure du péroné ayant résisté à l'effort tendant à le briser, la fracture s'était produite beaucoup plus haut. Cette variété de fracture est rare.

Mais il nous est arrivé mieux que cela, il y a trois semaines : un cas exceptionnel. L'histoire du malade est la même que celle du précédent, et il y a eu arrachement de la malléole interne et fracture du péroné dans le voisinage de sa tête; quant au diastasis, à la séparation des malléoles, rien, de telle sorte que la seule explication possible était dans une fracture par simple divulsion.

Voilà pour les fractures classiques dites de l'extrémité inférieure du péroné. On a décrit d'autres fractures de cet os, mais ce sont en réalité des fractures de jambe.

Passons maintenant aux symptômes des fractures par abduction. Les symptômes fonctionnels ont peu d'importance, les principaux phénomènes sont une douleur plus ou moins vive, un certain gonflement survenu quelques heures après l'accident, ainsi qu'une ou plusieurs ecchymoses très étendues, au niveau de la fracture, si étendues même parfois que leur vue seule, en dehors de tout autre signe, permet de soupçonner l'existence d'une fracture. — Quand on examine le malade, le premier signe que l'on constate est une douleur à la pression sur l'os lui-même, douleur pouvant siéger en un ou plusieurs points, douleur aussi très nette par la pression au sommet de la malléole interne; crépitation. Pour explorer la mortaise, il faut avoir soin de prendre, d'une part, à pleine main la jambe et, de l'autre, le talon, le pied étant bien en équerre, de telle sorte que l'on a la sensation de disjonction pour peu que le ligament ait été tiraillé ou détruit. Enfin, il faut chercher encore s'il existe une mobilité anomale, ce que l'on constatera souvent en pressant sur le sommet de la malléole externe.

Le traitement des fractures sans déplacement et avec in-

tégralité de la mortaise est celui de toutes les fractures, c'est-à-dire l'immobilisation pendant vingt-cinq ou vingt-huit jours. Chez les jeunes gens, j'applique un appareil silicaté *sans ouate,* en maintenant bien le pied en équerre parfaite, et au bout de cinq ou six jours je permets de commencer à marcher. Mais dès qu'il s'agit d'une fracture compliquée, fracture de Dupuytren, fracture de la malléole interne, j'applique la gouttière plâtrée, le pied et la jambe placés dans une bonne position, faute de quoi la consolidation sera vicieuse.

J'aurais certainement bien des choses encore à dire sur les fractures qui font le sujet de cette leçon, mais je n'ai voulu vous en donner ici que le schéma.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Galezowski.

Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice; paralysie des nerfs moteurs de l'œil (1).

(Leçons recueillies par M. Félix Despagnet.)

II

Il y a trois points principaux qu'il faut toujours avoir présent à la mémoire quand nous nous trouvons devant une diplopie par paralysie :

1° *La théorie des points identiques;* 2° *le point de la rétine où va se faire l'image de l'objet perçu*; 3° *de quel côté l'œil rapporte l'image qui ne se fait pas dans la macula.*

Est-ce à dire que tout individu dont les axes optiques des deux yeux ne convergeront pas vers le même point, dont les points identiques ne seront pas impressionnés à la fois, verra forcément double? Certainement non, et nous trouvons souvent, en effet, des personnes dont l'un des deux yeux est strabique, soit par vue de réfraction, soit par suite de paralysie ancienne, ne voyant qu'une seule fois le même objet. Comment expliquer ce phénomène, car, théoriquement, nous devrions, dans ces cas, constater de la diplopie? C'est que ces malades, avec l'habitude, finissent par faire abstraction de l'une des deux images. L'image fausse, celle donnée par l'œil strabique, se produit sur un point quelconque, mais périphérique de la rétine. Or, en physiologie, on nous démontre que la partie la plus sensible de la rétine c'est la partie centrale, la macula, et que plus on s'éloigne de ce centre, plus la sensibilité diminue. Aussi l'image fausse est-elle toujours moins nette, plus diffuse que la vraie, car elle se fait toujours à la périphérie. Progressivement, comme s'il s'était produit une sorte d'anesthésie de la rétine, l'œil finit par ne plus s'en apercevoir, par la perdre. C'est pourquoi, si ces individus ont la vision simple, c'est qu'ils ne voient que d'un œil.

Mais revenons au diagnostic des diverses paralysies et à leur plus ou moins grande fréquence dans l'ataxie locomotrice.

La paralysie de la troisième paire est, de toutes, celle que l'on y rencontre le plus fréquemment. Elle peut être totale ou partielle. Totale, quand toutes les branches se trouvent prises, elle est facile à diagnostiquer. En effet, innervant, ainsi que nous l'avons dit, le droit interne, supérieur et inférieur, l'œil ne peut exécuter aucun mouvement en dedans. Tout malade ayant une paralysie de la troisième paire voit double, par conséquent, chaque fois que l'objet qu'il regarde se trouve placé en dedans de l'œil paralysé, c'est-à-dire du côté de l'œil sain, et l'image se reproduisant toujours du côté externe de la rétine, l'œil la rapporte plus en dedans qu'elle ne l'est en réalité par rapport à lui. D'où on a toujours des images croisées dans la paralysie de la troisième paire, c'est-à-dire que l'image qui est à gauche est fournie par l'œil droit, et l'image qui est à droite est fournie par l'œil gauche. Quant à reconnaître quel est l'œil paralysé, cela est bien simple. Plus l'objet fixé sera porté du côté de l'œil sain, plus l'écartement des images augmentera. Plus, au contraire, l'œil fixé sera porté du côté de l'œil malade et plus les images se rapprocheront, plus la diplopie tendra à disparaître.

En d'autres termes, les symptômes fonctionnels de la paralysie de la troisième paire peuvent se résumer ainsi : *Diplopie aux images croisées; l'écartement des images augmente du côté de l'œil sain, diminue du côté de l'œil malade.* Nous avons aussi des symptômes physiques : le strabisme d'abord, qui est toujours divergent, le droit externe entraînant l'œil en dehors, puisque son antagoniste, le droit interne, est paralysé. La troisième paire fournissant le filet du releveur de la paupière supérieure et de fibres contractiles de la pupille, on a, en même temps, *ptosis* et *mydriase.* Tels sont les signes de la paralysie totale de la troisième paire. Mais il arrive souvent que la paralysie est partielle, que certaines branches seules sont atteintes. En effet, la *mydriase* peut exister isolément sans la paralysie d'aucun autre muscle. A notre avis, ce n'est là qu'une manifestation d'une paralysie partielle de la troisième paire et non la conséquence d'une altération plus ou moins spéciale de telle ou telle partie du cerveau. Cette mydriase isolée est bien des fois le premier phénomène de l'ataxie. Il est donc très important de bien connaître les différentes causes de la mydriase. Elle peut être d'origine syphilitique, mais il faut toujours être très méfiant dans ce cas, la mydriase pouvant être la manifestation non d'une névrite interstitielle périphérique d'une des branches de la troisième paire, mais bien la conséquence d'une ataxie au début, provoquée par la syphilis. La mydriase peut aussi se produire, par action réflexe, à la suite d'une névrite de la cinquième paire, consécutive à une carie dentaire. Elle peut survenir à la suite de contusion ou blessure de la région péri-orbitaire. On la rencontre enfin dans les altérations profondes de l'œil : glaucome, hémorragie du corps vitré, etc., etc.

On peut aussi parfois observer le *ptosis* comme seule manifestation de la paralysie de la troisième paire, mais ce fait est rare. Le plus communément il existe avec la paralysie commençante des autres filets. En tout cas, elle ne tarde pas à se produire.

La paralysie de la troisième paire ne se rencontre pas que dans l'ataxie, mais c'est dans cette affection qu'on la trouve le plus souvent. Elle est rarement binoculaire, presque toujours monoculaire. Quand elle se produit, elle dure un certain temps et peut disparaître toute seule, ainsi que l'ont très justement écrit Duchenne (de Boulogne) et Trousseau; mais elle revient, disparaît encore pour revenir de nouveau. Dans d'autres cas, une fois déclarée, elle persiste toujours et est incurable.

Sa durée d'évolution est de six semaines à deux mois; si elle dépasse cette époque, elle est rarement guérissable. Elle peut exister simultanément avec d'autres paralysies

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 22-24 mai 1884.

dans le même œil, ou dans l'autre œil, ou avec l'atrophie papillaire.

La paralysie de la sixième paire s'observe tout à fait au début de l'affection spinale. Duchenne l'appelle phénomène *prodromique;* Charcot, symptôme *céphalique* de l'ataxie. Son diagnostic ne présente pas de grandes difficultés. Comme la paralysie de la troisième paire, elle offre des signes physiques et fonctionnels. Les premiers sont caractérisés par un strabisme convergent et l'impossibilité où se trouve l'œil de se porter en dehors. Les seconds sont fournis par la *diplopie* qui est toujours aux *images homonymes.* L'image fournie par l'œil droit est vue à droite, et l'image fournie par l'œil gauche est vue à gauche. *L'écartement des images augmente du côté de l'œil malade, diminue du côté de l'œil sain.*

Comme la diplopie aux images homonymes se rencontre également dans les paralysies du grand et du petit oblique, nous donnerons immédiatement la symptomatologie de ces dernières pour faire ressortir leurs caractères différentiels, d'autant plus qu'on les rencontre parfois également dans l'ataxie, et que la paralysie du grand oblique se trouve souvent liée à celle de la sixième paire.

Le grand oblique est innervé par la quatrième paire, ou nerf pathétique. Son action est de faire regarder l'œil en bas et tout à fait en dehors. Quand il est paralysé, il amène toujours une *diplopie* aux *images homonymes* dans le *champ inférieur* seulement, avec l'écartement des images augmentant *en bas et en dehors du côté de l'œil malade.* L'image *fausse* est vue beaucoup *plus bas* que la vraie. Si l'objet fixé se trouve placé au-dessus de l'horizon de l'œil, la diplopie disparaît. Les individus qui présentent cette paralysie essayent de se débarrasser de cette diplopie, qui est très gênante par un port spécial de leur tête qu'ils tiennent toujours fortement penchée sur l'épaule correspondant à l'œil malade, et légèrement tournée en haut, de sorte que cette position engendre très rapidement une sorte de torticolis, comme l'a si bien dit Cuignet, avec une sensation très douloureuse dans toute la région du cou.

Le petit oblique, innervé par un des filets de la troisième paire, entraîne l'œil en haut et en dehors. La paralysie est presque toujours combinée avec celle des autres muscles. Quand elle existe seule, elle amène une diplopie aux *images homonymes* dans le *champ supérieur.* Au-dessous de la ligne horizontale, il n'y a plus de vision double. L'écartement des images se produit *en haut* et *en dehors* du côté de l'œil paralysé. L'image *fausse est plus haute* et légèrement inclinée sur la vraie.

Si maintenant nous rapprochons ces deux dernières paralysies de celle du droit externe, nous trouvons que toutes produisent une diplopie aux images homonymes, mais tandis que la dernière fait voir double tant en haut qu'en bas, les deux autres n'amènent de diplopie, l'une que dans le champ supérieur et l'autre que dans le champ inférieur.

INFLUENCE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

SUR LA COMPOSITION DU SANG ET SUR LA NUTRITION

Par Ch.-E. Quinquaud.

Cl. Bernard a montré que le sang veineux d'un muscle devient rouge après la section de son nerf et Brown-Séquard a signalé depuis 1869 *la puissance que possède le système nerveux central d'arrêter* plus ou moins subitement l'activité de la nutrition dans les différents tissus et dans les divers organes.

Malgré ces travaux de premier ordre, il reste à résoudre avec des analyses physico-chimiques exactes, la question suivante : quelles sont les modifications du sang dans les divers points de l'arbre circulatoire, et les troubles nutritifs après la section de la moelle épinière de la région cervico-dorsale?

La *nutrition* est très influencée. Il se produit une diminution considérable de l'exhalation pulmonaire de CO^2 : de $1^{gr},82$ en 14 minutes, le chiffre descend à $0^{gr},70$ dans le même temps.

Le sang subit d'importantes altérations.

On voit se produire d'abord l'artérialisation du sang veineux des membres postérieurs ; cet effet s'atténue, mais reste constatable dans le sang du cœur droit et dans le sang artériel.

Par contre, le sang viscéral des veines sus-hépatiques se désoxygène plus ou moins : de là des variations en quantité dans l'oxygène du sang du ventricule droit et dans l'oxygène du sang artériel.

Deux circonstances viennent troubler la loi générale établie plus haut : c'est d'une part l'*asphyxie*, agissant sur les organes moteurs de la circulation, fait démontré par MM. Dastres et Moret, et sur le sang lui-même, comme on le sait depuis longtemps; d'autre part l'*hypothermie* qui artérialise le sang veineux : il en résulte des effets combinés qui engendrent des lésions sanguines faciles à saisir.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mai 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Goupil des Pallières annonçant la mort de son père, médecin à Nemours, membre correspondant de l'Académie de médecine depuis 1834;

2° Des lettres de remercîment de MM. Caradec (de Brest) et Cagny, médecin-vétérinaire (de Senlis), lauréats de l'Académie;

3° Un ouvrage manuscrit de M. le docteur Manerini intitulé : « Traité théorique et pratique de l'alimentation » (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Proust et Lagneau);

4° Une lettre de M. le docteur Berne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, qui adresse pour le prix Godard son ouvrage en deux volumes, intitulé : « Traité de pathologie chirurgicale générale »;

5° Une lettre de M. le docteur Topinard, à l'occasion de la discussion sur les mouvements du cerveau, ayant pour but de rectifier certaines assertions émises par M. Marc Sée et de donner quelques explications sur les résultats des recherches de Broca au sujet du poids du cerveau;

6° Une note de M. le docteur Sandras sur un nouvel inhalateur gradué.

M. J. Guérin annonce à l'Académie en ces termes la mort de M. le professeur Bouisson (de Montpellier), membre associé :

« J'ai l'extrême douleur d'annoncer à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses plus éminents associés, M. le professeur Bouisson, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, décédé dans la nuit de dimanche à lundi, aux suites d'une maladie d'estomac dont il était atteint depuis un an.

Si je suis obligé de laisser à ceux qui en auront la mission, de dire ce qu'a été notre regretté collègue dans les différents postes qu'il a occupés durant sa longue carrière : comme professeur dans les Facultés de médecine de Strasbourg et de Montpellier, comme doyen dans cette dernière Faculté, plus tard comme recteur de l'Académie, et enfin comme député à l'Assemblée nationale; qu'il me soit permis de rappeler en peu de mots les mérites particuliers et les qualités personnelles de notre regretté et savant collègue : son rare talent d'écrivain, son immense érudition, l'étendue de son esprit ouvert à toutes les connaissances; et, par-

dessus tout, la noblesse de son caractère et la sûreté de son cœur : ce qui a fait dire qu'il valait encore plus de près que de loin ; permettez-moi d'ajouter, Messieurs, pour mon compte particulier, que nul plus que moi n'a lieu de le regretter : *nulli flebilior*.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA LOCOMOBILITÉ DU CERVEAU.

M. SAPPEY a la parole pour répondre à l'argumentation de M. Marc Sée. N'ayant donné du discours de M. Marc Sée que les conclusions, nous nous proposions d'en faire autant pour celui de M. Sappey. Mais son manuscrit n'ayant pas été déposé au secrétariat, nous ne serions même pas en mesure de reproduire ces conclusions textuellement. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que M. Sappey maintient contre son contradicteur toutes les propositions qu'il a avancées et soutenues dans son premier discours.

La parole est à M. Luys pour répondre à M. Sappey.

M. LUYS commence par constater que les conclusions de M. Sappey ne sont pas aussi éloignées qu'on serait tenté de le croire de celles auxquelles il est arrivé lui-même. Son collègue est convenu que la surface du cerveau n'est pas adhérente à la voûte du crâne, que la distance qui les sépare est égale à environ cinq millimètres et que le liquide céphalo-rachidien n'est pas réparti à la base du crâne, mais particulièrement à la partie culminante des hémisphères, en raison de sa densité propre. C'est là un des points principaux que M. Luys s'est particulièrement proposé de mettre en saillie. M. Sappey appuie donc son opinion sur ce fait anatomique : l'absence d'empreinte corticale de la voûte crânienne, là où il n'y a pas de contact.

M. Sappey a reconnu également l'exactitude des expériences relatives au déplacement du cerveau. Il n'a tenu qu'à une expérience de contre-épreuve que son acquiescement aux conclusions qu'en a tirées M. Luys fût complet. Cette expérience est-elle suffisamment péremptoire pour maintenir le désaccord? C'est ce que M. Luys s'est attaché à rechercher dans sa réplique. Et de l'examen qu'il en fait il résulte que cette contre-épreuve de M. Sappey ne correspondant pas aux conditions normales de l'économie, n'a pas la portée qu'il lui a donnée.

Pour achever sa démonstration, M. Luys a fait une nouvelle expérience qui, démontrant d'une manière plus nette l'écart qui se fait dans certaines conditions déterminées entre la surface du cerveau et la voûte crânienne, espace qu'il évalue à près d'un centimètre, répond à l'objection de M. Sappey.

Les éléments contradictoires du procès exposés et l'objection de son contradicteur levée, M. Luys estime que si les idées nouvelles qu'il a exposées devant l'Académie n'ont pas eu la puissance d'entraîner d'emblée les convictions, néanmoins elles ont trouvé des échos sympathiques, à l'Académie dans la personne de M. Colin (d'Alfort), et, en dehors de l'Académie, dans une communication de M. le docteur Gavoy, médecin à l'hôpital de Versailles, qui a déposé d'une façon positive en faveur de ses recherches.

Voici les conclusions par lesquelles M. Luys termine cette nouvelle exposition :

1° Oui, il y a un espace libre péri-cérébral à l'état normal entre le cerveau et son enveloppe osseuse ; et cet espace libre, rempli par le liquide céphalo-rachidien *qui existe toujours, quoi qu'on dise, sur le cadavre*, est susceptible de se déplacer, suivant les différentes attitudes de la tête. Les pièces remplies de matière coagulable, que j'ai présentées à la dernière séance, en font foi.

2° C'est aux dépens de cet espace libre que le cerveau est amené passivement à se déplacer suivant les différentes attitudes de la tête ; car, d'une part, il est d'un volume moindre que la cavité crânienne dans laquelle il est enserré, et, d'autre part, la présence de la membrane séreuse, l'arachnoïde, dont on n'apprécie pas suffisamment la destination physiologique, favorise ces mouvements de glissement dans les différents sens. L'expérience de M. Sappey, modifiée dans son dispositif, loin de déposer contre l'exactitude de mes recherches, vient au contraire démontrer leur bien fondé.

Je persiste donc dans les opinions que j'ai précédemment exposées.

Sur la demande de plusieurs membres, **M. LE PRÉSIDENT** met aux voix la clôture de la discussion. La proposition est adoptée. La discussion est close.

LECTURE

Épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein. — M. VERNEUIL donne lecture d'un travail intitulé : *Des épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein. Étiologie et pathogénie.* Il s'agit, dit-il, d'un de ces cas si communs dans la pratique où les choses de la pathologie interne et de celles de la pathologie externe sont étroitement entrelacées, où l'état des organes profonds décide du sort des opérés, où l'on ne peut dire quand la mort survient si elle est imputable à la lésion médicale préexistante ou au trauma chirurgical surajouté.

A quelques jours d'intervalle, on pouvait observer, dans les salles de la clinique chirurgicale de la Charité et de la Pitié, une complication rare d'une des opérations les plus communes de la chirurgie. Deux femmes atteintes de squirrhe de la mamelle subissaient l'ablation de la glande ; l'opération était facilement exécutée ; pourtant ces deux femmes succombaient, la première au quatrième jour, la deuxième dans le cours du sixième. Chez l'une comme chez l'autre on trouvait à l'autopsie, du côté opéré, des lésions pleurales graves, auxquelles il semblait logique d'attribuer la mort ; mais chez les deux malades, on constatait aussi l'existence d'une ancienne affection des reins.

Fort disposé à faire jouer un rôle aux lésions viscérales antérieures dans tout ce qui survient chez les blessés, M. Verneuil a été conduit à rechercher les relations possibles entre ces phénomènes secondaires et les néphropathies, et c'est le résultat de ses réflexions qu'il communique à l'Académie.

M. Verneuil rappelle d'abord le travail dans lequel Broca a, pour la première fois, appelé l'attention sur la pleurésie secondaire consécutive aux inflammations du sein ou de l'aisselle, travail publié dans les *Archives générales de médecine*, en 1850, et les recherches qu'il fit à cette époque sur ce sujet. Broca avait formulé la proposition suivante : La propagation de l'inflammation s'opère en vertu de dispositions anatomiques déterminées sous l'influence d'un état général accidentel. Il avait deviné alors que les conditions étiologiques des inflammations diffuses résident dans l'existence d'une maladie générale antérieure ou d'une grave intoxication.

Depuis ce mémoire, on a noté la pleurésie secondaire parmi les complications possibles après l'ablation des tumeurs du sein, mais sans y ajouter rien de nouveau dans les causes et le mécanisme.

Les observations qui font l'objet de cette communication vont confirmer les vues générales de Broca.

M. Verneuil donne lecture de ces deux observations et termine par le résumé suivant :

En résumé, la pleurésie secondaire, consécutive à l'ablation des tumeurs du sein, peut se produire de différentes manières et succéder à diverses causes, mais elle paraît en tout cas nécessiter l'association de plusieurs agents pathogènes.

C'est pour cela sans doute qu'elle est rare relativement surtout à l'extrême fréquence des inflammations spontanées ou traumatiques de la mamelle et des opérations pratiquées sur cet organe.

Il en est de même du reste pour toutes les complications rares des maladies communes. Ces complications ne peuvent se produire qu'à la faveur de causes morbigènes nouvelles. Si donc elles se montrent rarement, c'est que ces causes elles-mêmes sont rares ou que la réunion fortuite de plusieurs d'entre elles est nécessaire pour engendrer l'accident exceptionnel en question.

Je crois qu'on ferait faire un grand pas à l'étiologie en étudiant la multiplicité des causes nécessaires, ou, si on le préfère, la nécessité des causes multiples dans la production des formes, espèces et genres morbides réputés rares.

M. LARREY demande à M. Verneuil si dans beaucoup d'observations la pleurésie n'existait pas avant l'opération, ou si elle n'a pas été causée par un refroidissement survenu dans le cours

même de l'opération ou résultant des divers modes de pansements employés. Sans rien retirer à la valeur de l'observation de M. Verneuil, il y a lieu, selon M. Larrey, de tenir compte de ces considérations et d'attacher la plus grande importance à la nécessité d'ausculter les malades avant l'intervention chirurgicale.

M. VERNEUIL répond que, quelque soin que l'on mette à ausculter les malades, l'auscultation ne révèle parfois rien, alors qu'il existe des masses cancéreuses grosses comme le poing dans le poumon.

M. ROGER. Si l'auscultation ne donne rien en pareil cas, il n'en est pas de même de la percussion

M. VERNEUIL, s'autorisant de l'opinion de M. Potain, déclare que dans certains cas la percussion ne donne pas plus que l'auscultation, alors qu'à l'autopsie on trouve le poumon farci de productions cancéreuses.

La séance est levée à cinq heures.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Circulaire relative au certificat de grammaire exigé des aspirants aux diplômes d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe.

10 mai 1884.

Monsieur le Recteur, la circulaire du 21 mai 1875 a décidé, conformément à l'avis du comité consultatif de l'enseignement public, que, pendant une période de trois années, les candidats au certificat de grammaire qui se destinent aux études médicales ou pharmaceutiques ne seraient pas interrogés, à cet examen, sur les langues vivantes.

Un de mes prédécesseurs vous a fait connaître, le 10 janvier 1879, que, le règlement spécial concernant les connaissances à exiger des candidats aux titres d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe n'ayant pas encore été adopté, les dispositions de la circulaire précitée resteraient en vigueur jusqu'à nouvel ordre.

L'arrêté en date du 10 mai 1884 (1) met fin à cette situation. Il décide que les candidats au certificat de grammaire doivent subir l'examen sur toutes les matières prescrites pour la classe de quatrième des lycées par le nouveau plan d'études arrêté le 2 août 1880.

Ces dispositions sont exécutoires à partir du 1er novembre 1884; elles sont communes aux aspirants au grade de pharmacien de deuxième classe et d'officier de santé.

L'arrêté du 10 mai 1884 reproduit, en les précisant, les dispositions spéciales relatives aux candidats aspirant au titre d'officier de santé. Ainsi que ma circulaire du 26 avril 1884 (2) vous l'a fait connaître, l'examen complémentaire exigé de ces candidats portera sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, *suivant le programme des trois premières années d'études de l'enseignement secondaire spécial.*

Je dois vous rappeler cependant que, d'après les dispositions de l'article 1er du décret du 1er août 1883, ces candidats sont, *s'ils justifient du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial,* dispensés *du certificat de grammaire et de l'examen complémentaire.* Vous conservez le droit, qui vous a été conféré par la circulaire du 9 octobre 1883, d'accorder, jusqu'au 1er novembre 1885, sur l'avis motivé de la Faculté ou École, la dispense de l'examen complémentaire aux étudiants qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883, mais à ceux-là seulement.

Je vous prie de notifier ces diverses dispositions à MM. les doyens et directeurs des Facultés et Écoles de médecine et de pharmacie de votre ressort, à MM. les membres du jury d'examen de grammaire, et de prendre les mesures nécessaires pour qu'elles reçoivent dès à présent toute la publicité possible.

Vous voudrez bien veiller personnellement à ce qu'elles soient très exactement exécutées.

(1) Voir le précédent numéro.
(2) Voir le précédent numéro.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

149. M. TÉTARD. Hématome du pavillon de l'oreille. — 150. M. JALADON. Alcoolisme et cirrhose (rapports et étiologie). — 151. M. FAILLE. Contribution à l'étude d'une complication rare du kyste hydatique du foie. — 152. M. JAULIN. Du traitement des néphrites par la digitale. — 153. M. THIBIERGE. Contribution à l'étude de l'obstruction intestinale sans obstacle mécanique. — 154. M. DOIT. De la blennorrhée traitée par les eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon. — 155. M. GENTILHOMME. Contribution à l'histoire des simulations dans le service militaire. — 156. M. BOUCHUT. Étude d'ophtalmoscopie dans la méningite. — 157. M. MOULINET. Des rapports entre la vaccine et certaines maladies de peau (influence réciproque). — 158. M. CHARLES (Georges). Des pulvérisations antiseptiques prolongées dans le traitement de quelques affections chirurgicales. — 159. M. FOLLIOT. Contribution à l'étude des périostites gommeuses de l'omoplate. — 160. M. LALLOT. Le typhus ou peste d'Athènes. — 161. M. PATINO LUNA. Étude sur les formes cliniques du cancer rénal.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, en date du 25 mai 1884, M. le docteur Lacomme, conseiller général des Hautes-Pyrénées, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *École de médecine de Marseille.* — MM. les docteurs Pluyette et Dor sont institués, pour une période de deux ans, à partir du 1er mai 1884, chefs de clinique chirurgicale, en remplacement de MM. Monier et Arnaud, dont les fonctions sont expirées.

— *École de médecine de Nantes.* — Deux concours pour deux emplois de professeur suppléant s'ouvriront : le premier pour la chaire de pathologie et clinique internes, le samedi 15 novembre 1884; le second, pour la chaire d'anatomie et physiologie, le mercredi 10 décembre 1884.

Les professeurs seront nommés pour une période de dix ans et toucheront un traitement annuel de 2,000 francs.

Les candidats devront se faire inscrire au moins un mois avant l'ouverture du concours.

— La Faculté de médecine de Montpellier vient de faire une perte sensible, M. le docteur Bouisson (Étienne-Frédéric), doyen honoraire, professeur d'opérations et appareils, est mort avant-hier matin, lundi, des suites d'une affection du foie à l'âge de soixante et onze ans.

Né le 14 juin 1813, M. Bouisson avait été nommé agrégé, à la suite d'un brillant concours en 1836. L'année suivante il était appelé à la chaire de physiologie à la Faculté de Strasbourg et trois ans plus tard à la Faculté de Montpellier. Il fut élu en 1859 associé national de l'Académie de médecine et, en 1863, correspondant de l'Académie des sciences.

— M. le docteur Th. Roussel, sénateur, est nommé membre honoraire du Comité des travaux historiques et scientifiques.

— M. Chatin (de l'Institut) fera une herborisation publique le dimanche 1er juin, dans les bois de Clamart-Meudon.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à onze heures, pour la station de Clamart.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La nature vivante de la contagion, contagiosité de la tuberculose, leçons de pathologie comparée faites au Muséum d'histoire naturelle, par H. Bouley, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, inspecteur général des écoles vétérinaires, etc. 1 beau vol. in-8°. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Vade-mecum des herborisations parisiennes, conduisant sans maître aux noms d'ordre, de genre et d'espèce des plantes spontanées ou cultivées en grand dans un rayon de 25 lieues autour de Paris, par Eugène Lefebure de Fourcy. Nouvelle édition comprenant les mousses et les champignons. 1 vol. in-18. Prix : 4 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'exploration obstétricale signe de diagnostic de la grossesse, par le docteur H. Gafé (de Nantes). In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Coccoz.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16254.

N° 63. — SAMEDI 31 MAI 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 31 MAI 1884. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Endocardite infectieuse. — Manifestations cutanées de la chorée. — Des accidents vertigineux dans les maladies de la moelle. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Endocardite infectieuse.

Dans notre numéro de mardi dernier, nous rapportions un fait d'endocardite ulcéreuse ou infectieuse communiqué à la Société médicale des hôpitaux par M. Grancher et dans lequel la recherche de micro-organismes particuliers (petits micrococcus) dont on a déjà fait connaître l'existence dans ce cas, a conduit M. Grancher à en constater la présence dans les granulations des végétations de l'endocarde, comme il l'avait constatée dans le sang pendant la vie.

Voici un fait tout récent, dont nous avons été témoin, et dans lequel la même constatation a été faite. Mais ce fait ayant présenté en outre des particularités cliniques et anatomo-pathologiques d'un grand intérêt, nous le reproduirons avec quelques détails et sans omettre surtout les réflexions et les considérations qu'il a suggérées à M. le professeur Jaccoud dans le service duquel il vient de se passer.

Un malade a succombé, dans le service de la clinique de la Pitié, à une affection dont l'étude réclamait à tous les points de vue une très grande attention. Un jeune homme de dix-neuf ans employé chez un marchand de vins, entre dans le service le 30 avril. A l'âge de dix-huit ans, il y a un an, il a eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, il a passé dix-neuf jours, à l'hôpital; il en est sorti guéri. Sa santé paraissait parfaitement rétablie, lorsque, vers le 5 avril, vingt-cinq jours avant son entrée à la Pitié, après avoir été exposé à des fatigues physiques et morales excessives, ayant passé des nuits à veiller son beau-père malade, jusqu'à sa mort, pendant qu'il assistait à son enterrement, il se sentit si faible qu'il se trouva mal. Le lendemain de cet incident, il fut pris de vomissements et de diarrhée, il eut environ de cinq à six selles dans la journée; il tint bon néanmoins, mais au bout de trois jours, se sentant à bout de forces, il finit par se décider à cesser tout travail et se présenta à l'hôpital. Voici l'état dans lequel on le trouva le lendemain à la visite : abattement profond, prostration, diarrhée, fièvre, température 40. Cela donnait bien tout d'abord l'idée d'une fièvre typhoïde. Mais, en poursuivant l'examen, on ne constate pas d'autre anomalie qu'un peu d'albumine dans les urines, à l'auscultation du cœur un léger prolongement du premier bruit, pouvant se rattacher au rhumatisme.

Deux jours plus tard, le 2 mai au matin, ayant trouvé une température normale, l'idée de fièvre typhoïde fut aussitôt éliminée.

Les choses se passèrent ainsi sans nouvel incident jusqu'au 5 mai, jour où il est pris d'une douleur assez forte de l'épaule avec retour de fièvre. Le lendemain, 6 mai, pas de nouvelle poussée articulaire, la douleur de l'épaule n'a pas augmenté et cependant la température reste encore à 40°,5. Il n'y avait plus à songer à la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire lui-même pouvait être mis hors de cause. Il devait y avoir cependant quelque part un travail inflammatoire; où le chercher? M. Jaccoud eut l'idée de le chercher dans le cœur; c'était logique.

A ce moment, 7 mai au matin, ce n'était plus une prolongation légère du premier bruit que l'on constatait, mais un souffle intense, dur, rude, occupant tout le premier temps, souffle type de l'insuffisance de la valvule mitrale et en même temps bruit de galop. Il y avait donc de l'endocardite mitrale, de l'endocardite aortique en voie de développement et un peu de péricardite. Mais fallait-il se contenter de ce diagnostic? M. Jaccoud ne l'a pas pensé et il a porté dès ce jour-là le diagnostic d'endocardite infectieuse ou ulcéreuse.

Le jour suivant, 8 mai, le malade était en proie à une grande agitation, les douleurs de tête qu'il avait eues auparavant avaient reparu; il avait une douleur dans la région cervicale, non dans les jointures, mais dans les muscles. Le souffle de la pointe du cœur était considérablement accentué. On constatait quelque chose de nouveau, en examinant la région latérale gauche de la colonne vertébrale : c'était la propagation de l'inflammation de l'origine de l'aorte à toute l'étendue de ce vaisseau. La température restait élevée. Il y a eu dans cette journée deux accès caractérisés par la suppression du pouls et un arrêt momentané des battements du cœur et de la respiration. Rien d'anormal d'ailleurs dans les poumons.

Le 9, au matin, tous les souffles, le souffle mitral et le souffle aortique, sont encore accrus. Deux souffles nouveaux indiquent la participation du cœur droit à la maladie, un souffle diastolique et un souffle systolique; l'endocardite semble s'être propagée à l'artère pulmonaire. On constate enfin des frottements pleuraux dans le côté gauche. Le pronostic est absolument funeste.

Nous avons dit que, dans la pensée de M. Jaccoud, depuis

la journée du 7, le diagnostic lui paraissait aussi certain qu'un diagnostic puisse l'être. Il était fondé sur les quatre raisons suivantes : 1° sur l'état général du malade, agitation, anxiété, signes habituels des phénomènes d'ordre infectieux (le jour même où il n'avait pas eu la fièvre, il n'en conservait pas moins le même aspect maladif grave); 2° sur la température, tout malade qui avec une endocardite a 40 degrés, ayant certainement une endocardite infectieuse; 3° sur l'extension rapide de l'inflammation endo-artérielle à tout le système endocardiaque gauche d'abord, puis à l'endocarde droit; 4° sur la présence de micro-organismes particuliers constatée dans le sang du malade par M. Netter, élève du service.

M. Jaccoud met cette raison au dernier rang, parce que, dans son opinion, le diagnostic doit et peut être fait sans le concours de ce signe, et aussi parce que, malgré le grand nombre de cas où l'on a trouvé ce micro-organisme dans des maladies infectieuses de ce genre, les cas dans lesquels on les a constatés ne sont pas encore dans des proportions suffisantes pour qu'on puisse dire que ces micro-organismes existent toujours et constituent un signe certain.

Si M. Jaccoud n'a pas énuméré, au nombre des motifs sur lesquels il a basé son diagnostic, l'existence d'embolies, — il y a eu plusieurs accès de troubles circulatoires subits qui en ont été l'effet évident, — c'est que l'embolie ne suffisait pas pour constituer un signe de l'endocardite infectieuse, des embolies se montrant souvent dans des endocardites qui n'ont rien d'infectieux.

Pourquoi M. Jaccoud se sert-il de l'expression d'endocardite infectieuse de préférence à celle d'endocardite ulcéreuse? Le motif de cette préférence n'est pas arbitraire; c'est parce que l'ulcération est un fait contingent; on peut avoir une endocardite infectieuse sans ulcération, comme on peut avoir une ulcération de l'endocarde sans infection. De nombreux faits ont été produits dans lequels il n'y avait point d'ulcération. Ce qu'il y a de constant, suivant lui, c'est le dépôt de produits toxiques infectants. La preuve en est que les déplacements de ces produits par embolies constituent autant de foyers semblables au foyer originaire. C'est la toxicité de ces produits morbides qui constitue l'endocardite infectieuse.

En quoi consiste ce caractère toxique? Il est dû très probablement à la présence d'un micro-organisme. Est-ce un micro-organisme propre, comme celui de la tuberculose? M. Jaccoud ne le pense pas. Ces micro-organismes ont été rencontrés dans un certain nombre d'observations. D'où viennent ces microbes? On a observé que presque tous les malades atteints d'endocardite infectieuse avaient des solutions de continuité accidentelles, qui avaient dû servir de porte d'entrée. Ici, chez ce malade, il n'existait rien de semblable. Mais si l'on se rappelle qu'il a eu de la diarrhée pendant plusieurs jours avant son entrée à l'hôpital, on peut admettre qu'il avait perdu l'épithélium de l'intestin et que cela a pu suffire pour laisser un accès aux microbes. On expliquerait ainsi, suivant M. Jaccoud, les endocardites limitées au cœur droit dont la membrane interne reçoit, la première, l'impression du sang. Enfin la septicémie peut être d'origine parfaitement autonome, sans avoir rien à emprunter aux microbes ni à aucun des micro-organismes quelconques venus du dehors, sans qu'il y ait eu aucune lésion extérieure, aucune perte de substance antécédente; c'est le cas de la plupart des endocardites qui débutent par le cœur gauche.

Voici ce qu'a démontré l'autopsie de ce malade, qui a justifié, dans ses points principaux, le diagnostic formulé par M. Jaccoud. La valvule mitrale était le siège d'une lésion considérable, on voyait des produits polypiformes abondants sur la valve antérieure de cette valvule et une ulcération en forme de petit anthrax ulcéré sur l'autre valve. Les valvules sigmoïdes étaient suffisantes.

Sur un point le diagnostic n'a pas été justifié : c'est sur le fait présumé de l'endocardite des cavités droites. L'erreur à cet égard était difficile à éviter, les signes physiques de l'endocardite s'étant manifestés pendant les derniers jours de la vie du malade, à droite comme à gauche. L'absence de toute lésion dans le ventricule droit prouve une chose, c'est la propagation jusque dans ce ventricule des bruits de souffle d'une si excessive intensité qui se produisaient dans le ventricule gauche. C'est là, en effet, la seule explication possible du fait et la cause de l'erreur commise.

Manifestations cutanées de la chorée.

Il y a toujours un grand intérêt dans l'étude des faits pathologiques complexes et dans la recherche des conditions organiques ou étiologiques qui rattachent entre eux et font remonter à une origine commune les éléments en apparence disparates dont ces faits se composent. Tels sont ces cas si nombreux et si variés, qui s'offrent journellement à l'observation, d'éruptions cutanées diverses accompagnant un rhumatisme, une névralgie, ainsi que toute la série des lésions trophiques par lesquelles se traduisent les affections du système nerveux. Voici deux exemples de coexistence d'accidents cutanés avec la chorée que vient de nous faire connaître M. le docteur A. Ollivier. Nous disons avec lui « coexistence » et non pas « coïncidence » ou « rapport », pour ne pas préjuger une question qui ne peut être résolue par deux faits, mais que ces deux faits posent.

Dans la première observation, il s'agit d'un enfant de treize ans, admis le 22 mai 1883 à l'hôpital Saint-Louis, pour une fracture de cuisse. La consolidation obtenue, l'enfant fut envoyé à Vincennes, où, au bout d'une vingtaine de jours, il fut pris de mouvements choréiques qui allèrent en augmentant, en même temps que survinrent des douleurs articulaires assez vives dans les deux genoux. Quelque temps après, il vit apparaître une éruption dont il existait encore des traces lorsque M. Ollivier a vu l'enfant, chez lequel il a constaté l'état suivant : Cet enfant bien constitué, d'apparence vigoureuse, mais pâle, fait des grimaces continuelles quand on l'interroge et répond par signes avec les marques d'une mauvaise humeur. Lorsqu'il essaie de parler, sa parole est difficile, la langue est projetée hors de la bouche, les lèvres et les commissures sont tiraillées en tous sens. Rien du côté des yeux. Les mouvements volontaires sont exécutés en tâtonnant et irrégulièrement : ses bras et ses jambes sont toujours en mouvement. La marche se fait sans hésitation ni incoordination. Pendant le sommeil, les phénomènes choréiques disparaissent tout à fait. La sensibilité est intacte.

Le cœur est animé de battements tumultueux, irréguliers et intermittents. Les palpitations ont commencé en même temps que les mouvements choréiques. On constate un souffle présystolique et systolique très net à la pointe. Le pouls est petit, irrégulier, intermittent.

A ces troubles du mouvement s'ajoute l'éruption cutanée, qui a commencé par les mains, envahissant le cou, le tronc

et les membres inférieurs, laissant le visage intact, consistant en macules, en papules et en nodosités. Sur le tronc on remarque des plaques érythémateuses, quelques-unes circinées; à la nuque et au cou de nombreuses papules d'un rose foncé, ne disparaissant qu'imparfaitement par la pression. Au devant des jambes il existe plusieurs nodosités du volume d'une petite noisette, tandis que les avant-bras et les bras sont parsemés de taches érythémateuses qui commencent à prendre une teinte ardoisée.

Cet érythème polymorphe est accompagné d'une légère sensation de prurit.

L'éruption a duré environ une quinzaine de jours; les douleurs articulaires ont disparu quelques jours après. Les phénomènes choréiques ont diminué graduellement d'intensité et ont cessé complètement vers le troisième mois.

La médication, des plus simples, a consisté dans l'administration du bromure de potassium à doses graduellement croissantes, de 1 à 7 grammes par jour, et l'application de plusieurs vésicatoires volants sur la région précordiale.

—La deuxième observation a trait à une petite fille de treize ans, qui se présenta le 15 janvier dernier à la consultation de l'hôpital des Enfants-Malades. Au commencement du mois de mars 1882, après une course assez longue, par une température froide, cette petite fille vit apparaître sur ses deux mains des élevures blanches entourées d'une zone rouge occasionnant une vive démangeaison et l'obligeant à se gratter. En même temps elle ressentit des douleurs dans les deux articulations métacarpo-phalangiennes avec légère rougeur préarticulaire, sans tuméfaction.

L'éruption disparut après deux ou trois jours de durée, les douleurs articulaires persistant encore pendant quelques jours. A ce moment apparurent dans les deux mains des mouvements choréiques, s'étendant graduellement à tous les membres et à la face, avec prédominance du côté droit.

La malade soumise au traitement de la liqueur de Fowler, du vin de colchique, du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer, conserva encore sa chorée et ses douleurs pendant six à sept mois; puis la santé se rétablit complètement.

Une rechute eut lieu au mois d'août; la malade fut reprise de nouveau de douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, avec tuméfaction des malléoles, puis successivement dans les articulations carpo-phalangiennes, les poignets et les coudes et de quelques mouvements choréiques dans les membres supérieurs, à la face et dans la tête. Un traitement par des badigeonnages de teinture d'iode autour des articulations, par le bromure de potassium et les bains sulfureux ont fini par faire disparaître les uns après les autres tous ces accidents.

Comme on le voit, dans le premier cas il y a eu simultanéité, dans l'autre succession des manifestations choréiques éruptives et rhumatismales. Il est difficile de se défendre de l'idée d'une connexité plus ou moins étroite entre ces trois ordres de phénomènes.

Des accidents vertigineux dans les maladies de la moelle.

Nous parlions, dans l'une des précédentes revues, des vertiges si remarquables qui ont pour cause une lésion de l'oreille interne. Tout le monde connaît les nombreuses causes, soit directes, soit par action réflexe, des vertiges, leurs diverses localisations et leurs nombreux points de départ, vertiges spéciaux des divers sens, vertiges d'origine stomacale, vertiges provenant de lésions laryngiennes, vertiges provenant de troubles de la sensibilité cutanée, vertige goutteux, vertige alcoolique ou absinthique, etc. Et dernièrement encore, M. Potain, dans une de ses leçons, les passait tous en revue à l'occasion d'un malade de son service, à la fois syphilitique et alcoolique, qui était en proie à des vertiges dont l'origine pouvait remonter aussi bien à l'un ou à l'autre de ces deux états constitutionnels, si ce n'est à ces deux états à la fois. M. le docteur Giraudeau, dans une dissertation inaugurale très bien faite, s'est proposé d'étudier les manifestations bulbaires et cérébrales désignées sous le nom de vertiges, d'étourdissements et de congestions, dans leurs rapports et leurs liens avec les affections médullaires qu'elles viennent compliquer, les allures qu'elles affectent dans chacune d'elles, l'importance diagnostique et pronostique qu'elles revêtent, enfin la signification qu'elles lui ont paru avoir au point de vue pathogénique.

Dans l'impossibilité où nous serions en ce moment d'analyser dans ses principaux points cet important travail, restreints que nous sommes par les limites obligées de cette Revue, nous nous bornerons à en résumer les conclusions déduites de l'analyse d'un grand nombre d'observations recueillies dans les services de MM. Marc Sée, Proust, Hayem et Hallopeau.

Des accidents vertigineux et apoplectiformes ont été observés, à titre de complication, dans les affections médullaires suivantes : la sclérose en plaques, l'ataxie locomotrice, les myélites chroniques, diffuses, etc. Ils ont été rencontrés encore dans les lésions localisées à la région cervicale de la moelle; ils sont alors d'autant plus fréquents que la zone lésée avoisine davantage le bulbe et coexistent souvent alors avec le pouls lent permanent, les troubles oculo-pupillaires, les attaques syncopales ou épileptiformes. Ils manquent dans les affections localisées à la région dorso-lombaire de la moelle.

Dans tous les cas où ils se rencontrent, ces accidents vertigineux ou apoplectiformes présentent les mêmes caractères généraux et ne diffèrent que par quelques particularités d'importance secondaire. Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de l'affection; leur plus grande fréquence est au début. Ceux qui se montrent à une période avancée sont d'un pronostic beaucoup plus grave que lorsqu'ils paraissent au début.

Chez un bon nombre de malades, ils accompagnent des phénomènes d'ordre cérébral : délire passager, perte de la mémoire, hémiplégie, etc.; ou d'ordre bulbaire : embarras de la parole, paralysies oculaires, surdité, crises laryngées, etc. Ils sont parfois l'occasion de l'apparition des premiers troubles locomoteurs; et lorsque ceux-ci existent déjà, ils les aggravent brusquement.

Parmi ces accidents, les uns peuvent être rattachés à des complications telles que hémorragies, ramollissements; les autres, les accidents congestifs, apparaissent surtout lorsque l'attaque apoplectiforme s'est prolongée, lorsque la respiration s'est embarrassée progressivement, lorsqu'une asphyxie organique s'est manifestée. Dans les cas, au contraire, où la mort survient rapidement, la congestion encéphalique fait défaut ou est peu prononcée.

Chez tous les sujets ayant succombé dans le cours d'une attaque apoplectiforme, on trouve des altérations soit des hémisphères cérébraux, soit du mésocéphale. Celles-ci consistent généralement en foyers scléreux et peuvent être assimilées aux tumeurs cérébrales et aux vieux foyers d'hémorragie ou de ramollissement intra-hémisphérique, les-

quels sont susceptibles d'engendrer des attaques apoplectiformes sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir, pour les expliquer, l'hypothèse d'une congestion encéphalique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mai 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

M. VERNEUIL donne à la Société des nouvelles de M. Le Dentu auquel, assisté de MM. Bouilly et Berger, il vient de pratiquer la résection partielle des côtes pour remédier à une fistule pleurale. Il a réséqué 8 centimètres de la huitième côte et 7 de la septième. Le trajet était très oblique, très étroit, et tapissé par une membrane d'une extrême épaisseur. L'opération a été pratiquée avec une grande simplicité et n'a donné lieu à aucun accident. Le malade va aussi bien que possible et son état général est des plus satisfaisants.

Fistules pyo-stercorales. — M. TRÉLAT, à l'occasion du rapport de M. Nepveu sur une observation de M. Fontan, dit qu'il est permis d'espérer qu'on pourra par des opérations graves et coercitives, résection, avivement et suture, remédier à certains de ces états. Il est des cas très graves, comme celui de M. Berger, par exemple, auxquels ne peut remédier aucune opération. Par contre, il y a des cas simples dans lesquels l'entérorrhaphie peut donner de bons résultats. Quant à l'ouverture large du foyer purulent, c'est une méthode de choix qui convient à certaines catégories de fistules pyo-stercorales.

M. VERNEUIL déclare n'avoir pas soutenu d'autre opinion.

M. GILLETTE communique un nouveau cas à l'appui de l'opinion qu'il a émise dans la dernière séance, à savoir qu'il était le plus souvent très difficile de reconnaître si l'on avait affaire à une fistule unique ou à plusieurs fistules. Dans le cas dont il s'agit, la malade ayant succombé avant toute intervention chirurgicale, l'autopsie a montré l'existence d'ouvertures multiples. M. Gillette a pu réunir quatre cas semblables, dans lesquels toute opération était absolument inutile.

Fractures du radius. — M. DESPRÉS présente un malade qui se trouve au vingt-deuxième jour d'une fracture du radius. Il a été traité par l'appareil de Nélaton ; il n'a aucune raideur et remue parfaitement la main et les doigts. Il demande à ceux de ses collègues qui traitent ces fractures par les appareils plâtrés, de présenter des malades jouissant ainsi de tous leurs mouvements au vingt-deuxième jour de la fracture.

Éponge chirurgicale. — M. GAMGEE (de Birmingham) présente à la Société une éponge de son invention, constituée par du coton hydrophile combiné avec de la fibre de coco. Ces éponges, très douces, très élastiques, très hydrophiles, sont rendues antiseptiques de la façon suivante : elles contiennent dans leur intérieur une petite capsule de verre dans laquelle est emprisonnée la substance antiseptique, de la poudre d'eucalyptus par exemple. Lorsqu'on veut rendre l'éponge antiseptique, il suffit de la presser un peu fort entre les doigts, on brise ainsi la petite capsule, et aussitôt l'éponge, auparavant inodore, prend l'odeur caractéristique de l'eucalyptus. Ces éponges coûtent bon marché et peuvent être brûlées quand elles ont servi.

Création d'un congrès annuel de chirurgiens français.— M. POZZI, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Verneuil, Trélat, Horteloup et Chauvel, lit un rapport sur une proposition de M. Demons (de Bordeaux), relative à la création d'un congrès annuel de chirurgiens français. Ce rapport se termine par les conclusions suivantes :

1° Accepter en principe le projet d'un congrès annuel de chirurgiens français, ou mieux d'un congrès de chirurgie, ou encore d'un congrès de chirurgie en langue française ;

2° Accepter la mission de constituer un comité d'organisation chargé de rédiger des statuts et règlements provisoires, de recueillir des adhésions et de présider à l'ouverture du premier congrès ;

3° Transformer la commission d'examen, qui présente ce rapport, en commission d'organisation par l'adjonction de nouveaux membres dont il restera à fixer le nombre ;

4° Adresser des remerciements à M. Demons et déposer honorablement sa lettre aux archives.

M. DESPRÉS combat énergiquement les conclusions de la commission. Il considère que jusqu'ici les congrès scientifiques n'ont jamais fait faire de progrès à la science, n'ont jamais favorisé l'éclosion de découvertes importantes, de travaux originaux, et n'ont jamais servi qu'à répéter ce qui a été dit en d'autres lieux ou à présenter une nouvelle formule médicamenteuse ou un bandage insignifiant, ou même des eaux minérales. M. Després n'a jamais été et n'ira jamais à aucun congrès, et il est absolument opposé à la création d'un congrès de chirurgie, qui ferait triple emploi avec l'Association pour l'avancement des sciences et le Congrès international de médecine, sans profit nouveau. Les Sociétés savantes, les journaux périodiques, une plume, du papier et de l'encre pour écrire un mémoire n'ont pas manqué jusqu'ici à ceux qui avaient des idées.

Quant à l'intervention, à un titre quelconque, de la Société de chirurgie dans la formation de ce congrès, il la considérerait comme des plus regrettables et des plus fâcheuses. Il adjure ses collègues de ne pas laisser ainsi la Société se compromettre et s'abaisser, et de ne pas consentir à se mélanger à d'honnêtes praticiens de province qui n'ont pas passé par où ils ont passé eux-mêmes, et qui n'ont pas acquis la légitime notoriété qu'ils possèdent et qui fait l'honneur et la dignité de la Société. Il ne faut pas que la Société couvre ainsi d'avance ce qui pourra se faire dans le nouveau congrès, qui ne sera pas plus que les autres rempli par les plus capables.

M. TRÉLAT ne discutera pas l'opinion émise par M. Després sur le premier point, c'est-à-dire sur l'utilité ou l'inutilité des congrès scientifiques.

Quant au second point, à l'intervention de la Société de chirurgie dans la formation d'un congrès de chirurgiens français, il ne saurait laisser passer sans protestation les idées émises par M. Després.

La discussion, relativement à ce point, roule sur une confusion ; il ne s'agit en aucune façon de mêler la Société de chirurgie à une assemblée quelconque, ni, par conséquent, de compromettre en quoi que ce soit sa dignité. D'honorables confrères de province font à la Société de chirurgie l'honneur de la consulter sur l'idée de la création d'un congrès et de lui demander son appui pour cette création. Il s'agit donc simplement pour les membres de la Société d'accepter d'être les parrains de ce congrès ; celui-ci une fois formé, la Société disparaît et reprend son indépendance et ses habitudes. Il ne s'agit donc en aucune façon de la compromettre dans une promiscuité fâcheuse.

M. VERNEUIL fait observer que l'Europe savante tout entière a reconnu l'utilité des congrès scientifiques, que ceux-ci se multiplient constamment et sont loin, comme voudrait le faire croire M. Després, d'être une assemblée de charlatans. Sans doute il y a parfois de faibles ou de mauvaises communications dans les congrès, mais il y en a aussi à la Société de chirurgie. D'honorables collègues de la province, parmi lesquels se trouvent des professeurs, des agrégés et des chirurgiens d'hôpitaux, c'est-à-dire des hommes ayant fait leurs preuves et ayant acquis des titres importants, nous font l'honneur de nous demander notre appui, nos conseils, pour l'institution d'une œuvre éminemment utile et désintéressée, et ce serait compromettre la dignité de la Société, diminuer son prestige, que de répondre à cet appel ! En quoi y aurait-il là une promiscuité fâcheuse, un mélange regrettable ? Si le congrès tourne mal, la Société rentre chez elle et n'a rien à

y voir, et elle n'aurait pour cela en aucune façon perdu sa considération. Qu'adviendra-t-il si nous repoussons la demande de nos confrères de province? Le congrès s'établira quand même sans nous et malgré nous.

M. Verneuil appuie donc de toutes ses forces la proposition de la commission.

M. DESPRÉS fera connaître son opinion entière. Les congrès scientifiques, dit-il, n'ont jamais rien produit. Aucune découverte importante n'y a été faite. Quand une idée a surgi et amené un progrès en chirurgie, cela a toujours été en dehors des congrès. Est-ce dans un congrès qu'a été imaginé l'écrasement linéaire? Les progrès de la science, de la chirurgie, n'ont pas besoin des jours fixés par des congrès pour s'accomplir, s'y préparât-on pendant deux, quatre ou six mois. Ils se sont accomplis jusqu'ici en dehors d'eux.

Or vous voulez que la Société de chirurgie se fasse comme Société le patron, le parrain d'une institution de ce genre, dont l'expérience a montré l'inutilité. Si le congrès tourne mal, c'est vous qui serez responsables. Or je ne veux pas pour ma part prendre cette responsabilité, et je souhaite ardemment que la Société de chirurgie ne la prenne pas. Déjà en admettant tous les travaux des médecins de province, rapportés souvent sur la recommandation d'un de vous, vous avez singulièrement abaissé le niveau des travaux insérés dans vos bulletins. Cette fâcheuse expérience devrait vous éclairer et vous retenir sur la pente où vous êtes d'abaisser encore davantage le niveau de vos communications. Faites en sorte que la Société de chirurgie, qui a eu l'honneur de succéder à l'Académie de chirurgie et qui a acquis une légitime autorité, ne finisse pas comme elle. Quarante années conduiraient-elles donc les Sociétés à la décrépitude? Voulez-vous en venir, comme cette ancienne Académie de chirurgie, à remuer des questions-prix banales et à couronner des lauréats de province, dont personne ne sait le nom et n'a lu et ne lira le mémoire couronné?

M. TRÉLAT répond à M. Després qu'il accuse à tort la Société de chirurgie, qu'il méconnaît l'importance et la valeur de ses travaux. Il s'agit simplement pour elle de prêter quelques hommes de bonne volonté. Son autorité et sa dignité ne s'en trouveront nullement compromises.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la première proposition du rapport de M. Pozzi.

Cette proposition est adoptée.

La discussion des autres conclusions est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique et pratique des maladies des enfants (1), par Rilliet, Barthez et Sanné. (Tome I.)

Il y a quarante ans paraissait la première édition de ce livre. Dix ans après, il fallait publier une seconde édition. Aujourd'hui Rilliet n'est plus et devant les réclamations d'un public dont la faveur et l'estime n'ont jamais abandonné cette œuvre, M. Barthez s'est décidé à donner une troisième édition de son « Traité clinique et pratique des maladies des enfants ».

La science a tellement marché qu'il fallait refondre le livre; et, en confiant ce travail de revision à M. Sanné, M. Barthez était assuré d'une collaboration distinguée et à la hauteur de l'œuvre. Nous n'avons pas à présenter M. Sanné à nos lecteurs. On connaît sa thèse sur le croup. Après ses travaux sur la trachéotomie, et la diphtérie, nul n'était mieux préparé au travail considérable nécessité par cette nouvelle édition.

Non seulement il fallait améliorer bien des passages; mais une refonte générale était nécessaire. Le plan des anciennes éditions avait pour base la nature des maladies; on les répartissait en inflammations, gangrènes, hémorragies, etc. Mais cette classification est arbitraire; elle expose à varier suivant les idées nosologiques du moment et même suivant chaque auteur; elle conduit les pathologistes à des rapprochements forcés ou à des omissions regrettables : elle a enfin le grave inconvénient de rendre les recherches difficiles.

La classification par appareils est beaucoup plus commode. C'est cette classification que M. Sanné a adoptée. Mais toutes les lésions ne sont pas justiciables d'une lésion organique. Certaines proviennent d'une imprégnation de tout l'organisme et peuvent être appelées maladies générales, dont les unes sont spécifiques en même temps que passagères, tandis que les autres sont constitutionnelles. D'autres enfin sont dues au développement de parasites dans les organes. Il en résulte trois autres classes morbides qui feront suite aux maladies organiques.

Le premier volume que nous présentons à nos lecteurs s'ouvre par une introduction comprenant des considérations sur l'état physiologique et sur l'état pathologique. L'auteur consacre ensuite un chapitre à l'examen des malades et un dernier chapitre à des considérations thérapeutiques.

Il aborde ensuite les maladies du système nerveux; puis celles de l'appareil respiratoire.

Traité élémentaire de pathologie générale (1), par le docteur H. Hallopeau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Les ouvrages qui ont été publiés sous le titre de *Pathologie générale* peuvent être partagés en deux groupes distincts.

Les uns, exclusivement consacrés à l'exposition des doctrines de l'auteur sur la nature de la maladie, ses causes et ses éléments, sont de véritables traités de philosophie médicale.

Les autres, sans négliger ces questions, ont surtout pour objet d'étudier les causes morbifiques, les processus morbides, les troubles fonctionnels et l'évolution des maladies. Tel est le plan suivi par M. Hallopeau.

Après avoir exposé sous forme de propositions générales les principes fondamentaux de la pathologie, M. Hallopeau aborde l'étude synthétique et analytique des causes, en insistant sur leur action pathogénique. Il s'est tout particulièrement attaché à exposer clairement les découvertes de Pasteur et de ses continuateurs français et étrangers et à montrer le jour nouveau qu'elles jettent sur la genèse des maladies infectieuses, tout en tenant compte des réserves que nécessite encore l'insuffisance de nos connaissances à ce sujet.

La deuxième partie du livre est consacrée à l'étude des « processus morbides » et la troisième à celle des « troubles fonctionnels » qu'ils engendrent; se plaçant sur un terrain scientifique, l'auteur les considère en eux-mêmes comme des phénomènes biologiques. Il indique leurs caractères, leur mode de production et leur explication par une simple déviation des phénomènes normaux. Pour ces questions de physiologie pathologique, M. Hallopeau a mis constamment à profit les résultats nouvellement acquis par l'expérimentation.

Après un essai de classification pathologique et nosologique, l'auteur montre, dans la quatrième partie de son livre, à quelles lois est soumise l' « évolution des maladies ».

La dernière partie, enfin, a pour objet les règles générales de l'art médical. Ce n'est plus de la pathologie, c'est l'application de cette science au diagnostic, au pronostic, à la prophylaxie et au traitement des maladies.

Traité de zoologie (2), par C. Claus.

Les deux derniers fascicules (VIII-IX) de l'œuvre de l'éminent professeur de Vienne nous font connaître le grand embranchement des vertébrés, divisé en cinq classes :

Pisces, amphibia, reptilia, aves et mammalia.

(1) 1 vol. in-8°. — Prix : 16 francs. — Paris, Félix Alcan.

(1) 1 vol. petit in-8°. — Prix : 11 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. — Prix : 30 francs. — Paris, F. Savy.

Un dernier chapitre est consacré à l'Homme.

Claus ne place pas l'Homme dans un règne spécial; il pense que l'entendement des animaux ne diffère de celui de l'Homme que par le degré de développement.

Avec les fascicules VIII et IX se termine le *Traité de zoologie* de Claus, dont nous devons la traduction au fils de notre regretté maître Moquin-Tandon, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Besançon. M. Moquin-Tandon a bien mérité de la science en nous faisant connaître un ouvrage qui a eu un grand retentissement en Allemagne. L'accueil que lui a fait le public français a récompensé le traducteur, puisque voici terminée la seconde édition française.

Est-ce à dire que nous devons nous déclarer entièrement satisfaits. Le *Traité de zoologie* de Claus est complet; malgré certaines imperfections, il a rendu et rendra des services. Il marque un point d'arrêt dans l'état de nos connaissances. Mais la critique manquerait à ses devoirs, si elle ne demandait pas la revision de quelques parties, notamment l'erpétologie et l'entomologie. Notre pays a longtemps tenu la tête du mouvement zoologique; nous ne sommes pas convaincus que la défiance et la modestie de nos zoologistes actuels soient justifiées. Si l'Allemagne observe bien, la France ne le lui cède en rien sur ce point; mais où sa supériorité éclate, c'est dans la netteté et la clarté de l'exposition. Nous serions heureux de voir entendu cet appel à nos savants français. Puisse l'éditeur qui n'a reculé devant aucun sacrifice pour nous assurer la connaissance des Claus, des Sachs et des Credner, continuer à favoriser de tous ses efforts ce réveil patriotique. En nous donnant les Van Tieghem, les Lapparent et les Fischer, — œuvres considérables dont nous aurons encore à reparler, — il a mis en pleine lumière les qualités si éminemment françaises de l'enseignement des sciences naturelles.

Dictionnaire de botanique (1), par M. H. Baillon.

Le XVIe fascicule du *Dictionnaire de botanique* comprend les articles DICH-DUAB.

Nos lecteurs savent apprécier la méthode qui préside à la rédaction de cet excellent livre. Articles courts, nombreux, répondant à tous les désirs du lecteur, du savant ou de l'élève, et, le cas échéant, articles détaillés et prenant les proportions de petites monographies.

On ne peut analyser un dictionnaire, mais on peut signaler quelques articles plus développés. A ce titre, nous signalerons les mots : Dichogame et Dichogamie, Digestion, Dimorphe, Dissémination.

Une fort belle chromolithographie représentant le *Peziza coccinea*, Fr., accompagne ce fascicule.

Vade-mecum des herborisations parisiennes (2), par M. Eug. Lefébure de Fourcy, inspecteur général des mines.

Au moment où commencent les excursions botaniques, nous signalons à nos lecteurs la cinquième édition du « Vade-mecum des herborisations parisiennes », par M. Eugène Lefébure de Fourcy. Cet ouvrage, d'un format si commode et en même temps si riche en indications de toute sorte, conduit, sans maître, par une méthode aussi sûre que facile, aux noms de toutes les plantes connues dans un rayon de 25 lieues autour de Paris. Chaque espèce est l'objet d'une description sommaire qui permet de contrôler la marche suivie pour la déterminer. Le livre indique les localités où l'on a chance de la trouver, si elle est rare, son emploi en médecine ou en économie domestique. Le volume, qui s'ouvre par un vocabulaire assez complet pour tenir lieu d'un traité de botanique élémentaire, se termine par une table renfermant plus de 4,000 noms latins et français.

Il semblait impossible de faire tenir tant de choses dans un petit in-18 de 300 pages. L'auteur a résolu le problème par un heureux choix d'abréviations et de caractères typographiques. Ajoutons que le prix modique de cette utile Florule la met à la portée des bourses les plus légères.

(1) In-4°. — Prix du fascicule : 5 francs. — Paris, Hachette et Cie.
(2) In-18. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil municipal de Paris a décidé que des travaux importants allaient être entrepris à l'hospice des Enfants-Assistés pour la construction d'une seconde nourricerie et de trois pavillons d'isolement pour les diphtéritiques, les enfants atteints d'affections contagieuses et les rubéoleux convalescents.

Le Conseil a décidé également l'expropriation des immeubles nécessaire pour le complet isolement de l'hôpital de la Pitié.

— M. Pasteur vient de recevoir de la Société centrale, pour l'amélioration des races de chiens, une médaille d'or pour ses travaux sur la rage.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de notre jeune et distingué confrère de la presse médicale, M. le docteur Amédée Blondeau, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, décédé dans sa trente-sixième année.

— M. le docteur Poussié, médecin des Messageries maritimes est chargé d'une mission scientifique dans l'Australie et dans l'Inde, à l'effet d'y entreprendre diverses études d'ethnographie et d'histoire naturelle et d'y recueillir des spécimens scientifiques destinés à l'État.

— M. le docteur Gustave Le Bon est chargé d'une mission scientifique dans l'Inde pour y relever, étudier et décrire les principaux monuments architectoniques, depuis les époques primitives jusques et y compris la période mongole.

Muséum. — M. le professeur Bureau fera une excursion botanique, du 8 au 11 juin 1884, dans les vallées de la Loire et du Cher, d'après le programme suivant :

Dimanche 8 juin : Départ de Paris par la gare d'Orléans à neuf heures dix minutes du matin; arrivée à Blois à une heure de l'après-midi. Visite au Musée d'histoire naturelle.

Lundi 9 juin : Herborisation aux rochers Saint-Victor et dans la vallée de la Loire. Coucher à Romorantin.

Mardi 10 juin : Herborisation à Saint-Aignan, dans les bois de Belleroche.

Mercredi 11 juin : Herborisation à travers la Sologne jusqu'à Salbris, où l'on prendra, à sept heures trente-trois minutes du soir, le train arrivant à Paris à minuit cinquante-six minutes.

Pour profiter de la réduction de prix demandée à la Compagnie des chemins de fer de Paris à Orléans, on devra se faire inscrire et verser le prix de la place (15 fr. 90 aller et retour) aux galeries de botanique du Muséum d'histoire naturelle de Paris. Les inscriptions seront reçues tous les jours, de midi à quatre heures du soir, jusqu'au jeudi 5 juin inclusivement.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. La première partie du tome XX de la 2e série, la première partie du tome X de la 4e série, la deuxième partie du tome XIII de la 3e série, viennent de paraître aux librairies Asselin et Cie et G. Masson. Elles contiennent les principaux articles suivants : *Goutte*, par M. Rendu. — *Palpation*, par M. H. Barth. — *Panaris*, par M. Polaillon. — *Pancréas*, par M. Arnozan. — *Pansement*, par MM. Chauvel et Bousquet. — *Suppuration*, par M. Hénoque. — *Surdi-mutité (surdité)*, par M. Ladreit de la Charrière.

Éléments de pathologie chirurgicale, par NÉLATON. Deuxième édition très augmentée, tome VI, 1er fascicule, affections de l'appareil génito-urinaire de l'homme; revu par les docteurs DESPRÉS, GILLETTE et HORTELOUP. 1 fort vol. gr. in-8° avec figures dans le texte. — Le deuxième fascicule du tome VI terminant l'ouvrage paraîtra au mois d'août 1884. — Prix : 9 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16267.

N° 64. — MARDI 3 JUIN 1884. 57e ANNÉE. MARDI 3 JUIN 1884. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Pitié. Arthrite puerpérale, récidive ; fracture de jambe, suppuration du foyer avec apyrexie complète. — Hospice de la Salpêtrière. Paralysie agitante ou maladie de Parkinson. — École pratique. Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice; paralysie des nerfs moteurs de l'œil. — De la mort subite dans la fièvre typhoïde. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Arthrite puerpérale, récidive; fracture de jambe, suppuration du foyer avec apyrexie complète.

Vous m'avez souvent entendu, dans mes conversations familières au lit des malades, émettre cette opinion que le rétablissement intégral d'un organe malade, *restitutio ad integrum,* est un fait très rare. Une guérison radicale, en effet, est à peine possible. Quand un organe a été atteint d'un état organique grave, il ne guérit jamais complètement; il peut rester silencieux, il peut conserver ses fonctions, mais il reste toujours exposé à redevenir malade, sous l'influence de causes qui, en toute autre circonstance, glisseraient sur lui sans l'atteindre. De là cette proposition que, lorsqu'un organe a été atteint ainsi, il doit être surveillé pendant toute la vie, et que lorsqu'une autre maladie se déclare, vous devez constamment vous rappeler, quand bien même elle n'aurait aucun rapport avec l'affection antérieure, que votre malade a déjà été atteint d'une première lésion dix, quinze ou vingt ans auparavant.

Non seulement ceci est très vrai en principe, mais encore chaque jour de nombreux faits le confirment.

Nous avons depuis hier, dans nos salles, une femme qui est entrée pour une arthrite du genou droit, caractérisée par une tuméfaction et une collection abondante située à la face interne du genou, affection indolente, non aiguë, mais dans laquelle l'articulation est profondément malade, car l'examen nous a démontré que les cartilages étaient certainement altérés. A nos premières questions, cette femme nous a déclaré que cet état remontait à deux mois, bien que déjà depuis quelque temps elle éprouvât quelques douleurs ainsi qu'une certaine raideur, une gêne plus ou moins grande soit pendant la marche, soit dans la station debout. Enfin, depuis deux mois, elle était condamnée au repos.

Voilà donc déjà une affection qui a revêtu le caractère chronique. De plus, notre malade nous a appris que les premiers symptômes avaient débuté à l'occasion de sa dernière grossesse, c'est-à-dire cette année même.

Les faits de ce genre, du reste, sont nombreux ; j'en ai recueilli, pour ma part, un grand nombre, démontrant ainsi l'influence de la grossesse. C'est ainsi que j'ai vu des petites filles avoir, pour une cause ou pour une autre, à l'âge de huit ou dix ans, une arthrite du genou, et guérir, se marier à vingt ans, devenir enceinte à vingt et un ans, et présenter bientôt une arthrite récidivante, et l'articulation malade qui, lors d'une première atteinte, n'avait pas suppuré, suppurer, au contraire, dès cette récidive.

Or, chez la malade qui est arrivée hier, nous avons appris, en la pressant de questions, que son genou avait été déjà antérieurement malade, une première fois, à l'occasion de sa seconde grossesse, il y a vingt ans, elle avait alors vingt-trois ans, qu'elle était restée trois mois malade sans marcher et qu'à sa sortie de l'hôpital, on l'avait envoyé se refaire pendant quelque temps à l'Asile de convalescence du Vésinet. Enfin, elle avait été assez bien rétablie, elle avait recouvré et conservé l'intégrité de son membre, pendant vingt ans, bien que, dans l'intervalle, elle ait eu trois autres enfants, et c'est à sa sixième grossesse seulement que le genou s'était de nouveau enflammé. Pourquoi? C'est ce que nous ne saurions dire.

Rien n'est plus varié que l'arthrite au point de vue étiologique. Vous avez non seulement l'arthrite rhumatismale, l'arthrite traumatique, mais encore une autre grande classe d'arthrites introduite récemment dans la science, je veux parler des arthrites infectieuses, c'est-à-dire de celles qui se produisent sous l'influence de la pénétration, dans le torrent circulatoire, d'un agent infectieux, lequel se localise sur les articulations comme il le ferait sur les reins ou sur tout autre organe.

Chez notre malade, voici quelle a été la pathogénie : elle accouche à vingt-trois ans de son second enfant; à la suite de cet accouchement, elle est atteinte de péritonite puerpérale, c'est-à-dire d'une maladie infectieuse par excellence, qui se complique, à un moment donné, de l'envahissement d'une articulation par l'agent infectieux, c'est-à-dire d'un pseudo-rhumatisme ou rhumatisme infectieux qui la tient au lit pendant trois mois.

Le fait est très intéressant, car on croyait ordinairement que les arthrites infectieuses déterminaient une inflammation minime dans les articulations, sans altération des cartilages, et le pus, dont on constatait la présence en pareil cas dans la cavité articulaire, s'y trouvait comme simplement versé et non comme s'il y avait été sécrété.

Vous savez combien est admise cette idée que la suppuration aiguë et l'inflammation sont dans les rapports les plus intimes ; c'est à ce point que l'on fait une classe à part des collections purulentes dans les articulations. D'où nous pouvions nous attendre à ce que les arthrites infectieuses laissassent peu de traces. Eh bien, notre malade nous prouve le contraire, puisque, depuis vingt ans, son arthrite a laissé une telle trace qu'aujourd'hui cette femme est prise de nouveau, non pas dans l'autre genou qui est resté sain, mais bien dans celui qui a déjà été antérieurement atteint.

Nous guérirons donc, je l'espère bien, cette femme des accidents actuels, mais son rétablissement ne sera pas une cure radicale, il ne sera jamais le : *restitutio ad integrum*.

—Je passe maintenant, à propos d'un autre malade, aux fractures de jambe.

Ici il serait inexact encore de croire à une corrélation étroite entre la suppuration aiguë, l'inflammation et ce troisième facteur qu'on appelle la fièvre, car cette formation rapide du pus se fait très bien sans le moindre appareil fébrile. Je ne parle pas, bien entendu, des abcès froids, mais seulement, je le répète, de la suppuration aiguë. Ainsi nous pratiquons l'ablation d'un rein et nous terminons l'opération par un pansement antiseptique ouvert : que voyons-nous? Généralement, vers la trentième heure, parfois plutôt et quelquefois même vers la douzième heure, le pus apparaître, sans que le thermomètre ait bronché, sans que la température ait dépassé 37°,2 à 37°,6.

La suppuration peut donc se faire en pleine apyrexie.

Or ce qui se passe à la surface d'une plaie ouverte, traitée antiseptiquement, peut se passer également dans une plaie fermée. Peut-être direz-vous : cela n'a rien d'étonnant, il n'y a pas de fièvre parce qu'il n'y a pas de germes, et il n'y a pas de germes parce que l'on a eu recours aux antiseptiques.

Or nous avons eu ici même avant-hier un fait très important à cet égard. Au n° 1 de la salle des hommes se trouve un grand et robuste gaillard de cinq pieds six pouces, brasseur et buveur qui, l'autre jour, en état d'ivresse, est tombé et s'est cassé la jambe (fracture compliquée de plaie). On l'a pansé aussitôt et on lui a appliqué l'appareil de Scultet ouaté. Nous examinions chaque jour, depuis lors, avec grand soin, le tracé thermométrique, lequel ne dépassait pas la normale de quatre à cinq dixièmes de degré et nous nous félicitions de l'excellence du pansement.

L'apyrexie étant complète, je me disais, bien à tort, comme l'évènement l'a prouvé : tout se passe à merveille, car si quelque complication se faisait du côté de la fracture, nous aurions certainement ou quelques ganglions douloureux dans l'aine ou quelque élévation de la température. Donc, pas de ganglion, pas de lymphangite, pas de température élevée, pas de septicémie.

Cependant, et dans le seul but de surveiller la coaptation des fragments, j'enlève l'appareil, et qu'est-ce que je trouve ? une suppuration considérable du foyer de la fracture, ainsi qu'un gonflement notable de la jambe !

Voici donc un petit fait qui vient nous démontrer qu'à l'abri du contact de l'air il peut se faire, dans un foyer de fracture, une suppuration abondante et *rapide* en pleine apyrexie et en l'absence de toute douleur.

D'où je conclus que si l'on attache une grande importance à la température dans le pansement ouaté, on risque parfois de se laisser aller à une fausse sécurité. Il est vrai, je m'empresse de l'ajouter, que si chez notre malade j'avais vu le foyer de la fracture tous les jours, je n'aurais peut-être pas pu empêcher davantage cette formation rapide du pus.

En résumé, quelque favorable que nous paraisse la marche d'une fracture compliquée, ne restez jamais trop longtemps sans la voir ; sinon, tout va très bien en apparence, vous n'examinez pas et vous risquez au bout d'un certain temps de trouver soit un foyer de suppuration plus ou moins considérable, soit un cal difforme.

Ce dernier fait est survenu récemment dans le service, en mon absence. Il s'agissait d'un genu valgum parfaitement opéré par ostéoclasie par mon remplaçant. Or que veut-on obtenir dans la consolidation consécutive de la fracture du fémur? Un cal vicieux. A quel prix y parviendrez-vous? A la condition de surveiller attentivement votre fracture artificielle pour atteindre au cal difforme, qui est votre objectif.

C'est faute d'une surveillance suffisamment attentive que chez ce malade la consolidation s'est faite si bien que le résultat cherché n'a pas été obtenu.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Paralysie agitante ou maladie de Parkinson.

Je profiterai, pour la leçon d'aujourd'hui, de la présence dans nos salles de plusieurs malades atteints d'une affection remarquable par sa ténacité, par son évolution fatalement progressive quoi qu'on fasse, d'une affection qui appartient à la grande catégorie des maladies connues sous le nom de névroses et dans lesquelles, à l'autopsie, on ne trouve aucune lésion des centres nerveux, enfin d'une affection implacable par excellence, qui laisse vivre mais ne guérit jamais, ne s'améliore même jamais. Je veux parler de ce que l'on a appelé la paralysie agitante ou tremblante, ou mieux, —je vous dirai tout à l'heure pourquoi, —la maladie de Parkinson, comme je l'ai proposé, du nom de celui qui l'a si bien décrite autrefois, en 1815.

La femme que je vais vous présenter est un type de développement complet ou à peu près complet de cette affection.

La maladie de Parkinson se compose de deux éléments fondamentaux, qui sont : 1° une forme particulière de rigidité musculaire ; 2° un tremblement. De ces deux éléments se déduit toute sa symptomatologie. Tantôt l'un des éléments prédomine, tandis que l'autre ne joue qu'un rôle accessoire, c'est même pourquoi je préfère le nom de maladie de Parkinson, comme ne préjugeant rien, à celui de paralysie agitante ou tremblante, d'autant plus que dans un certain nombre de cas le tremblement est presque nul. De plus, les malades n'aiment pas en général qu'on les appelle des paralytiques ; et en réalité il n'y a pas ici de paralysie proprement dite, car la force dynamométrique n'est pas ordinairement diminuée.

Donc la maladie de Parkinson peut se présenter sous trois formes différentes : 1° la forme dans laquelle le tremblement et la rigidité existent à un degré égal ; 2° la forme dans laquelle le tremblement caractérise à lui seul, pour ainsi dire, la maladie tout entière ; 3° la forme dans laquelle la rigidité prédomine, au contraire, tandis que le tremblement ou n'existe pas ou est réduit à très peu de chose. Notre malade est dans ce dernier cas.

La rigidité musculaire est tout à fait spéciale ; elle est dis-

tincte de la contracture spasmodique; elle se produit selon certaines règles ou lois; elle envahit tout le système musculaire progressivement et symétriquement en présentant parfois une certaine prédominance d'un côté.

Voyons donc ici les caractères qu'elle présente et étudions notre malade dans les trois attitudes : assise, debout et marchant.

Assise, cette femme a l'immobilité absolue d'une statue, sauf un léger tremblement dans la main gauche. La tête est un peu inclinée en avant, les muscles du cou sont immobiles de telle sorte qu'elle regarde toujours en face d'elle. Cependant, sous l'influence de la volonté et par un effort prolongé, la malade arrive à tourner un peu la tête. La face est caractérisée par l'immobilité des traits, la physionomie exprime en général un certain degré d'hébétude, bien que cette femme ait conservé toute son intelligence. Le regard est fixe; les paupières s'abaissent rarement. La déglutition étant assez lente tandis que la sécrétion salivaire reste normale, il s'ensuit qu'elle laisse assez souvent la salive s'écouler hors de la bouche.

Du côté des membres supérieurs, nous trouvons une rigidité analogue des muscles dans la demi-flexion des articulations. Néanmoins les mouvements sont possibles dans une certaine limite, les articulations étant parfaitement libres. Les mains présentent une déformation particulière, par suite de la prédominance de la rigidité musculaire dans le groupe des muscles fléchisseurs : c'est ainsi que les doigts sont à demi fléchis sur le métacarpe, offrant l'attitude de la main qui tient une plume à écrire.

La rigidité musculaire dans la demi-flexion existe également dans les membres inférieurs; néanmoins la malade parvient à marcher, mais d'une certaine façon. Quelquefois cette rigidité est assez prononcée pour simuler celle que l'on observe dans la paraplégie spasmodique. Mais ces deux affections sont faciles à distinguer l'une de l'autre, ne serait-ce que parce que dans cette dernière les réflexes tendineux sont exaltés, tandis qu'ils restent normaux dans la maladie de Parkinson. De plus, tandis que la rigidité dans la paralysie spasmodique est un phénomène spinal, la rigidité dans la paralysie dite agitante ne reconnaît aucune lésion nerveuse; peut-être, si nous en croyons les recherches de M. Pierret, existerait-il une lésion scléreuse des muscles, lésion qu'il considérerait comme d'origine rhumatismale.

Lorsque la malade est dans la station verticale, elle présente aussi une attitude toute spéciale : tête un peu inclinée en avant, tronc plus ou moins incliné sur le bassin selon que la maladie est plus ou moins avancée; membres inférieurs demi-fléchis; membres supérieurs demi-fléchis également; les mains appliquées sur le thorax ou sur l'abdomen. Et dans cette attitude la malade présente une rigidité vraiment ligneuse.

Si maintenant nous faisons marcher la malade, nous voyons les pieds se détacher lentement, lourdement, l'un après l'autre, du sol, et la marche, des plus lentes tout d'abord, s'accélère peu à peu avec tendance à la propulsion ou ce que l'on a appelé : la festination. Les sujets ne peuvent se retourner que très difficilement et en faisant un long circuit. Bref, ces malades ressemblent à de véritables automates que l'on est obligé d'arrêter dans leur marche sous peine de les voir buter contre le premier obstacle qu'ils rencontreront devant eux, mur ou autre. Un phénomène également curieux est celui de la rétropulsion; il est facile à provoquer; il suffit de tirer la malade légèrement en arrière par sa robe ou par son châle, pour la voir marcher à reculons avec une vitesse qui s'accélère rapidement, comme nous l'avons vu tout à l'heure pour la marche en avant, et l'on est également forcé de la retenir, sous peine de la voir tomber sur le dos.

Voilà chez notre malade pour l'élément fondamental prédominant : la rigidité musculaire.

Quant au tremblement, il est très peu manifeste chez elle, et n'existe guère que dans la main gauche, et cette femme justifie encore notre proposition relativement à la dénomination de la maladie dont elle est atteinte : maladie de Parkinson, de préférence au nom de paralysie agitante.

Le tremblement, dans cette affection, est caractérisé par de petites oscillations, courtes, rapides, bornées généralement aux extrémités, ne se manifestant que rarement au tronc ou à la tête et alors par propagation. Ainsi, à la main, les doigts seuls sont agités par ce tremblement et non pas la main tout entière; ils se fléchissent tous en même temps et se redressent ensuite; le pouce seul est indépendant. Il en est de même des doigts des pieds. Il s'agit donc d'un tremblement rythmique des extrémités, à oscillations courtes et rapides, tremblement perpétuel qui cesse seulement quand les malades s'endorment.

Il y a un certain nombre de sujets chez lesquels l'effort de la volonté parvient à arrêter le tremblement, quand ils veulent faire quelques mouvements. Enfin, j'ajouterai que ce phénomène n'augmente pas dans les mouvements comme on l'observe dans certaines maladies, dans la sclérose en plaques par exemple, où les oscillations, dans ce cas, augmentent de plus en plus, au point d'empêcher les malades de porter par exemple un verre à leur bouche; comme on l'observe aussi dans la chorée vulgaire, où les oscillations deviennent de véritables gesticulations; comme dans l'hémichorée posthémiplégique, où les oscillations sont remplacées par des mouvements désordonnés; comme dans l'athétose, qui n'est qu'une variété de cette hémichorée où les doigts de la main, dans leur agitation tremblante, ressemblent aux tentacules d'un poulpe.

Dans la maladie de Parkinson, la sensibilité est peu marquée; les douleurs vives sont rares, et les malades se plaignent plutôt de malaises, de crampes constantes, éprouvant le besoin continu de changer de place, et ressentant une chaleur excessive. Ils ont toujours trop chaud, bien que leur température centrale reste parfaitement normale.

Tels sont les principaux symptômes de cette maladie que je n'ai voulu ébaucher ici à grands traits qu'au point de vue clinique, en plaçant sous vos yeux des malades réellement typiques.

J'ajouterai, passant maintenant à l'étiologie, que la maladie de Parkinson frappe à peu près également les deux sexes, avec une légère prédominance cependant chez l'homme; qu'elle apparaît ordinairement à l'âge de quarante, cinquante et soixante ans, — M. Siredey en a observé pourtant un cas chez une jeune fille de dix-sept ans; — que la cause la plus fréquente est une peur subite, dont l'action est favorisée, selon toutes probabilités, par quelque prédisposition telle que l'arthritisme ou une hérédité nerveuse.

A ce point de vue, chez notre malade, nous relevons ces deux faits que son père est mort aliéné à Bicêtre, et que sa sœur s'est suicidée, dans le cours d'une fièvre typhoïde ataxique, en se jetant par la fenêtre.

En résumé, la maladie de Parkinson se rattache à la grande famille neuropathique par l'hérédité de transforma-

tion et quelquefois aussi par une hérédité de similitude. Mais la règle est que les fonctions psychiques restent intactes. Ainsi tous les ans je vois dans cet hôpital, de trente à quarante paralysies agitantes et jamais je ne constate de troubles psychiques; il en est de même dans la clientèle de la ville. Aussi les faits que l'on a signalés ne sont-ils, pour moi, que des exceptions.

Enfin, la marche de cette affection, comme nous l'avons dit en commençant, est fatalement progressive, et l'on voit la tête s'incliner de plus en plus sur la poitrine, et le tronc sur le bassin.

ÉCOLE PRATIQUE. — M. Galezowski.

Des troubles oculaires dans l'ataxie locomotrice; paralysie des nerfs moteurs de l'œil (1).

(Leçons recueillies par M. Félix Despagnet.)

III

Avant de revenir à la paralysie du droit externe, il me faut dire deux mots de la diplopie produite par les contractures musculaires pour établir le diagnostic différentiel. La contracture d'un muscle produit tous les phénomènes fonctionnels et physiques de la paralysie de son antagoniste. Ainsi, la contracture du droit interne amène les mêmes symptômes que la paralysie du droit externe, de sorte qu'au premier abord il semble que la confusion sera très facile. La différence est cependant essentielle et réside dans la diplopie. Dans les paralysies, les doubles images sont fixes et leur écartement toujours le même pour le même point. Dans les contractures, au contraire, les images sont toujours mobiles et leur écartement varie à l'infini pour le même point. Cette mobilité extrême des images résulte du spasme des fibres musculaires qui se reproduisent à chaque instant dans les contractures et impriment à l'œil des mouvements continuels. Ce caractère suffit largement pour ne point confondre la paralysie d'un muscle avec la paralysie de son antagoniste.

Je reviens à la paralysie de la sixième paire qui peut être binoculaire ou monoculaire ; mais neuf fois sur dix elle est binoculaire et cela tient à son origine. On trouve en effet les deux sixièmes paires prenant naissance dans le quatrième ventricule, des deux côtés du raphé médian, et même, d'après Schrœder van der Kolk, il semblerait que dans ce raphé médian les fibres des deux nerfs s'entre-croisent. En tout cas, le voisinage de leur origine explique suffisamment pourquoi ces deux nerfs sont souvent altérés en même temps.

D'ordinaire, la pupille ne présente aucune modification dans la paralysie de la sixième paire ; mais il y a des exceptions et parfois on trouve un peu de myosis, ce qui pourrait faire croire que la paralysie siège dans l'autre œil, qui a la pupille plus large. Ce myosis tient à la contracture des muscles de la troisième paire. D'ailleurs dans toute paralysie ancienne on trouve toujours plus ou moins de contracture dans les antagonistes.

Il n'y a pas que l'ataxie qui puisse amener la paralysie de la sixième paire. On la rencontre aussi dans la glycosurie qui la produit le plus souvent dans les deux yeux. Dans ce cas, l'altération du nerf moteur oculaire externe est facilement explicable par son origine dans le quatrième ventricule, car depuis les immortelles recherches de Claude Bernard nous savons que c'est dans cette partie du cerveau que siège la lésion principale de la glycosurie. Peter et Dumontpallier, dans la dernière édition de Trousseau, ont donné une confirmation à ce fait, en rapportant des cas de diabète où, à l'autopsie, ils avaient trouvé de nombreuses altérations dans le plancher du quatrième ventricule.

Le traumatisme peut aussi amener la paralysie de ce nerf, soit monoculaire, soit binoculaire. La plupart du temps, dans ces cas, la contusion porte sur la tête et il se fait une hémorragie du quatrième ventricule. Bien souvent on constatera alors simultanément une paralysie de la septième paire dont les origines se trouvent très voisines. J'ai, il y a quelques années, rapporté deux faits de ce genre dans la *Gazette des hôpitaux*.

Enfin, j'ai gardé en dernier lieu la syphilis, qui, avec l'ataxie, produit le plus communément ces paralysies oculaires. La syphilis peut agir directement sur le nerf et provoquer une névrite interstitielle. Elle peut agir indirectement sur lui et amener une périostite de l'orbite qui comprimera le nerf à son entrée dans le trou optique. Dans ce cas, la paralysie a été précédée de douleurs ostéocopes des plus violentes, et plusieurs nerfs, même le nerf optique, sont altérés en même temps. Enfin, la syphilis peut produire une gomme cérébrale, et la paralysie consécutive des divers nerfs moteurs de l'œil. Mais si la syphilis peut, par compression, amener la paralysie de plusieurs nerfs en même temps, l'ataxie peut aussi produire le même phénomène. J'ai, le premier, en 1877, dans une communication à la Société de biologie, publié l'observation d'un malade présentant la paralysie de tous les muscles de l'œil à la suite de l'ataxie. Ces cas sont très graves et prouvent que l'altération de la moelle a gagné les centres moteurs oculaires.

Souvent dans l'ataxie, sans aucune trace de paralysie musculaire, on trouve un myosis dans les deux yeux. Ce myosis est parfois très prononcé; il entraîne une certaine contracture dans le muscle accommodateur, contracture qui produit un certain degré de myopie. Ce symptôme est la conséquence de l'altération du centre cilio-spinal, que nous a décrit Claude Bernard.

La paralysie de la sixième paire ou de la quatrième dans l'ataxie locomotrice est parfaitement guérissable. Elle guérit même spontanément, ainsi que l'a fort bien dit Duchenne. Elle dure de six à huit semaines, mais la guérison sera beaucoup plus rapide et sans récidive, si l'on attaque directement l'origine du mal. Or, à ce point de vue, je partage pleinement l'opinion de M. Fournier. Et comme lui, je crois que, neuf fois sur dix, l'ataxie est d'essence syphilitique. Mon avis est basé sur un nombre considérable d'observation où la présence de la syphilis n'était pas discutable ; il s'appuie surtout sur les bons effets du traitement qui a été appliqué. Les paralysies musculaires de l'œil, d'origine ataxique syphilitique, ne demandent aucun traitement local, si ce n'est quelques révulsifs et un peu d'électricité ; mais elles réclament un traitement interne très énergique. L'iodure de potassium, progressivement porté à de hautes doses, 6 à 7 grammes par jour, produit d'excellents résultats. Enfin, dans le traitement de l'ataxie en général, j'ai eu, dans ces derniers temps, des effets inattendus produits par les injections hypodermiques de cyanure d'or et de potassium.

(1) Fin. — Voir le numéros du 29 mai 1884.

DE LA MORT SUBITE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Par M. le docteur Édouard Weil, médecin-major au 74e de ligne.

Indemne de toute maladie épidémique dans les années antérieures à 1870, la ville de Troyes fut envahie peu de temps après le début de la guerre par la fièvre typhoïde qui y prit droit de cité à dater de cette époque ; de 1870 à 1880, elle ne fournit pas moins de 876 cas dont 213 se terminèrent par la mort. Du 31 mai 1878 au 31 décembre 1880, elle fournit 293 cas et 94 décès. Parmi ces décès, il y en a eu un certain nombre de *subits*. Je n'ai plus de données tout à fait précises à cet égard ; mais, en estimant leur chiffre à 20 pour les trois années 1878, 1879 et 1880, je risquerai plutôt d'être au-dessous de la réalité que d'être taxé d'exagération.

Je citerai, en passant, quelques exemples destinés à mettre en relief la *soudaineté* des décès en question, qui ont trait pour la plupart à des malades près de la fin de leur troisième septénaire ou l'ayant dépassé.

Un typhique, *debout*, auprès de son lit, en train d'uriner, tombe foudroyé ; un autre, *assis*, en train d'écrire une lettre, a le même sort ; un troisième accompagne un ami venu pour le voir, peu de minutes après son départ ce visiteur apprend la fin de son ami ; un quatrième succombe pendant qu'il est *assis* en train de manger ; d'autres meurent en allant aux latrines ou en en revenant ; tous, en un mot, périssent *foudroyés*, et toujours après avoir été dans la position *assise* ou *debout*. Et pendant que ces faits se produisaient dans la population hospitalière, nos confrères civils manifestaient leur étonnement de ne pas assister à des catastrophes de ce genre dans leur clientèle particulière où la maladie sévissait avec une intensité proportionnellement tout aussi grande. A quelles causes attribuer des résultats aussi différents ? Les méthodes thérapeutiques ne sauraient être mises en cause, car, tout en étant des plus éclectiques, elles mettaient principalement en jeu les toniques, les antipyrétiques (sulfate de quinine, lavements phéniqués, affusions froides et aromatiques, etc., etc.), médication prudente, connue, et qui, du reste, ne pouvait plus être incriminée, puisque la mort frappait toujours des convalescents.

Mais si cet ordre de causes devait être écarté, il en est un autre qui avait depuis longtemps attiré notre attention et celle de notre excellent ami et confrère le docteur Viardin, de Troyes, et qui a trait à l'hygiène de tous les instants dans le traitement de la fièvre typhoïde. Je veux parler du repos absolu auquel doivent être astreints les malades de cette catégorie par le séjour au lit, *dans la position horizontale*, jusqu'à une période très avancée de la convalescence. Cette prescription doit être rigoureusement suivie, même pour l'accomplissement de tous les actes physiologiques ; et c'est en s'attachant à ce principe que notre confrère, dont la pratique s'exerce sur un champ si vaste, n'a jamais eu à déplorer une seule de ces morts subites qui, survenant quelquefois par séries à l'hôpital, avaient le don de glacer d'épouvante les malades et les sœurs, aux soins si dévoués, qui les soignaient.

Un certain nombre d'autopsies ont été pratiquées ; jamais l'on n'a trouvé d'autres lésions que les lésions banales de la dothiénentérie ou résultant de complications absolument étrangères à la fin si inattendue de ceux qui en étaient porteurs.

Des diverses hypothèses mises en avant jusqu'à ce jour pour expliquer ces accidents, il en est une, l'*anémie cérébrale*, qui, dans notre pensée, est la plus importante et la plus fréquente de toutes ; et si nous avons insisté plus haut sur la nécessité de l'*horizontalité* pour éviter les morts subites, c'est parce que, cette situation apportant un obstacle à l'anémie cérébrale, elle prévient, quand elle est bien observée, l'apparition des accidents dont il est question.

Les femmes en couche, si souvent atteintes d'anémie aiguë, succombent quelquefois absolument comme les typhiques dont nous avons raconté la fin. Nous ne pouvons mieux faire pour le prouver que de citer quatre cas de ce genre relatés par feu le docteur Vy, d'Elbeuf, dans une brochure intitulée : « De la mort subite chez les femmes en couche », et que cet honorable confrère attribuait d'une façon indubitable à l'embolie pulmonaire d'origine arthritique ; cette opinion, dénuée de l'appui qu'auraient pu lui offrir des examens nécroscopiques, ne présente donc pas une valeur indiscutable.

Le premier de ces cas eut lieu « dix-sept jours après l'accouchement, chez une primipare âgée de vingt-six ans, de santé délicate (probablement anémique) ; la mort enleva l'accouchée alors que, *levée* et déjeunant, elle trempait un peu de pain dans un œuf ».

Le deuxième cas se produisit « chez une autre primipare de vingt-sept ans, le dix-huitième jour après l'accouchement. Elle succomba *en quelques secondes*, n'ayant *pu se relever*, après avoir satisfait le besoin d'uriner. Immédiatement avant, elle semblait dans l'état le plus satisfaisant et entièrement rétablie de ses suites de couches ».

Le troisième cas s'est présenté « chez une primipare âgée de dix-neuf ans, accouchée depuis dix-huit jours, et que la mort est venue frapper aussi brusquement que les deux premières, *quand elle laissait tomber ses vêtements pour se mettre au lit* ».

La quatrième observation a pour sujet une « jeune femme primipare, âgée de vingt-deux ans, de très bonne santé et qui est morte en quelques secondes, dix-neuf jours après son accouchement, *en montant sur son lit*, sans avoir présenté aucun symptôme d'état maladif qui pût faire craindre une mort aussi foudroyante ».

Notre regretté confrère ajoute ensuite : « Aucune de ces quatre accouchées n'avait été atteinte de phlegmatia alba dolens, ni, du moins en apparence, de phlegmasie utérine, ni assurément de phlébite utérine ou crurale. »

Ce sont là tout autant de raisons pour ne pas s'attacher davantage à l'idée d'embolies pulmonaires.

N'est-on pas frappé, à la lecture de ces faits, de l'analogie existant entre les cas de mort subite chez les typhoïdiques et ceux survenus chez des femmes en couches ?

Dans les deux cas, nous avons affaire à des sujets anémiés, bien que par des causes différentes, et toujours nous les voyons mourir alors qu'ils se sont trouvés dans une position autre que la position horizontale.

Cet ensemble de faits, on doit le reconnaître, justifie les exigences des accoucheurs qui prescrivent à leurs clientes un séjour au lit de trois semaines au minimum, et celles des médecins qui, ayant à traiter des typhoïdiques, les condamnent au repos absolu jusqu'après le quatrième septénaire ou même davantage.

Ce sont là les conclusions auxquelles je tendais ; il serait heureux qu'elles fussent adoptées et mises en pratique d'une façon générale ; on éviterait ainsi quelques-unes de ces morts foudroyantes que rien ne peut faire pressentir, et qui viennent jeter une consternation d'autant plus grande qu'elles sont plus inattendues.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XIII

Je me trouvais à Paris, lorsqu'en décembre 1800 (nivôse an IX) eut lieu, à l'entrée de la rue Saint-Nicaise, l'explosion de la fameuse *machine infernale* dirigée contre le premier consul Bonaparte, lorsqu'il se rendait à l'Opéra. La voiture consulaire était passée depuis une minute, lorsque l'explosion ébranla une trentaine de maisons et tua ou blessa un grand nombre de personnes. J'accourus le lendemain matin pour voir ces désastres ; plus tard, tout ce quartier fut démoli, rasé, pour créer cette place de si grandes dimensions entre le Louvre et les Tuileries. J'y étais aussi

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 mai 1884.

lors de la conspiration des deux frères Aréna, députés corses, qui tentèrent d'assassiner le premier consul, peu après le 18 brumaire. Joseph Aréna fut arrêté à l'Opéra et mis à mort le 31 janvier 1801; l'autre s'évada.

J'ai été témoin de la vaste conspiration tramée par George Cadoudal, Pichegru, etc., contre Bonaparte en 1804. Les journaux annoncèrent que Pichegru s'était pendu dans la prison du Temple, tandis que l'opinion publique pensait qu'il avait été étranglé par un mamelouck. J'étais dans ma chambre, rue du Théâtre-Français, près l'Odéon, lorsque j'entendis le coup de pistolet que Georges Cadoudal tira sur l'agent de police qui l'arrêta dans son cabriolet au carrefour de Bussy, dans la soirée. J'eus la patience de faire queue pendant plusieurs heures au Palais de Justice pour assister à l'interrogatoire des nombreux accusés. J'ai vu et entendu le vainqueur de Hohenlinden, général Moreau, les deux frères Polignac, Jules et Armand, Georges Cadoudal et vingt autres accusés. Moreau fut banni, on n'osa pas le condamner à mort; les Polignac furent enfermés dans une prison d'État; Georges et autres, guillotinés.

A cette même époque (1804), j'assistai aux fêtes du couronnement et du sacre de l'empereur Napoléon et de l'impératrice Joséphine par le pape Pie VII, mandé pour cela et venu à Paris contre son gré; j'ai vu plusieurs fois le Saint-Père aux croisées des Tuileries. C'est pour cette double cérémonie qu'on vit accourir à Paris de tous les points de la France les chefs d'administrations, les députés, les présidents de cantons, etc. Jamais on ne vit un s grand déluge de calembours sur les plus hauts dignitaires de l'État.

En 1805, la guerre fit converger avec une incroyable rapidité les troupes de tous les points de la France vers le Rhin; ce fut la première fois, je crois, que l'Empereur fit voyager en poste ses fantassins; il arriva de Boulogne à Ulm comme un projectile. C'est alors que parurent les célèbres bulletins de la *grande armée* qui excitèrent à un si haut degré l'enthousiasme de Paris; chaque courrier annonçait d'étonnantes victoires et d'immenses conquêtes; ce fut l'apogée de la gloire de Napoléon : il vint, il vit, il vainquit. Au commencement de l'année 1806, il vint un moment se présenter aux Parisiens; j'étais à l'Opéra lorsqu'il y fut accueilli par un tonnerre d'applaudissements : il avait pris de l'embonpoint.

Ce fut le 14 mars 1806 que je subis à l'École de médecine ma dernière épreuve médicale, celle de ma thèse qui me coiffa du bonnet de docteur. Pour la composition de ma thèse, je m'en tins à des propositions générales : cette forme, indépendamment de l'avantage économique, est préférable à celle d'un sujet circonscrit ou monographique, car, dans ce dernier cas, le récipiendaire est préparé à la solution de toutes les questions, tandis que, dans le premier, les examinateurs ont une grande latitude pour les interrogations. Les membres du jury étaient Boyer, Lallemand, Bourdier, Chaussier; les deux premiers me complimentèrent, les deux autres me chicanèrent.

Après un peu moins de six années d'un séjour non interrompu à Paris et d'études diverses poursuivies avec quelque persévérance, je mis enfin un terme aux sacrifices de ma famille et je regagnai avec plaisir ma ville natale, pour y exercer la médecine sous l'égide de mon père. Depuis ma réception au doctorat, dix jours se passèrent à faire des visites d'adieu aux condisciples des hôpitaux et aux compagnons de mes courses scientifiques, à régler des comptes, à emballer des livres pour Saint-Sever, enfin à faire les préparatifs de mon voyage de retour. Dans le double but de connaître l'École de Montpellier et d'explorer l'histoire naturelle du midi oriental de la France, je préparai et j'exécutai une délicieuse pérégrination qui ne dura pas moins de quatre mois.

Voyage de Paris à Saint-Sever par Lyon, Marseille, Toulon, Nîmes, Montpellier et Toulouse (avril-juillet 1806).

Je partis de Paris le 25 mars 1806. On ne connaissait alors ni vapeur ni chemins de fer; les messageries avaient le monopole du transport des voyageurs sur les grandes lignes; ces lourdes diligences, malgré leur lenteur et le mauvais état des routes, avaient bien leur mérite pour l'observateur, pour le touriste. Au lieu de ces aperçus fugaces, de ces visions instantanées, de ces ombres chinoises des voies ferrées, le voyageur avait l'avantage, surtout dans le coupé ou sur le haut cabriolet, de voir, de saisir, de crayonner la structure du pays. Il pouvait, tout en économisant un déjeuner, prendre les devants à pied dans l'intérêt de son instruction; d'ailleurs, avec un peu de savoir-faire, avec le pourboire au conducteur et de jeunes et bonnes jambes, on pouvait utiliser toutes les stations; j'usai du procédé et, de Paris à Lyon, je fis pédestrement un bon quart du chemin. On peut voir dans ma bibliothèque un volume relié où se trouvent tous les détails de ce long et fructueux voyage; à la tête de mon manuscrit, j'avais inscrit comme épigraphe la sentence du livre des Proverbes de Salomon : « Vanitatem et verba mendacia longe fac à me », et, à la fin d'une dédicace « à moi, oui à moi », j'exprimais le vœu suivant : « Fasse le ciel que dans une soixantaine d'années, lorsque les glaces de l'âge auront refroidi ta mémoire, tu puisses feuilleter avec plaisir les pages de ce journal et retracer ainsi à ton esprit les jours heureux de ton voyage.» Et ce vœu de 1806, je puis le réaliser en 1859 et constater la persistance de mes souvenirs d'antan; néanmoins je ferai à mon propre journal de larges emprunts.

Le premier jour, nous traversâmes successivement Charenton, Boissy, Brunoy, Melun et Montereau. A Sens, pendant le quart d'heure du relais, je pus visiter à la hâte la cathédrale dont l'architecture gothique est majestueuse et enrichie à l'extérieur de sculptures fort variées, fort bizarres, dont plusieurs ont malheureusement été dégradées par les vandales révolutionnaires; l'intérieur de l'église est de la plus grande richesse, magnifiques vitraux dont le coloris conserve encore la plus grande fraîcheur; le maître-autel, isolé dans le milieu du chœur, est placé sous un dais chargé de dorure. Je parcourus à pied la plaine de l'Yonne jusqu'à Joigny; cette plaine est peu étendue, mais bien cultivée et bornée par des coteaux fort escarpés et plantés de vignobles. J'ai pu visiter les antiquités d'Autun, *Augustodunum* des Romains: la porte de cette ville est remarquable par sa belle simplicité; les pierres sont superposées les unes sur les autres sans ciment ni mortier. L'église de l'archevêché d'une fort belle architecture gothique, avec flèche pyramidale très élevée; à l'intérieur, le maître-autel est moderne; près de l'église, il y a une fontaine de construction élégante (un bassin élevé au milieu de six colonnes jumelles), ouvrage des Romains avec des inscriptions latines que je ne pus déchiffrer.

Châlon-sur-Saône est une charmante ville; je vis ses écluses qui facilitent un commerce très actif sur la Saône. Je me promenai sur son quai, peuplé de gens occupés de tous côtés à rouler des tonneaux de vin de Bourgogne.

Aux environs du village de Tournus, à cinq lieues de Châlon, j'observai le costume des femmes, qui est très original. Elles portent sur la tête un petit chapeau noir, rond et plat, large à peine de cinq à six pouces et ayant une très petite forme; ce chapeau est posé sur la tête, tantôt horizontalement, tantôt obliquement, en arrière ou en avant, suivant l'inclinaison du soleil ou le goût de celle qui le porte. Chez les paysannes peu aisées, ce chapeau n'a pas d'ornement, mais les élégantes mettent autour de la bordure une dentelle flottante large de plus de deux pouces et, autour de la forme, un cordon de velours brodé se terminant par un faisceau de rubans qui flottent sur le dos. La coiffure sur laquelle repose le chapeau est petite et on remarque sur le derrière une pièce ronde et plate comme une tabatière formant une saillie prononcée; cette pièce en bois est placée dans l'intérieur de la coiffe et est destinée à servir de point d'attache au ruban qui fixe complètement le chapeau sur la tête; la coiffure s'attache sous le menton avec un ruban noir; les cheveux du front et ceux des côtés sont très relevés et cachés de manière que leurs racines soient à découvert. Ce singulier costume de tête ne peut guère aller qu'aux très jolies figures : voilà sans doute pourquoi toutes les paysannes que je vis me parurent laides. Les manches des bras-

sières n'atteignent pas le coude et sont très bouffantes et plissées vers l'épaule; ces manches ont toujours une, quelquefois deux bandes annulaires rouges, des bandes semblables se remarquent aussi vers les coutures latérales et moyennes du dos de la brassière; elles sont brodées et plus larges dans les costumes de belle parure. Ces paysannes portent des souliers et des guêtres qui recouvrent ceux-ci. On n'observe ce genre de vêtement que depuis Tournus jusqu'à Mâcon. Dans ce pays bourguignon, les bœufs et les vaches, qui sont fort nombreux, ont une couleur blanchâtre uniforme, le bétail y est de petite taille.

Mâcon est une jolie ville que sa position sur la Saône et au penchant d'une colline rend très commerçante et fort agréable. Le quai est spacieux et plein d'activité. Il y a un beau pont en pierre de douze arches. A l'hôtel du Palais-Royal, on nous servit d'excellent vin.

De Mâcon à la petite ville de Villefranche, la campagne est des plus belles et des mieux cultivées : à droite, la vue de la campagne est terminée par des coteaux riants et fertiles; à gauche est une vaste plaine que fécondent les eaux de la Saône; les maisons de campagne y sont très multipliées; les constructions en pisé sont très communes. A peu de distance de Villefranche, on quitte la plaine de la Saône et on aperçoit sur la gauche une montagne boisée que l'on appelle la forêt d'Ars; la Saône passe derrière cette montagne pour traverser Lyon. De la route tracée sur le revers, on jouit du plus beau point de vue qu'il soit possible d'imaginer; en face, vers le midi, on aperçoit plusieurs rangées de coteaux successivement plus élevés et tous couverts de vignobles; les montagnes du Bourbonnais terminent le tableau dans le lointain. Lorsqu'on a contourné la base de la forêt d'Ars, on voit, à ses pieds, pour ainsi dire, la grande ville de Lyon et le fertile pays qui l'entoure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Léon Guignard, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon, est nommé directeur du Jardin botanique de cette ville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les candidats ajournés à leur examen avant le 15 juin 1884 sont prévenus : 1° que les épreuves pratiques seront renouvelées fin juin ou commencement juillet; 2° que les épreuves orales seront renouvelées : *a.* du 15 juin au 1er juillet, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai; *b.* du 1er au 15 juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 15 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 10 juin 1884, dernier délai; les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 15 juin consigneront jusqu'au 17 juin 1884, dernier délai. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— M. le docteur Poirier, prosecteur, commencera ses démonstrations de médecine opératoire, sous la direction de M. le docteur Farabeuf, chef des travaux anatomiques, et avec le concours de six aides d'anatomie, le mardi 3 juin 1884, à une heure de l'après-midi, dans le pavillon n° 7 de l'École pratique.

— M. le docteur Horteloup commencera ses conférences, sur les maladies syphilitiques, à l'hôpital du Midi, le dimanche 8 juin, à neuf heures du matin et les continuera les dimanches suivants.

— *Muséum.* — M. le docteur Paul Fischer, aide-naturaliste, suppléant M. le professeur A. Gaudry, commencera ses leçons de paléontologie, le lundi 16 juin 1884, à trois heures et demie du soir, dans le grand amphithéâtre, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Il s'occupera cette année des relations qui existent entre les faunes sous-marines actuelles des grandes profondeurs et les faunes des temps géologiques.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Étude de pathologie comparée. La fièvre typhoïde chez le cheval et chez l'homme, par le docteur Servoles, lauréat (médaille d'argent) de la Faculté de Paris, vétérinaire en premier, secrétaire de la commission d'hygiène hippique. 1 vol. in-8° avec planches. — Prix : 8 francs. — Paris, Asselin et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16272.

40

Solution Coirre (Codex 1877)

au chlorhydro-phosphate de chaux.

PHTHISIE, ANÉMIES, CACHEXIES, SCROFULES, RACHITISME, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX, ASSIMILATION INSUFFISANTE, MALADIES DES OS.

Cette préparation, qui jouit depuis longtemps de la faveur du corps médical, est basée sur ce fait, aujourd'hui incontesté, que l'acide chlorhydrique, étant l'acide du suc gastrique, doit être, à tous égards, préféré pour la dissolution du Phosphate de chaux.

On peut résumer ainsi ses avantages :

Préparation rationnelle et éminemment physiologique, puisque le phosphate de chaux pénètre ainsi dans l'économie sous la forme qu'il prend naturellement lorsqu'il est à l'état de phosphate des aliments, — mais avec cette différence qu'il ne distrait rien de l'acide du suc gastrique.

Concentration plus grande du sel.

Acidité insignifiante.

Action eupeptique de la petite quantité d'acide chlorhydrique libre qui existe dans la préparation et dont les effets concourent précisément, par d'autres voies, au même but que le phosphate de chaux.

En outre, action spéciale éminemment favorable du chlorure de calcium qu'elle contient, comme l'ont démontré les docteurs Mercadié et Rabuteau.

Facilité d'administration. — N'ayant aucun goût quand on la mélange avec de l'eau sucrée ou du vin, les malades peuvent en prendre pendant très-longtemps, sans en être fatigués comme des sirops.

Enfin, prix infiniment plus réduit, eu égard à la quantité de sel, — ce qui n'est point à dédaigner pour un traitement de longue durée.

Restent les résultats fort nombreux consignés dans tous les journaux de médecine, et qui peuvent se résumer ainsi :

Le chlorhydro-phosphate de chaux favorise l'appétit et la digestion au plus haut degré, et il agit comme reconstituant général avec la plus grande rapidité.

A ce titre, il est donc indiqué dans toutes les circonstances où il y a une dépression de l'économie, les anémies, les cachexies d'origines diverses, l'assimilation insuffisante, les convalescences, la phthisie, la scrofule, le rachitisme.

Il possède en outre une action spéciale dans les maladies des os (fractures, caries, ostéomalacie, mal de Pott, rachitisme), dans la scrofule, la phthisie, l'état nerveux, le développement de l'embryon et de l'enfant. Il est donc indiqué à un double titre dans ces maladies, ainsi que chez la femme enceinte et les enfants en bas âge placés dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Une cuillerée à bouche chez les adultes; une cuillerée à café chez les enfants du premier âge; deux cuillerées à café de six à douze ans, au moment des deux principaux repas, dans l'eau sucrée ou coupée de vin.

Prix : 2 fr. 50 le flacon. Dans toutes les ph^ies.

NOTA. — Se méfier des nombreuses imitations suggérées par le succès toujours croissant de ce produit.

Se méfier également des solutions préparées extemporanément; l'acide chlorhydrique ne dissolvant en quantité suffisante que le phosphate de chaux à l'état naissant, ce qui nécessite des appareils spéciaux.

146

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales ph^ies.

13

Capsules et saccharure

À L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance,* etc.

PARIS, ph^ie GREZ, 34, rue de la Bruyère.

25

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VÉRITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

12

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

66

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

57

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

15

FIÈVRES, ANÉMIE, CHLOROSE

MALADIES NERVEUSES

Vin de Bellini (*Vin de Palerme au Quinquina et Colombo*)

tonique, fortifiant, fébrifuge, contre les affections scrofuleuses et scorbutiques, les fièvres, les névroses, l'anémie, la chlorose, les diarrhées chroniques.

ADH. DETHAN, ph., rue Baudin, 23, Paris, et toutes pharmacies de France et de l'étranger. *Bellini*

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0^gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

125

Établissement thermal Vichy

(*Allier*) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* (*Allier*)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabte, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement : à Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

74

Épilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

106

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant,* sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

100

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

93

Vin Defresne à la Peptone

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux de Paris.

Récompensée à l'exposition universelle 1878.

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire fluidifiée digérée rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr.

ELIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr., nutriment agréable et reconstituant.

PEPTONE DEFRESNE : 25 p. 100 de peptone.

Dose : 2 cuillerées à la fois dans eau tiède et salée, 5 fr.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** Paris.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôtel-Dieu. Deux cas de fistule vésico-vaginale. — Hôpital des Enfants-Malades. Méningo-encéphalite chronique disséminée ou sclérose cérébrale chez l'enfant. — Académie de Médecine. — Revue bibliographique. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Ce sont encore les vibrions qui ont eu les honneurs de la séance. Cette fois il s'agissait de ceux de la putréfaction accusés par MM. Chauveau et Arloing de produire chez les amputés et à la suite de divers traumatismes les formidables accidents de la septicémie gangreneuse.

Au nom de la clinique humaine, M. Trélat a émis des doutes sur le bien fondé de cette conclusion principale que les habiles physiologistes lyonnais ont déduites de leurs expériences sur les animaux. D'après ses effets sur les animaux, le virus qu'ils ont employé paraît beaucoup moins redoutable que l'agent qui produit chez l'homme un mal si rapidement et constamment mortel. Ces réserves faites sur l'identité des deux virus, M. Trélat s'est attaché à mettre en lumière les notions nouvelles résultant de ces expériences qui peuvent trouver leur application en chirurgie.

M. Verneuil, de son côté, a rappelé les cas sporadiques, sans inoculation possible, de septicémie gangreneuse, pour montrer qu'il fallait chercher d'autres causes encore, en dehors du microbe.

Mais la doctrine microbienne a trouvé dans M. Bouley un défenseur qui la représente dans sa forme la plus classique, si je puis m'exprimer ainsi. Étant donné que le microbe de la putréfaction est anaérobie, tout se déduit de ce principe, comme les syllogismes anciens se déduisaient d'un premier axiome.

HOTEL-DIEU. — M. Humbert.

Deux cas de fistule vésico-vaginale.

Deux malades, atteintes toutes deux de la même affection, vont faire le sujet de cette conférence. L'une est couchée au n° 4, l'autre au n° 11 de la salle Notre-Dame. La première est venue à l'hôpital, pour la seconde fois, au mois de décembre dernier; la deuxième, il y a quelques jours. Toutes deux sont entrées à l'Hôtel-Dieu pour une fistule vésico-vaginale.

La malade du n° 4 a vingt-trois ans et demi; elle est accouchée pour la première fois en 1881 et l'on a dû recourir à l'emploi du forceps. C'est à la suite de son accouchement qu'elle a eu sa fistule. Chez la seconde malade, la fistule est également consécutive à un accouchement difficile, laborieux, mais sans qu'on ait eu besoin d'aucun instrument. L'accouchement a eu lieu le 7 mai 1882.

Ainsi donc, dans les deux cas, la fistule a reconnu pour cause l'accouchement ou mieux la pression, prolongée pendant de longues heures, de la tête du fœtus contre la paroi vésico-vaginale. Cette pression a déterminé la gangrène de cette paroi en un certain point, sa perforation, partant la formation d'une fistule urinaire.

Telle est, du reste, généralement la cause de ces fistules. Cependant quelquefois aussi ces fistules sont le résultat d'un traumatisme, mais le fait est rare; beaucoup plus rarement encore elle est produite par la présence d'un calcul vésical, ulcérant à la longue le bas-fond de la vessie et la perforant à un moment donné. Enfin, chez quelques malades, l'opération de la taille a été suivie d'une fistule. En résumé, je le répète, 99 fois sur 100 la fistule vésico-vaginale est la suite d'un accouchement laborieux, d'un accouchement dans lequel on n'est pas intervenu à temps et ceci est extrêmement important à bien retenir, car, dans l'immense majorité des cas, on pourrait éviter pareil accident; il suffirait de ne pas laisser la tête, pendant quinze et dix-huit heures, engagée et comprimant les parois.

Telle est la cause que nous trouvons également chez nos deux malades.

Je disais, en commençant, que la femme du n° 4 était entrée pour la seconde fois dans notre service au mois de décembre dernier. En effet, elle était déjà venue ici, une première fois en 1882 pour la même affection. A cette époque M. Richelot avait la direction du service; l'examen de la malade lui montra qu'il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale *énorme*. Or vous savez que s'il y a des fistules de toutes les dimensions, depuis la plus petite jusqu'à la plus grande, il existe, par suite, des degrés dans la cure radicale de ces fistules.

Du reste, voici dans quel état elle se présentait : l'ouverture était telle que par le toucher le doigt entrait d'emblée et sans aucune hésitation dans la vessie, dont la muqueuse faisait une saillie pouvant simuler une sorte de cystocèle. La perte de substance était très étendue, la lèvre postérieure était concave, la lèvre antérieure avait la forme d'une bride adhérente aux branches ischio-pubiennes. De là, de sérieuses difficultés pour parvenir, dans l'opération qui fut tentée, à rapprocher les bords de la fistule, les mettre au contact et obtenir de celle-ci la cure radicale.

Chez la seconde malade, la lésion présentait les mêmes caractères ; elle formait un vaste hiatus aux bords durs, rigides et fixes. Ce n'était plus comme chez une troisième femme que j'ai opérée hier, où la fistule ne dépassait pas les dimensions d'une pièce de deux francs, où la muqueuse faisait une saillie considérable, où le bord postérieur adhérait à l'utérus, où les bords encore assez souples pouvaient, après avoir été avivés, être rapprochés l'un de l'autre et maintenus en contact sans trop de tiraillements.

Mais il n'en est plus ainsi quand il s'agit d'une large ouverture comme chez les deux femmes dont je vous parle aujourd'hui. Cependant une fistule vésico-vaginale est une telle infirmité qu'il faut parvenir à la guérir, qu'il faut empêcher l'urine de s'écouler au dehors directement par le vagin. Dans ces conditions, il ne s'agit plus d'un simple rapprochement des bords de la fistule, mais bien d'une opération par occlusion. Mais, pour cette opération même de la fistule urinaire, les procédés diffèrent selon la hauteur à laquelle la lésion est située. Ainsi, on fait l'occlusion du col de l'utérus dans le cas de fistule utéro-vésicale, l'occlusion du vagin dans le cas de fistule vésico-vaginale, et l'occlusion de la vulve, lorsque c'est l'urètre qui se trouve en partie détruit. Chez nos deux malades, la paroi vésico-vaginale était le siège de la lésion ; M. Richelot a pratiqué, il y a deux ans, l'occlusion du vagin, faisant d'abord l'avivement circulaire au-devant de la fistule, prenant un lambeau sur le vagin et adossant les parois de telle sorte que le vagin se trouve transformé en une sorte de cloaque le moins profond possible et que l'urine reprenne son cours par le canal de l'urètre. L'opération est, du reste, généralement sans inconvénient, si ce n'est pour les rapports sexuels ; mais, devant l'infirmité dont elle est affligée, aucune femme n'hésite à se laisser opérer. Cependant l'un des dangers est que le séjour prolongé de l'urine dans le cloaque vésico-vaginal peut entraîner la formation, au bout d'un certain temps, d'un calcul. Cette complication tardive est heureusement assez rare. On s'est aussi demandé comment, dans le cas d'occlusion du vagin, s'écoulerait le sang des menstrues. Je répondrai à cela que la plupart des femmes atteintes de fistule vésico-vaginale sont aménorrhéiques et que, dans le cas où les règles ont lieu, le sang s'écoule par l'urètre. En somme, l'on n'a aucun reproche à faire à cette opération.

M. Richelot a donc, chez ces deux malades, fait l'occlusion du vagin en 1882 et l'a très bien faite. En voici maintenant les résultats : chez la première, le succès n'a pas été complet, c'est-à-dire que toute la partie moyenne de la suture a très bien réussi, et que, de chaque côté, il est resté un pertuis, ce qui arrive, du reste, fréquemment après une première opération. Aussi a-t-il fait d'abord une cautérisation avec le thermo-cautère, puis un second avivement suivi d'un point de suture. Cependant la malade est partie quelque temps après sans être tout à fait guérie. Quant à la seconde femme, celle du n° 11, lorsqu'elle a quitté l'hôpital, il ne lui restait plus qu'un tout petit trajet fistuleux, lequel, comme cela arrive assez souvent, s'est fermé de lui-même quelque temps après.

Or ces deux femmes, par une coïncidence curieuse, se retrouvent en ce moment dans nos salles, ayant de nouveau une incontinence d'urine, mais dans des conditions tout à fait différentes.

En effet, chez celle du n° 4, les deux pertuis qui persistaient au moment de sa sortie de l'hôpital, n'ont jamais pu se cicatriser. Lorsque je l'ai vue à mon tour ici, il y a près de deux mois, j'ai cautérisé le plus petit des deux pertuis et j'ai obtenu une certaine amélioration ; quant au second, il est resté tel quel. Chez la malade du n° 11, rentrée dans nos salles, il y a quinze jours environ, elle perd de nouveau ses urines, non pas que la cicatrisation ne se soit pas faite comme M. Richelot l'avait espéré, mais bien parce qu'il existe actuellement un petit orifice de nouvelle formation résultant du travail ulcératif produit par le développement d'un calcul urinaire dans le cul-de-sac vésico-vaginal. C'est là, comme je le disais en commençant, un fait rare, dû à la stagnation de l'urine dans le vagin.

En présence de ces deux cas, qu'allons-nous faire ? Chez le n° 4, la cautérisation ou l'avivement ? Je préfère ce dernier moyen, en raison même des dimensions du pertuis ; je détacherai un lambeau circulaire que je laisserai seulement adhérer à sa base au pourtour de l'orifice et que je retournerai et refoulerai ensuite en arrière dans le pertuis, en ayant soin de maintenir les surfaces en contact par un fil d'argent, le refoulement nous donnant une chance de plus d'oblitération.

Chez le n° 11, notre première opération consistera à extraire, non pas par le vagin, mais par le canal de l'urètre, qui est long seulement de trois centimètres, les fragments du calcul préalablement broyé, et plus tard nous essaierons de restaurer la petite fistule de nouvelle formation.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. J. Simon.

Méningo-encéphalite chronique disséminée ou sclérose cérébrale chez l'enfant.

La méningo-encéphalite chronique ou sclérose cérébrale chez l'enfant est une maladie caractérisée anatomiquement par la présence de noyaux disséminés de préférence sur les deux hémisphères dans la région du sillon de Rolando, mais pouvant se rencontrer aussi dans toutes les parties centrales.

Son début n'est pas toujours le même ; ce sont des troubles de l'intelligence, ce sont quelquefois des douleurs de tête revenant par accès, quelquefois aussi ce sont seulement de petites grimaces, une sorte d'irritabilité ; l'intelligence n'est pas troublée dans toutes ses manifestations, mais selon le siège de la lésion, tantôt c'est la mémoire, l'entendement, tantôt ce sont les facultés affectives. Il est des enfants qui deviennent idiots, imbéciles ; d'autres ont conservé, en apparence, une intelligence ouverte, mais en réalité elle ne l'est que pour certaines choses ; tantôt l'enfant est d'une ténacité extrême, d'une volonté de fer, tantôt au contraire d'une inertie absolue. Il est sujet aux vertiges, sa parole est lente, embarrassée ; la langue est comme épaisse, embarrassée. La mémoire est diminuée, abolie pour certaines choses, conservée pour d'autres. La céphalalgie est fréquente, mais non constante. Les troubles intellectuels se manifestent comme par des poussées irrégulières. Quant aux sens, ils sont atteints dans une proportion relativement minime, ce qui tient à ce que la lésion anatomique réside du côté de la convexité du cerveau. Les phénomènes paralytiques sont disséminés quoique localisés, c'est-à-dire qu'ils envahissent un certain nombre de muscles, lesquels ne sont pas tous groupés pour une seule et même fonction ; ces phénomènes s'accompagnent fréquemment de contracture : ainsi la plupart de ces petits scléreux

ont de la paraplégie avec équinisme en dedans. Il y a, du reste, deux sortes de contractures : l'une qui tient à une cérébrite, à des poussées inflammatoires congestives et passagères ; l'autre qui survient à la fin de la maladie, alors que l'un des noyaux de sclérose est ratatiné, flétri, atrophié au point que les tubes nerveux sont à peu près détruits en ce point, elle reconnaît pour cause une dégénérescence granulo-graisseuse de la moelle.

Pour certains auteurs, la sclérose est une maladie caractérisée par des mouvements saccadés, choréiques. Peut-être est-ce vrai pour l'adulte? Quant aux enfants, je ne les ai jamais vus. Et si l'on observe chez eux parfois des mouvements incoordonnés, parfois même un peu de chorée, cela n'est que passagèrement, transitoirement. En tous cas, il ne se fait pas chez eux de paralysie rapide; les muscles ne maigrissent pas rapidement et l'atrophie qui se produit est lente; elle ne se localise pas comme dans la maladie connue sous le nom de paralysie infantile, où elle apparaît très rapidement, souvent même au bout de huit jours.

La sensibilité n'est pas diminuée dans la sclérose cérébrale, loin de là, même dans certains cas, du moins à la première période où l'on observe de l'hyperesthésie, où les actes réflexes sont exagérés, où le moindre bruit effraye l'enfant, où une lumière un peu éclatante le surexcite, où la moindre impression le fait pleurer. Un peu plus tard, cette hyperesthésie fait place à une sensibilité normale.

Passons maintenant à un autre ordre de phénomènes, aux attaques épileptiformes. Ces attaques sont très variables d'intensité, mais grandes ou petites, générales ou partielles, elles sont toujours identiques à celles de l'épilepsie vraie. La petite attaque est celle du petit mal, quelquefois ce n'est qu'une simple fixité du regard, quelquefois une sorte de chute de la tête en avant, une torsion du cou, des vomissements répétés, etc. Elles surviennent sans cause appréciable, se succédant plus ou moins nombreuses; elles ne sont pas rythmées.

En dehors de cela, l'état général reste quelquefois assez bon, l'appétit est conservé, et l'enfant peut rester gros et gras, tant que le fonctionnement de l'économie n'est pas enrayé.

Ceci dit en quelques mots sur la symptomatologie, voyons quelle est la marche de la sclérose cérébrale. Comme nous l'avons dit, le début en est très irrégulier, souvent marqué par des poussées congestives; la tête est chaude ; l'enfant est agacé ; il a des vertiges, puis des nausées et des vomissements ; il y a là comme une sorte de congestion cérébrale. Quelquefois le mal débute par une véritable méningo-encéphalite; d'autres fois, simplement par des troubles intellectuels bien plus que par des poussées congestives et ce n'est que plus tard que surviennent les vomissements et les convulsions. En somme, que la sclérose débute d'une façon sournoise ou manifeste, elle marche lentement, son caractère essentiel étant d'être chronique, et elle dure des mois et des années. On a prétendu que sa terminaison était toujours fatale, que l'enfant succombait ou qu'il devenait idiot, imbécile, paralytique. Cela n'est pas absolument exact, car, avec le temps et une médication convenablement appropriée, on peut quelquefois enrayer les progrès du mal. Ce que l'on peut dire, c'est que si dans la moitié des cas la sclérose cérébrale se termine par la mort, dans l'autre moitié elle permet de vivre; mais les enfants ont grande chance de ne plus être aptes à des travaux intellectuels et les accidents peuvent reparaître à un moment donné. Du reste, le pronostic est en raison même de l'étendue de la lésion scléreuse et des phénomènes méningitiques qui l'accompagnent. Il est des enfants qui continuent à perdre au point de vue intellectuel, tandis qu'ils recouvrent au point de vue musculaire. En résumé, tous les petits scléreux ne meurent pas; je pourrais vous en citer qui sont même parvenus à un certain âge : l'un d'eux, atteint de sclérose cérébrale à l'âge de quelques mois, a aujourd'hui cinq ans ; un autre a vingt un ans, etc., etc.

Voilà pour le pronostic. Quant au diagnostic, que voyons-nous? Dès la première période, période d'excitabilité, les phénomènes d'irritabilité, d'agitation, de mouvements sans pondération, distinguent l'enfant scléreux de l'enfant nerveux proprement dit, en ce que, chez ce dernier, l'excitabilité ne survient pas sans cause, et que, de plus, elle est passagère. En réalité, ce dernier est un terrain sur lequel la maladie peut se développer, tandis que chez le premier la maladie est déjà venue.

Dans la seconde période, ce sont la parésie et les attaques convulsives, répétées, nombreuses, épileptiformes, grandes ou petites, et constantes. Dans l'éclampsie pure, les convulsions ont toujours une cause appréciable, passagère, accidentelle; elles peuvent bien durer deux ou trois jours de suite, mais, une fois passées, l'enfant n'en conserve aucun état pathologique, pas de paralysie. Ainsi la marche n'est nullement la même : progressive dans la sclérose, non progressive dans l'éclampsie.

Quant à l'épilepsie, tout d'abord je dirai que le petit épileptique est souvent un scléreux; j'ajouterai que l'épilepsie se distingue de la sclérose par l'absence de paralysie permanente ; de plus, l'épilepsie ne se reconnaît guère qu'à partir de l'âge de quatre ou cinq ans, ou mieux encore vers l'âge de neuf ans ; tandis que la sclérose peut apparaître depuis les premiers mois qui suivent la naissance jusqu'à l'âge de deux à trois ans.

Peut-on confondre la sclérose avec quelques tumeurs du cerveau, avec le tubercule ou la syphilis cérébrale; mais chacune de ces affections a des caractères généralement très tranchés, la dernière notamment où l'on retrouvera en quelques points du corps d'autres manifestations syphilitiques. Je ne parlerai que pour mémoire du traumatisme des os du crâne, où la lésion, accidentelle, sera le meilleur élément de diagnostic.

J'arrive maintenant au traitement. Dans la première période, le traitement est à la fois préventif et médical. Préventif? il faut isoler l'enfant, éloigner de lui toute cause d'excitation, bruit, musique, etc., éviter tous troubles digestifs, toute cause de dyspepsie, toute constipation ou diarrhée, toute cause d'excitation du côté de la peau, bains salés, sulfureux ou bains de mer. Médical? pas de vésicatoires à cause de leur action réflexe pouvant amener des convulsions; pas d'électricité ni de frictions irritantes sur la peau. Il faut recourir aux bromures d'une façon méthodique, à la dose de 30 centigrammes par jour au-dessous d'un an, à la dose de 1 gramme à partir de deux ans, et aller jusqu'à saturation, laquelle se manifestera notamment par un certain état de somnolence : alors on diminue progressivement et l'on en suspend complètement l'administration pour la reprendre au bout de quelques jours. Dans l'intervalle, on administrera une ou deux gouttes d'éther par jour ou des lavements de valériane.

Voici pour la première période. Mais le mal s'établit. Il faut alors continuer avec grand soin le même isolement, éviter

tous excitants cutanés ou autres; on prescrira un exercice gymnastique modéré, les préparations bromurées, administrées par cuillerées à café pendant un laps de temps considérable. S'il survient une certaine accalmie, vous aurez recours pendant quelque temps à l'iodure de potassium en très petite quantité, puis vous reviendrez aux bromures. Dans le cas où la syphilis domine la situation, comme cela s'observe quelquefois, je joins à ces médicaments l'emploi des mercuriaux.

Dans tous les cas, ce qu'il faut surtout, c'est ne point se décourager dans la médication, surtout au début, mais poursuivre avec persistance, afin d'arriver si possible à enrayer les progrès de la sclérose.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juin 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre adressée à l'Académie par Mme Bouisson annonçant la mort de M. le professeur Bouisson, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, membre associé de l'Académie de médecine de Paris;

2° Des lettres de candidature de MM. les docteurs Budin et Pinard pour la section d'accouchement;

3° Une lettre annonçant l'ouverture prochaine du Congrès international d'hygiène et de démographie à La Haye et invitant l'Académie à s'y faire représenter. Le bureau a désigné, à cet effet, M. Proust, secrétaire annuel, qui a bien voulu accepter.

M. Bouley présente, au nom de M. le docteur Puech, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, un travail manuscrit intitulé : *Recherches expérimentales sur l'action des agents désinfectants sur le claveau et sur les effets de l'excision ou de la cautérisation sur la pustule claveleuse naissante.* (Renvoi à la commission déjà nommée.)

LECTURE

M. Marius Odin lit un travail intitulé : *De la solubilité naturelle de l'arséniate de fer dans les eaux minérales par l'hydrogène sulfuré qu'elles contiennent.*

DISCUSSION SUR LA GANGRÈNE SEPTICÉMIQUE.

M. Trélat. La note lue dans la séance du 6 mai dernier par M. Bouley, au nom de MM. Chauveau et Arloing, sur la gangrène septicémique, tout intéressante qu'elle soit, n'est pas pleinement satisfaisante.

Déjà depuis longtemps on savait que cette maladie, dont l'issue est si rapidement fatale, devait tenir à la présence d'un microbe particulier. Dès 1870, Bottini en Italie, Nepveu en France, celui-ci dans une thèse, qui était la reproduction d'un travail présenté pour la médaille d'or de l'internat, l'avaient nettement affirmé.

Dernièrement, M. Trélat, se trouvant en présence d'un cas de gangrène septicémique, amputa la cuisse du malade, qu'il eut le bonheur de sauver ainsi. M. Grancher fut prié par M. Trélat de rechercher sur le membre amputé l'agent spécial cause de cette affection. Mais il répondit que parmi les très nombreux microbes que l'on trouvait au siège du mal il était bien difficile de savoir lequel incriminer.

Voilà donc quel était le problème : Déterminer l'espèce de cet agent microscopique.

Bottini, et à peu près tous ceux qui ont écrit après lui, pensaient que ce devait être un agent distinct du vibrion de la septicémie. MM. Chauveau et Arloing affirment le contraire; mais ils se bornent à une affirmation sans donner de preuves. En effet, ils ne disent rien de cultures qu'ils auraient faites, et cependant le meilleur moyen de spécifier les êtres microscopiques, c'est de les cultiver un grand nombre de fois dans des liquides appropriés.

Ils ont, il est vrai, inoculé des animaux; mais ici encore leurs expériences laissent largement place au doute. Les animaux inoculés meurent-ils? on le soupçonne; ils ne le disent pas. Ils parlent d'une zone centrale plus ou moins étendue qui perd sa sensibilité et se mortifie autour du point d'inoculation.

Quel singulier tableau clinique! combien il diffère de celui qu'avait, par exemple, tracé Salleron à propos de l'épidémie de gangrène septicémique observée par lui à Constantinople!

Pour Salleron, la mort est constante; elle est rapide; elle est inévitable du moment où la douleur vive, indiquant l'invasion du mal, s'est produite au siège du traumatisme. Et tous les cliniciens sont à peu près d'accord avec Salleron. Tous reconnaissent que la mort est fatale si l'on n'intervient pas par une amputation hâtive; la guérison est d'ailleurs toujours une exception rare. Celui qui est sous le coup d'une gangrène septicémique est agité; bientôt il se plaint d'une douleur violente, le membre gonfle, devient énorme, violacé, bronzé, la respiration est suspirieuse; et du troisième au quatrième jour la mort survient. Voilà le mal, tel qu'il se présente chez l'homme.

Tandis que dans leurs expériences sur les animaux, on voit MM. Chauveau et Arloing injecter sur un âne, par exemple, un des animaux qu'ils représentent comme les plus sensibles, de 10 à 35 centimètres cubes de matières toxiques dans la jugulaire, sans que cet animal meure; on voit étaler, sur une plaie faite à ce même âne, 2 à 5 centimètres cubes de ces mêmes matières virulentes, à plusieurs reprises, et impunément! Et il est dit que le cobaye, cet animal qu'on tue expérimentalement avec tant de facilité, ne peut pas être inoculé efficacement à la lancette! C'est à avoir des doutes sur l'agent.

Puis, si cet agent est bien le vibrion de la putréfaction vraie, comment comprendre que les humeurs perdent leur virulence en raison des progrès de la putréfaction, comme MM. Arloing et Chauveau l'affirment? Il y a là une contradiction apparente, qui demande à être expliquée.

Du reste, il est incontestable que ce travail met au jour des faits intéressants et dont les chirurgiens pourront faire leur profit. Tout ce qui concerne notamment la résistance du sang, de l'intestin, l'accessibilité du tissu cellulaire profond, est à méditer. Il en est de même de la résistance de l'agent virulent aux antiseptiques.

Les expérimentateurs ont employé sans résultat la plupart des antiseptiques réputés les plus puissants. Cependant ils ont vu qu'à une température de 36 à 37 degrés une solution d'acide phénique à 3 p. 100 ou même à 2 p. 100, à 1 p. 100, devenait active. C'est parfait, car cela nous explique comment la maladie a disparu de Paris en tant qu'épidémique et contagieuse.

Alors que M. Trélat était chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, pendant un an, il a perdu tous ses amputés de gangrène septicémique. Il avait pris cet hôpital en grippe, et il l'a quitté dès l'année suivante. Ce n'était pas encore l'époque où l'on employait les antiseptiques, l'acide phénique en lavage, etc. Depuis huit ans, M. Trélat n'a plus observé de cas semblable. C'est que chez l'homme vivant l'acide phénique rencontre précisément cette température de 36 à 37 degrés indispensable pour qu'il agisse. La contagion n'existe donc plus. Il y a encore des cas sporadiques, qui souvent s'expliquent très bien par certaines inoculations réalisées avant que le blessé entre à l'hôpital. Ainsi la roue qui a produit un écrasement avec plaie peut introduire dans les tissus des matières septiques prises dans des fumiers. Mais la maladie ne se transmet pas d'un sujet à un autre; par l'emploi des antiseptiques, le danger d'un transport de l'agent virulent sur les plaies se trouve écarté.

Les faits rapportés par MM. Chauveau et Arloing prouvent également la valeur de l'amputation. C'était une question très débattue. Il y a quelques années, la plupart des chirurgiens étaient opposés à toute opération chez le malade atteint de gangrène septicémique. C'était l'avis de Salleron, Térillon, Bottini et de M. Trélat lui-même autrefois. Aujourd'hui, au contraire, il se

range parmi ceux qui, avec Le Dentu, Mollière, Chauvel, etc., conseillent d'amputer le plus tôt possible le membre affecté. Par cette méthode, M. Trélat a pu obtenir la guérison dans trois cas, où il a pratiqué une amputation de cuisse; mais il a échoué dans un cas de désarticulation de l'épaule.

Or l'utilité de l'opération s'explique très bien quand on voit que la question de vie ou de mort n'est qu'une question de quantité de virus dans les expériences dont il s'agit. 5 gouttes tueront un lapin ou un cobaye; 2 gouttes, 1 goutte (ou 5 gouttes d'une solution au sixième) ne le tueront pas.

M. Trélat termine par une dernière critique. Il ne comprend pas qu'aujourd'hui on insiste encore sur le danger de se servir, pour les amputations, d'instruments malpropres ou ayant été employés dans des autopsies. Ces conseils sont surannés. Il y a longtemps qu'à Paris du moins on prend les plus grandes précautions pour assurer la propreté parfaite des instruments dont on se sert dans les services de chirurgie.

M. BOULEY dit sur ce dernier point que les auteurs ont fait allusion, non à des services de chirurgie d'une ville quelconque, mais à ce qui se passait autrefois à Alfort. Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que ces épidémies de septicémie gangreneuse ont disparu dans les services de chirurgie de Lyon depuis que l'on purifie les instruments qu'on y emploie en les trempant dans de l'huile chauffée à 120 degrés.

M. VERNEUIL. Si MM. Chauveau et Arloing avaient intitulé leur travail : *Septicémie expérimentale chez les animaux*, il n'y aurait rien à dire. Mais ils ont l'air de considérer la maladie comme étant la même chez les animaux et chez l'homme. Or, en réalité, il n'en est pas ainsi. Chez l'homme il existe au moins deux formes : l'une sporadique, l'autre épidémique. M. Verneuil n'a jamais rencontré que la première, celle qu'il a décrite sous le nom d'érysipèle bronzé. Or il a vu que cette maladie se rattachait à des causes générales, à un état antérieur du sujet; elle se rencontrait notamment chez les alcooliques ou chez les diabétiques, chez des sujets ayant les reins malades, le foie malade. Elles ne sauraient être expliquées par une simple inoculation; car souvent toute inoculation était impossible, l'enveloppe cutanée restant intacte. Il en était ainsi, par exemple, dans certains cas de contusions sans plaie ou de fracture sans plaie, etc. Peut-on reproduire rien de comparable chez les animaux ? a-t-on fait chez eux l'examen des urines ? a-t-on constaté leur état de santé antérieur ? Avant de conclure par analogie, il faudrait se mettre d'abord dans des conditions identiques à celles qu'on observe chez l'homme. Or on ne le peut pas.

Il y a donc certains côtés de ce problème dont il faut forcément abandonner l'étude aux cliniciens seuls. Quant à la forme épidémique de la septicémie gangreneuse, M. Verneuil ne l'a jamais vue, même à une époque où il n'employait aucun agent antiseptique, se bornant à tenir ses instruments très propres. Mais il ne nie pas qu'elle existe, bien loin de là. C'est une autre forme de la maladie, qu'il convient d'aborder à part.

M. BOULEY. Un point important du travail de MM. Chauveau et Arloing, c'est le rapprochement qu'ils ont établi entre la gangrène septicémique et le charbon symptomatique. De part et d'autre, on se trouve en présence de microbes anaérobies. De part et d'autre, on voit l'introduction de ces microbes dans le sang rester à peu près sans effet, tandis qu'ils se développent et produisent la mort si on les dépose dans la trame même des tissus. Cela tient à ce que dans le sang ils rencontrent l'air qui les tue, tandis qu'ils prospèrent et se multiplient dans les espaces où l'air manque. Cette distinction éclaire un des points qui avaient causé l'étonnement de M. Trélat. On peut impunément injecter dans la veine d'un âne ou déposer sur une plaie découverte des quantités considérables de matières virulentes, tandis qu'on produit des accidents graves en inoculant des quantités infiniment moindres soit dans le tissu cellulaire, soit dans le tissu musculaire.

M. TRÉLAT. Ceci n'explique pas comment le même principe virulent serait si redoutable chez l'homme, l'étant si peu chez les animaux; à tel point qu'il est impossible de l'inoculer fructueusement avec une lancette chez les plus sensibles de tous. Quant aux objections de M. Verneuil contre la théorie de l'inoculation, elles tombent devant les expériences de MM. Chauveau et Arloing. En effet, ceux-ci, ayant introduit des matières septiques dans le sang d'animaux qui n'en éprouveraient aucun mal s'ils ne subissaient pas de traumatisme, ont vu des accidents formidables se manifester chez ces animaux lorsque l'on pratiquait chez eux le bistournage, ou quelque attrition des tissus. Or le tube digestif de l'homme renferme toujours des matières septiques, qui peuvent, à un moment donné, se trouver introduites dans le sang, en l'absence de toute plaie et de toute inoculation extérieure.

RAPPORTS

M. GAUTHIER, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en exploitation de sources thermales pour l'usage médical.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des fièvres palustres avec la description des microbes du paludisme (1), par A. Laveran, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

I

M. Laveran nous fait entrer, drapeau déployé, dans le domaine des doctrines microbiennes. Dès ses premiers mots, il nous le dit très franchement, nous préparant ainsi à le suivre dans l'examen des conséquences pratiques de la découverte du microbe du paludisme : découverte qu'il a révélée au monde savant par des communications à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine en 1880, 1881 et 1882. Il nous y conduit par une analyse serrée, précise, qui fait passer sous nos yeux les opinions qui ont régné tour à tour sur la cause efficiente du paludisme, sur sa causalité, pour me servir d'une expression de la vieille scolastique. Ainsi, il nous montre Vitruve, Varron et Columelle supposer, mais non démontrer, que les fièvres palustres sont produites par l'introduction d'animalcules dans le corps de l'homme; Lancisi, admettre qu'elles sont dues à des animalcules microscopiques qui, engendrés par la putréfaction des végétaux dans les marais, se trouvent en suspension dans l'air des localités marécageuses et qui sont susceptibles de pénétrer dans le sang. Ne dirait-on pas l'idée mère des théories actuelles ? Mais on ne resta pas dans cette voie; et c'est ainsi que, même de nos jours, Boudin accuse la flore des marais; M. le professeur Bouchardat, leur faune; Mitchell (1849), Hammond (1863), des spores de champignons microscopiques dont ils n'ont pu découvrir la nature ni déterminer l'espèce; Salisbury (1862), des petites cellules végétales se rapportant au genre *algue* et à l'espèce *palmelle*; Lemaire (1864), les microphytes ou les microzoaires qui se trouvent en si grand nombre dans l'air des localités palustres; Balestra (1869), une *algue* qu'il a rencontrée aussi dans l'air des pays marécageux. Je ne pense pas qu'il soit bien intéressant d'aller plus loin dans l'énumération de ces opinions dont aucune n'a pris rang dans la science.

La cause de ces insuccès, dit M. Laveran, tient à ce que la plupart des recherches faites dans le but de découvrir le parasite du paludisme ont porté sur l'air, l'eau ou le sol des localités palustres, et que l'examen histologique du sang des malades atteints de fièvre palustre a été très négligé. Comme l'air, l'eau et le sol des marais, ajoute-t-il, renferment un très grand nombre d'êtres microscopiques appartenant soit au règne végétal, soit au règne animal, on comprend qu'il soit difficile de dire quel est, parmi ces microbes, celui qui occasionne les accidents du paludisme, et

---

(1) 1 vol. in-8°. Paris, O. Doin. — Prix : 10 francs.

qu'on ait été conduit à décrire, comme un parasite du paludisme, tantôt une palmelle, tantôt un bacillus, suivant les espèces qui dominaient dans les localités où se faisaient les observations.

Partant de ces données, très versé dans l'art des recherches microscopiques, très habile dans les études histologiques, adepte convaincu des théories nouvelles, M. Laveran aborde résolument la question qu'il a pris à tâche d'élucider, et il déclare que c'est par l'étude des lésions anatomiques du paludisme qu'il a été amené à découvrir dans le sang des paludiques des microbes qui lui paraissent être les véritables parasites de cet état pathologique.

L'étude des lésions anatomiques du paludisme, écrit M. Laveran, nous montre en somme que l'altération la plus caractéristique, la seule constante du paludisme, consiste dans la présence d'aliments pigmentés dans le sang et principalement dans le sang de la rate; *les corps pigmentés qui existent dans le sang des paludiques ne se rencontrent dans aucune autre maladie*... L'étude du sang frais, recueilli sur les malades atteints de fièvre palustre, permet seule de reconnaître la véritable nature de ces éléments.

C'est, au point de vue des altérations, la mélanémie de Freerichs qui rentre évidemment dans le même ordre de recherches et dont M. le professeur Kelsch s'est occupé avec tant d'autorité en disant aussi qu'elle constitue une lésion particulière au paludisme, ayant une très grande importance pour le diagnostic des fièvres palustres. Mais M. Laveran fait ressortir que Freerichs, tout en décrivant parfaitement les éléments pigmentés dont il s'agit, a méconnu leur nature ; qu'il n'a pas vu qu'il avait sous les yeux les formes cadavériques de parasites du sang dont il n'a pas même soupçonné l'existence. Freerichs admet comme vérité démontrée que le pigment résulte d'une décomposition du sang. M. Kelsch pense, lui, que le pigment provient de la destruction des hématies, et qu'il se forme dans le sang et non presque exclusivement dans la rate, comme le croyait l'auteur précédent; enfin, que ce n'est que secondairement qu'il s'accumule dans certains organes.

Pour M. Laveran, la question est bien autre : cette pigmentation est pour lui la forme cadavérique du microbe du paludisme. Écoutons-le : « Les lésions cadavériques ne donnant que des renseignements peu satisfaisants sur la nature et le mode de formation des éléments pigmentés, il était indiqué de rechercher dans le sang frais recueilli sur des malades atteints de fièvre palustre des données plus exactes... Je ne tardai pas alors à découvrir, outre les leucocytes mélanifères déjà connus, des éléments sphériques, cylindriques ou en croissant, de forme très régulière, pigmentés, très distincts des leucocytes chargés de pigment... Je soupçonnais depuis quelque temps la nature parasitaire de ces corps, lorsque, le 6 novembre 1880, en examinant un des éléments sphériques pigmentés dans une préparation de sang frais, je constatai avec joie qu'il existait à la périphérie de cet élément des filaments mobiles dont la nature animée n'était pas contestable. Dès ce moment, j'eus la conviction que j'avais trouvé le parasite du paludisme ; les faits en très grand nombre que j'ai observés depuis lors ont pleinement confirmé cette première impression. »

Des recherches multipliées, empreintes de l'exactitude la plus rigoureuse, lui ont permis de donner la description de ce nouveau microbe, de suivre les phases rapides de sa courte existence, depuis son apparition jusqu'à sa mort, jusqu'à sa destruction, et d'affirmer qu'il est la cause unique, spéciale, directe, du paludisme en général et des fièvres palustres en particulier.

Maintenant, comment M. Laveran va-t-il expliquer les accès et les paroxysmes de ces fièvres ? Il constate d'abord que c'est un peu avant le début des accès que l'on trouve dans le sang des paludiques les éléments parasitaires en plus grand nombre et sous les formes les plus caractéristiques ; puis, que l'accès terminé, ils sont devenus infiniment plus rares et qu'ils sont en partie détruits, leurs débris formant les éléments pigmentés qui donnent aux divers tissus, notamment au cerveau, la teinte foncée, noirâtre que l'on ne trouve que dans les cadavres des paludiques. Se plaçant au nombre des médecins qui attribuent au centre cérébro-spinal un rôle considérable, le plus important sans contredit, dans l'évolution des fièvres intermittentes, il dit : « La présence de ces corps dont le volume est parfois supérieur aux hématies, doit évidemment provoquer, notamment dans la moelle épinière, une irritation très vive, et on conçoit sans peine, étant données les propriétés physiologiques de la moelle, que cette irritation se traduise par un accès de fièvre. » Quant à l'intermittence ou retour des accès, il pense qu'il est probable que l'irritabilité de la moelle épinière est épuisée après chaque accès et que l'intervalle qui sépare l'un de l'autre représente le temps nécessaire pour que cet épuisement se dissipe ; ceci rentre tout à fait dans les théories italiennes. Je m'estime très heureux, au surplus, de constater que M. Laveran soit venu confirmer que j'avais eu raison de faire ressortir combien il faut tenir compte des phénomènes importants qui se passent dans le cerveau et dans la moelle, dans les fièvres paludéennes, puisque, lorsqu'elles donnent la mort, c'est presque constamment par le coma, par le délire ou par l'état algide : trilogie pathologique qui relève uniquement et évidemment de ces grands appareils.

Je m'arrête ici dans l'exposition de la doctrine de M. Laveran, qui a rencontré des opposants et des esprits sceptiques. Il ne l'ignore pas et cherche avec empressement et avec non moins de confiance l'occasion de faire une démonstration publique de sa découverte devant l'Académie des sciences et devant l'Académie de médecine, ces juges suprêmes des questions de principe que soulèvent les novateurs; et cette occasion lui sera donnée le jour où, dans les hôpitaux militaires de Paris, il aura rencontré des fébricitants venus d'Algérie. Espérons avec lui qu'il sera aussi heureux dans cette circonstance qu'il l'a été dans le voyage qu'il a fait à Rome, dans le but exclusivement scientifique de découvrir le microbe paludique chez les malades de la Campagne romaine, si renommée pour sa malaria.

Je poursuis l'étude de son livre et j'arrive à sa classification des fièvres palustres ; il n'admet que des intermittentes et des continues, et pense que l'expression de fièvre rémittente, très usitée en Algérie, ne lui paraît pas devoir être conservée. C'est revenir à la distinction d'Hippocrate. Je ne partage pas cette manière de voir ; je ne rejette pas le type rémittent, parce que je crois qu'il existe, parce qu'il conduit les esprits timorés, hésitants, à faire un pas de plus et à accepter le traitement quinique, pour le type continu dès le début de la maladie, type dont les deux fils de Broussais, après un séjour prolongé en Afrique, disaient n'avoir pas vu un seul exemple : assertion bien erronée, bien malheureuse, car elle a aidé à retarder l'application générale du traitement qui convient à ces fièvres continues d'un caractère tout spécial; d'autant plus funeste, qu'elle était défendue par M. Lévy dont le style brillant cachait, sous des fleurs, le danger de ces attaques inconsidérées auxquelles répond d'une façon éclatante la classification de M. Laveran. En revanche, je suis tout à fait de son avis lorsqu'il dit que la dénomination de fièvre pernicieuse ne peut avoir d'autre signification que celle d'indiquer qu'il y a des fièvres palustres intermittentes et continues (j'ajoute rémittentes) qui s'accompagnent d'accidents graves, et que c'est à ces fièvres compliquées que les mots d'*accidents* ou *accès pernicieux* doivent être appliqués.

« L'état typhoïde se montre plus souvent comme complication des fièvres continues palustres, dit M. Laveran, que des fièvres intermittentes; tous les auteurs ont insisté sur les difficultés du diagnostic différentiel des fièvres continues palustres à forme typhoïde et des fièvres typhoïdes proprement dites. » Cette question vient d'acquérir une importance des plus considérables par la transformation de la pathologie algérienne qui a pris, ainsi qu'en Tunisie, une extension tout à fait imprévue et qui paraît vouloir s'implanter dans ces deux provinces en même temps que notre civilisation. M. l'inspecteur Vedrènes, directeur du service de santé du 19e corps, m'écrivait d'Alger, le 18 mars dernier : « La pathologie actuelle est un peu différente de ce qu'elle était, à votre époque, dans la zone africaine. Il y a moins de fébricitants par cause palustre ou tellurique, grâce aux assainissements effectués. Il en reste encore beaucoup trop. Mais ce qui domine la patho-

logie actuelle et mérite une attention spéciale par la gravité et la multiplicité des cas, c'est la fièvre typhoïde. »

Dr J.-F. Maillot,
Ancien président du Conseil de santé des armées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 31 mai, M. Czernicki, médecin-major de première classe, secrétaire adjoint du comité consultatif de santé, a été désigné pour remplir provisoirement les fonctions de secrétaire dudit comité, lors de la mise à la retraite du titulaire actuel; — M. Loillier, médecin-major de deuxième classe, passe du 35e d'infanterie au 7e dragons; — M. Bénit, médecin-major de deuxième classe, passe du 84e d'infanterie au 9e bataillon de chasseurs à pied; — M. de Marsseman, médecin aide-major de première classe, passe du 18e bataillon de chasseurs à pied au 23e dragons.

— Par décision, en date du 30 mai, M. Courtois, médecin aide-major de première classe des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, a été désigné pour le 10e dragons.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le doyen de la Faculté recevra désormais les élèves le mercredi, à trois heures de l'après-midi, au lieu du samedi.

— M. le professeur Chatin, de l'Institut, fera une herborisation publique le dimanche 8 juin, aux environs de Mantes.

Le départ s'effectuera de la gare Saint-Lazare, à huit heures dix minutes, pour la station de Mantes.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine excursion géologique publique à Liancourt, au Vivray et à Chaumont-en-Vexin. Il suffit, pour prendre part à l'excursion, de se trouver au rendez-vous, gare Saint-Lazare, où l'on prendra le train de six heures cinq minutes du matin pour Liancourt-Saint-Pierre. On sera de retour à Paris à cinq heures trente-cinq minutes du soir.

Pour profiter de la réduction de 50 pour 100 accordée par la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest, il est indispensable de se faire inscrire et de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie du Muséum (galeries de géologie) avant samedi prochain, quatre heures du soir.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. La première partie du tome XX de la 2e série, la première partie du tome X de la 4e série, la deuxième partie du tome XIII de la 3e série, viennent de paraître aux librairies Asselin et Cie et G. Masson. Elles contiennent les principaux articles suivants : *Goutte*, par M. Rendu. — *Palpation*, par M. H. Barth. — *Panaris*, par M. Polaillon. — *Pancréas*, par M. Arnozan. — *Pansement*, par MM. Chauvel et Bousquet. — *Suppuration*, par M. Hénoque. — *Surdi-mutité (surdité)*, par M. Ladreit de la Charrière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16287.

N° 66. — SAMEDI 7 JUIN 1884. 57e ANNÉE SAMEDI 7 JUIN 1884. — N° 66.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Rhumatisme aigu grave; asystolie précoce. — Oreillons; orchite, endocardite ourliennes. — De la scrofule. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Instructions contre la diphtérie. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Rhumatisme aigu grave ; asystolie précoce.

On sait combien tardivement d'ordinaire on voit se produire l'asystolie dans les maladies du cœur causées par le rhumatisme.

Le tableau clinique de l'endocardite rhumatismale classique avec ses conséquences immédiates ou éloignées a été plus d'une fois tracé de main de maître, et il est présent à la mémoire de tous les praticiens.

Après que le travail phlegmasique a produit une lésion, désormais permanente, sur les valvules qui ferment tel ou tel orifice, de telle sorte qu'un rétrécissement vient entraver le passage du flot sanguin, ou qu'une insuffisance en rend possible le reflux, le cœur lutte contre l'obstacle et établit une compensation par l'énergie de ses efforts.

Il se produit alors ce qu'on nommait jadis une *hypertrophie providentielle* du ventricule qui doit agir plus puissamment pour arriver au même résultat.

Un équilibre s'établit, par suite de cette action exagérée du cœur, de cette hypertrophie qui en résulte d'abord, et cet équilibre persiste jusqu'à ce que le cœur s'affaiblisse, soit en conséquence du seul surmenage trop prolongé, soit par suite de causes qui brisent les forces générales, ou accroissent l'afflux du sang, l'encombrement dans les ventricules. Alors seulement commence ce que l'on a nommé l'*asystolie*, c'est-à-dire l'insuffisance, le manque de puissance dans la contraction du ventricule, dans la systole.

Souvent, à partir du moment de l'atteinte rhumatismale, il se sera passé bien des années avant qu'on en arrive là. Les forces des muscles cardiaques ne s'épuisent que peu à peu dans les conditions ordinaires.

Mais il peut se présenter des cas où les choses se passent autrement. C'est un de ces faits que nous allons résumer d'après les renseignements verbaux et les notes que M. Grancher, dans le service duquel se trouve le malade, et son interne si distingué et si obligeant, M. Artau, ont bien voulu nous communiquer.

Un homme âgé de trente-quatre ans, journalier, entra le 28 avril à l'hôpital Necker, salle Saint-Louis n° 9, à un moment où il existait dans ce service plusieurs cas de fièvre typhoïde, présentant lui-même un aspect typhoïde bien caractérisé. Il se plaignait de mal de tête, d'accablement et de diarrhée. On l'ausculta et on trouva au cœur, d'une part, à la base, un bruit de souffle double, et d'une autre part, à la pointe, un bruit de souffle au premier temps.

Cet homme racontait que depuis son enfance, environ depuis l'âge de huit ans, il avait éprouvé souvent des atteintes de rhumatisme articulaire qui, enfant, l'empêchèrent plus d'une fois d'aller à l'école, et plus tard, pendant ses cinq années de service militaire, lui firent passer, à plusieurs reprises, dix ou quinze jours à l'hôpital.

D'après ces commémoratifs et les symptômes, on songea d'abord à une fièvre typhoïde à laquelle venaient s'ajouter les signes d'une endocardite ancienne.

Deux jours plus tard, la diarrhée avait cessé, le mal de tête avait diminué. Cependant, devant l'intensité et la qualité des phénomènes typhoïdes, M. Grancher crut devoir pratiquer, suivant la méthode de M. Pasteur, des cultures du sang dans des ballons maintenus à l'étuve, afin de s'assurer qu'il ne s'agissait pas d'une de ces endocardites ulcéreuses dont la cause infectieuse est la présence de micro-organismes d'une espèce particulière. Ces cultures restèrent stériles.

Alors des douleurs se manifestèrent vers les articulations des genoux et des poignets, douleurs qui s'accompagnaient de rougeur et de gonflement.

Le diagnostic fut donc modifié dans ce sens. Il paraissait qu'il devait s'agir d'une endocardite récente de nature rhumatismale, et consécutivement, d'arthrites également rhumatismales. On prescrivit de l'acide salicylique. Les arthrites persistèrent peu, elles étaient très mobiles, passant rapidement d'une articulation à une autre, sans présenter nulle part une grande intensité.

Le 5 mai, la scène changea. A la visite du matin, cet homme, pâle, abattu, avait le pouls très irrégulier, très petit, d'une rapidité extrême. A l'auscultation, on constata l'arythmie des battements du cœur et une faiblesse telle qu'on pouvait à peine percevoir le choc de la pointe contre les parois du thorax. On entendait des bruits de souffle sans localisation bien nette. On appliqua des vésicatoires, on administra de la digitale, et, le désordre étant un peu calmé, on put entendre nettement des souffles-frottements de péricardite qui occupaient toute la région précordiale.

Ainsi, après l'endocardite, on avait vu naître la myocardite caractérisée par l'arythmie extrême et la petitesse des battements du cœur, puis on constatait l'existence d'une

péricardite. Tous les éléments constitutifs de l'organe avaient donc été affectés successivement.

Jusqu'alors il n'y avait rien eu du côté des poumons. Mais le 11 mai on trouva des signes de congestion pulmonaire avec épanchement léger dans la plèvre du côté gauche. Deux jours après, ce fut le tour du poumon droit. La congestion y atteignit presque les proportions d'une pneumonie franche. A la partie moyenne on perçut des râles crépitants, du souffle tubaire; les crachats étaient rouillés et visqueux. Ces nouvelles manifestations thoraciques de la diathèse rhumatismale durèrent peu, et elles disparurent sans laisser de trace.

Le 17 mai, on remarqua sur la face dorsale des mains un peu d'œdème. On examina les membres inférieurs et on constata qu'un œdème semblable existait sur la face dorsale des pieds et se prolongeait le long du tibia.

Cet œdème s'accrut très vite. Il occupa bientôt les membres inférieurs jusqu'à leur racine. Il s'y joignit de l'ascite, de l'hydrothorax, de l'œdème pulmonaire, tous les effets du décubitus. L'oppression et l'angoisse devinrent excessives. Le pouls redevint petit, irrégulier, rapide. La température, élevée durant les diverses manifestations du rhumatisme, a baissé depuis l'apparition de l'asystolie. L'urine contient de l'albumine, mais cela depuis le début. L'état est très grave.

Comment expliquer, dans le cas actuel, cette apparition si précoce de l'asystolie, moins de trois semaines après le début des accidents cardiaques?

La cause en doit être assurément la myocardite rhumatismale, qui s'est montrée un certain moment entre une première endocardite et une endo-péricardite.

Les fibres musculaires atteintes directement dans leur constitution intime et dans leur fonctionnalité par ce genre de phlegmasie n'ont pu lutter, comme elles l'auraient fait à l'état normal, contre les obstacles apportés au cours du sang. Le muscle cardiaque s'est laissé distendre passivement, au lieu de réagir avec une vigueur proportionnelle.

Ce qui demande habituellement plusieurs années de fatigue, l'épuisement des forces vives, se trouvait ainsi définitivement réalisé en quelques jours.

Oreillons; orchite, endocardite ourliennes.

Nous ne croyons pas qu'on ait publié jusqu'ici aucune observation d'endocardite ou de péricardite ourlienne.

Dans l'article *Oreillons,* encore assez récent, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* M. Lavedan, énumérant les complications possibles de cette maladie, ses manifestations locales sur divers organes, ne dit rien du cœur.

Le fait suivant, que nous prenons encore dans le service de M. Grancher, si riche en ce moment au point de vue clinique, est donc d'autant plus intéressant qu'on n'en a pas signalé d'autres du même genre.

Au n° 16 de la salle Saint-Louis se trouve actuellement un jeune homme de vingt ans, entré le 3 mai dernier, atteint d'oreillons doubles, qui avaient commencé deux jours plus tôt.

D'une excellente santé habituelle, n'ayant jamais fait aucune maladie, ce jeune homme, qui exerçait le métier de manœuvre, avait remarqué, le soir du 6 mai, un gonflement qui occupait le côté droit de sa mâchoire. Le lendemain, le côté gauche était également pris et l'enflure s'était étendue à toute la région sous-maxillaire. Il n'y avait d'ailleurs ni fièvre, ni mal de tête, ni perte d'appétit.

Les oreillons suivirent la marche la plus classique; ils durèrent une huitaine de jours; puis, quand ils eurent disparu, le testicule gauche gonfla à son tour, le 16 mai, sans qu'il se produisît encore plus de phénomènes généraux que quand il s'agissait des parotides.

Mais, deux jours après, le 18 mai, pour la première fois la fièvre s'allume, le malade se plaint de douleurs de tête très pénibles, d'une oppression vive. Le 20, on l'ausculte et l'on trouve à la fois à la pointe un souffle au premier temps, signe d'endocardite, et à la base un souffle râpeux, se rattachant à une légère péricardite. La température prise ce jour-là atteint 40°,1. Les jours suivants, elle reste élevée, oscillant entre 39 et 38 degrés; le mal de tête, l'oppression, l'abattement, les bruits de souffle se maintiennent. Enfin, le 25 mai, tous ces phénomènes se dissipent en même temps, la fièvre tombe et le testicule reprend son volume normal. On n'entend plus de souffle au cœur. Seulement le pouls reste très rapide.

Il est à remarquer que l'endo-péricardite s'est produite, non dès le début, mais dans le cours de l'orchite ourlienne.

Cette orchite a été monotesticulaire, comme c'est la règle; elle n'a pas beaucoup dépassé la durée habituelle, d'un septénaire. Son déclin a coïncidé avec celui des accidents cardiaques.

Parmi les manifestations de l'affection ourlienne, celles qui ont touché le cœur sont les seules qui se soient accompagnées de fièvre et de malaises généraux. Elles ont été bien légères, bien fugaces, car il n'est pas resté la moindre trace des bruits de souffle qui les trahissaient.

Sans la fièvre, l'oppression, etc., c'est à peine si l'on oserait employer le gros mot d'endo-péricardite pour une fluxion transitoire si peu violente. Elle rappelle un peu ces légères fluxions articulaires qui se traduisent par de la douleur, sans gonflement apparent ni rougeur, et que Trousseau et d'autres ont notées dans certains cas d'oreillons.

Il convient aussi d'en rapprocher d'une autre part les accidents méningitiques, parfois très graves, qu'on a signalés comme complication de cette même maladie et dont les exemples ne sont pas très rares.

L'affection ourlienne peut donc se porter sur les séreuses pour les affecter, habituellement d'une façon transitoire et légère, comme elle affecte les autres tissus qui peuvent en devenir le siège; mais quelquefois exceptionnellement d'une façon beaucoup plus grave.

L'attention une fois éveillée sur ce point, peut-être reconnaîtra-t-on que l'appareil fébrile et les phénomènes généraux très inquiétants qui viennent compliquer parfois l'orchite ourlienne, ne tiennent pas toujours directement à cette orchite, mais, dans certains cas, à des fluxions concomitantes vers les séreuses du cœur ou de l'encéphale.

De la scrofule.

Après avoir, dans une série de quatre conférences à l'hôpital Saint-Louis, décrit les caractères pathognomoniques des lésions cutanées de la syphilis, M. Guibout, dans sa cinquième conférence, a tracé le tableau comparatif et différentiel des lésions que la scrofule produit sur la peau.

La scrofule n'est ni contagieuse ni inoculable, comme la syphilis; elle se développe sous l'influence d'une mauvaise hygiène, d'une prédisposition individuelle; elle est surtout

héréditaire. Il n'y a pas de scrofule congénitale; l'enfant ne naît pas en puissance de la scrofule, elle ne se développe chez lui qu'à l'âge de deux à quatre ans.

Dans une première phase de son évolution, les manifestations de la scrofule se produisent sur les muqueuses, nasale, oculaire et auriculaire.

Dans une deuxième phase de la scrofule, c'est l'adénite cervicale sous-maxillaire qui entre en scène.

Dans une troisième phase, vers l'âge de six à quinze ans, ce sont les lésions cutanées, appelées *scrofulides,* qui témoignent de l'existence de la scrofule.

Les principaux caractères des scrofulides sont : 1° la couleur rouge vineuse; 2° l'*hypertrophie* des tissus dans la période d'accroissement et d'état, et l'*atrophie*, dans la période de déclin, atrophie *déformante, irrémédiable* et *définitive;* 3° l'immunité de toute douleur (quelle que soit la gravité des lésions scrofuleuses, elles ne sont pas douloureuses, et, de plus, elles ne troublent pas la santé générale. A la longue, cependant, elles peuvent amener la cachexie, le marasme, l'épuisement; il y a une cachexie scrofuleuse, comme il y a une cachexie tuberculeuse, syphilitique et cancéreuse); 4° la *fixité dans le siège, dans la durée* et dans *la forme ou l'espèce de la lésion.* La lésion scrofuleuse se rencontre le plus souvent à la face et sur les parties les plus saillantes : le nez, les pommettes, le front; elle y reste invariablement, sans se généraliser jamais; elle y reste tout le temps de son évolution : dix, quinze, vingt ans; et la lésion primitive est toujours de la même espèce; elle se développe, s'agrandit avec le temps, mais c'est toujours la même lésion. Tandis que la syphilis est *nomade, protéique, intermittente* dans sa durée et ne nous offre que des variétés de toute espèce, la scrofule, au contraire, se distingue par sa fixité de siège et de forme et par sa continuité dans une durée indéfinie, caractères qui n'appartiennent qu'à elle, et qui par conséquent devront toujours la faire reconnaître.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 31 mai 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATIONS

Les microbes de la pneumonie. — M. CORNIL communique à la Société les résultats d'une intéressante étude expérimentale faite par M. le docteur Afanassiew (de Saint-Pétersbourg) sur les microcoques de la pneumonie, dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

L'existence de ces microbes est, depuis plusieurs années déjà, hors de toute contestation. Fraenkel, Kleps, Koch, Friedlander, en Allemagne, Salviani, en Italie, ont montré que si l'on racle la surface d'une coupe de foyer pneumonique à n'importe quel stade de son évolution, on trouve toujours dans le produit de ce raclage, mêlés aux liquides et aux exsudats, un grand nombre de microcoques. Dans le mémoire que publia Friedlander sur ce sujet, il décrivit des grains ovoïdes réunis par colonies de trois ou quatre corpuscules, formant ainsi des groupes entourés d'une sorte de capsule ou d'enveloppe.

Dans un travail récent, M. Talamon a également décrit un microbe en grain de blé, ovoïde, et qui par sa forme ne diffère pas sensiblement de celui étudié par Friedlander.

Enfin les auteurs italiens, Salviani entre autres, ont signalé dans les exsudats pneumoniques une autre variété de microbes de forme nettement arrondie ou globuleuse.

Ces auteurs ont cherché à produire artificiellement des pneumonies en inoculant ces micro-organismes à diverses espèces animales. Ils sont arrivés à des résultats différents. Friedlander a toujours échoué; Salviani n'a pu inoculer la pneumonie qu'au chien. Ces données incomplètes appelaient donc de nouvelles recherches.

M. Afanassiew, après avoir recueilli ces micrococci avec les exsudats pneumoniques, les a d'abord cultivés dans de la gélatine solide portée à la température de 20 degrés centigrades. Ainsi, il a pu reconnaître qu'il y avait dans le produit de cette culture d'ensemble trois variétés distinctes de microcoques.

Ces trois variétés sont les suivantes :

1° Des grains arrondis;

2° Des granulations rondes, mais beaucoup plus petites que les précédentes;

3° Des corpuscules ovoïdes tout à fait analogues à ceux décrits par Friedlander et par M. Talamon.

Ces trois espèces distinctes, M. Afanassiew a pu les cultiver séparément. Lorsqu'on examine la gélatine de culture ensemencée avec les exsudats pneumoniques, on y aperçoit des plaques différentes d'aspect et de couleur. Chacune de ces plaques répond à des amas de telle ou telle variété de microcoques; de sorte que si l'on prend des parcelles de ces sortes de plaques et qu'on les jette dans des bouillons de culture, on obtient ainsi chaque variété de microcoques à l'état isolé.

Ces cultures affectent la forme de clous dont la pointe s'enfonce dans le tube et dont la tête repose sur la couche de gélatine qui recouvre le liquide.

M. Afanassiew a remarqué que la tête du clou était nettement aplatie et non pas convexe et bombée comme l'avait signalé Friedlander.

M. Afanassiew a pu également se convaincre que les micrococci de la troisième variété ne sont pas entourés d'une véritable enveloppe, suivant la description de Friedlander, mais que cette apparence de capsule est due au liquide de culture qui se dessèche et se rétracte autour des groupes de microcoques.

Quoi qu'il en soit de ces divers détails, toujours ces microcoques et leurs cultures se sont montrés les mêmes, soit que la semence eût été empruntée à un foyer de pneumonie chez l'homme, soit qu'elle provînt d'un foyer de pneumonie artificiellement produite chez le cobaye ou toute autre espèce animale.

Les inoculations ont été faites chez le cobaye, le rat et le chien.

Voici comment on préparait le liquide d'inoculation : Prenant une dizaine de têtes *de clous de culture*, on les faisait dissoudre dans de l'eau distillée et stérilisée jusqu'à ce que le mélange prît l'aspect laiteux.

Les liquides d'inoculation préparés avec les microcoques de la première et de la troisième variété et avec ceux de la deuxième et de la troisième se sont toujours montrés efficaces. Les micrococci de la première variété, au contraire, ne donnent jamais rien.

L'inoculation était pratiquée avec une seringue de Pravaz. On introduisait l'aiguille à travers un espace intercostal et on poussait l'injection dans le parenchyme pulmonaire. Avec une dose de liquide septique variant de 1/10 de centimètre cube à 3/10 de centimètre cube, on produit toujours chez le cobaye une pneumonie lobaire dans le lobe même où l'injection a été faite; en même temps il se forme presque toujours autour du foyer principal quelques nodules pneumoniques et de la pleurésie.

Pour décider si la pneumonie ainsi provoquée était due au traumatisme ou à l'élément infectieux, M. Afanassiew a répété l'expérience en piquant seulement la plèvre, autrement dit en évitant d'intéresser le parenchyme pulmonaire. Or ce procédé d'inoculation a donné lieu à de la pleurésie et à de la pneumonie et non seulement du côté lésé, mais encore du côté opposé.

Si on injecte le liquide d'inoculation dans la veine jugulaire, on provoque soit une pleurésie, soit une péritonite, mais jamais de pneumonie. Il va sans dire que dans ces cas le liquide péritonéal ou pleural contient des microcoques en nombre infini.

Ces expériences ont été répétées chez le rat et ont fourni sensiblement les mêmes résultats.

Le chien résiste davantage à ces microcoques de la pneumonie et s'en débarrasse plus vite.

Ainsi, si on injecte dans le poumon d'un chien 1 centimètre cube de liquide d'inoculation, l'animal a un peu de fièvre et c'est tout. Si on élève la dose à 1 centimètre cube et demi ou 2 centimètres cubes, le chien est pris d'un accès de fièvre intense ; au bout de vingt-quatre heures on perçoit, à l'auscultation, des râles, du souffle tubaire ; la région donne de la submatité à la percussion, mais tout rentre peu à peu dans l'ordre et l'animal finit toujours par guérir. Mais si l'on sacrifie l'animal vingt-quatre heures après que l'inoculation a été pratiquée, on peut s'assurer que le souffle tubaire et les râles entendus à l'auscultation répondent bien à une pneumonie lobaire manifeste.

Le mémoire de M. Afanassiew se termine par les conclusions suivantes :

1° Dans la production de la pneumonie croupeuse, les micrococci jouent toujours un rôle actif.

2° La pneumonie résulte probablement de l'action de plusieurs microbes, mais qui sont très voisins par leurs formes et par leurs dimensions.

3° Les propriétés pathogéniques des microcoques de la pneumonie croupeuse ne sont pas très grandes, puisque certains animaux inoculés peuvent résister à leur action nocive et souvent même guérir.

4° Les micrococci atteignent leur maximum d'action quand on les introduit directement dans le poumon.

5° Tous ces faits rendent très admissible l'hypothèse d'après laquelle les différentes causes qui affaiblissent l'organisme, telles que le refroidissement, les fièvres éruptives, etc., sont des circonstances adjuvantes au développement des microcoques de la pneumonie et par conséquent de la pneumonie croupeuse elle-même.

M. Cornil ajoute, en terminant, qu'il a retrouvé ces microcoques dans des foyers de pneumonies survenues dans le cours de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la phtisie pulmonaire. En présence de ces faits, faut-il dire que la pneumonie est infectieuse, ou bien s'en tenir aux vieilles théories pathogéniques ? Pour son compte, M. Cornil estime qu'en faisant intervenir comme nécessaires au développement de la pneumonie : 1° un état d'affaiblissement ; 2° les microcoques, M. Afanassiew reste en parfait accord avec les faits, et que partant ses conclusions doivent être tenues pour bonnes.

M. BROWN-SÉQUARD se demande pourquoi on admettrait un microbe essentiel, dans ces cas, et pourquoi il n'en serait pas de même dans toutes les autres inflammations que la pneumonie. Il a déterminé des pneumonies en pratiquant certaines lésions du système nerveux ; il n'admet donc pas l'existence d'un état spécial du poumon pendant la pneumonie.

M. CORNIL répond que la pneumonie peut être inoculée, que le microbe dont il vient de parler, pris à l'état d'isolement, peut produire la pneumonie. Il y a deux éléments en présence : d'une part un microbe et, d'autre part, un état particulier de l'organisme, au moment où se développe la pneumonie, état particulier déterminé par le froid ou une cause débilitante quelconque. Avec la lésion nerveuse dont a parlé M. Brown-Séquard, on ne produit pas toujours la pneumonie ; avec le microbe à l'état de pureté, on la produit toujours.

La suggestion magnétique. — M. BURQ. Il y a quelque trente années passées, en 1851, au lendemain d'une première meurtrissure qui nous avait été infligée par Velpeau pour avoir osé parler du magnétisme animal, dans notre thèse inaugurale, notre président, le professeur Rostan, appliquait ce topique sur notre blessure de la veille : « *Sachez, mon jeune ami, que, même sur le terrain de la science, toutes les vérités ne sont pas bonnes à dire.* »

Ces paroles de Rostan n'étaient que trop vraies : personnellement, hélas ! nous devions en faire cent fois la cruelle expérience. Mais les vérités qui ne sont pas bonnes à dire à tel moment le deviennent dans un autre ; le tout est de savoir attendre. Ce qui s'est passé pour la métallothérapie, et l'attention que portent en ce moment l'Académie des sciences morales et politiques, la Société de biologie, etc., sur les phénomènes si troublants de la suggestion, le prouvent du reste. Donc, puisque les temps sont devenus propices, nous oserons venir dire aussi notre mot sur la suggestion, en attendant que certaines expériences que nous refaisons en ce moment à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, nous permettent également de nous expliquer sur un autre sujet qui y touche de près.

L'étude que nous avons faite des phénomènes qui ressortissent à la suggestion, date déjà de l'année 1847, et c'est le résultat d'une dizaine d'observations à Paris et à Londres sur toute sorte de sujets que nous allons condenser dans les propositions qui vont suivre. Seulement, faisons-le remarquer, nous ne visons ici que la suggestion magnétique, et nous en séparons celle qui peut s'obtenir dans l'état de veille par les procédés de Braid qui, pour nous, nous l'avons dit, diffèrent en ce qu'ils aboutissent à l'*automagnétisme.*

A. Dans quelles conditions peut-on obtenir la suggestion magnétique ?

Deux sont essentielles : 1° une grande impressionnabilité et un nervosisme soit en puissance, mais que les moyens employés pour mettre le sujet en état de condition seconde ne tarderont point à faire ressortir, soit patent, et caractérisé alors par des troubles de la sensibilité générale ou spéciale (anesthésie, *analgésie*, achromatopsie, etc.) et de la motilité, (amyosthénie, parésie, etc.) ; 2° une réceptivité ou idiosyncrasie spéciale dont la sensibilité au cuivre et quelquefois aussi à l'or donne toujours la mesure, à moins que l'aptitude métallique ne soit momentanément effacée ou larvée, tandis que la sensibilité fer en est la négation.

L'entraînement vers la suggestion a encore pour conséquence fatale, qu'on le sache bien, d'aggraver de plus en plus l'état pathologique comme aussi d'exagérer la sensibilité métallique ; mais, en revanche, plus les troubles nerveux sont devenus prédominants, plus l'anesthésie et l'amyosthénie se sont généralisées et ont gagné en profondeur, mieux et à moins de frais s'obtient la suggestion.

B. La suggestion, lorsque le sujet est bien entraîné, n'a besoin ni de la parole, ni du geste, ni d'aucun attouchement pour se produire. Alors la volonté seule suffit et peut même s'exercer à distance. Nous pourrions citer, par exemple, une expérience fameuse faite en 1847 à l'hôpital Beaujon, sur une malade, de Robert, dont l'éminent chirurgien avait seul réglé toutes les conditions, qui réussit parfaitement en tous ses détails à la seconde, montre en main, nous étant placé et fait garder à vue dans la salle de garde, tandis que la malade était couchée au deuxième étage de l'un des pavillons situés en arrière. Donc les raisons invoquées par MM. Janet, Ch. Richet, etc., pour expliquer de récentes expériences, ne sauraient avoir aucune valeur dans l'espèce.

C. La suggestion peut s'exercer sans une grande fixité de la pensée, si le sujet est très clairvoyant et a été déjà entraîné. Mais, condition *sine qua non*, il ne faut chez l'expérimentateur aucune résistance consciente ou inconsciente à se laisser deviner, et, s'il n'y met point une certaine volonté, doit-il du moins rester entièrement passif ou neutre ; au cas contraire, un échec est à peu près certain. C'est ce qui expliquerait pourquoi M. Cumberland a probablement toujours le soin, pour toutes ses expériences publiques, de se précautionner de tiers déjà éprouvés, qui, après avoir reçu en dépôt la pensée d'un sceptique récalcitrant, le laissent lire en eux comme à livre ouvert, sans pourtant qu'on puisse les accuser d'aucune entente de supercherie. Cette condition d'absence de toute résistance, volontaire ou non, rend, on le comprendra, toutes les démonstrations suggestives des plus chanceuses, si bien que, pour notre compte, il y a beau jour que nous avons renoncé à en faire aucune, sachant d'ailleurs très pertinemment que, quelle que puisse être la confiance que l'on accorde à l'initiateur, rien ne vaut ici autant que le plus petit fait qu'on a pu produire soi-même tout seul.

D. La puissance de la suggestion n'a pas plus de limites dans l'ordre moral, — il faut que les médecins légistes en restent bien convaincus, — que dans le domaine des sensations physiques. Pour rester sur ce dernier, nous dirons, par exemple, qu'à une malade mourante qui, dans son état ordinaire, avait un dégoût extrême pour tous les aliments en général, mais en revanche les appétits les plus bizarres, nous pûmes toujours la faire manger convenablement lorsqu'elle se trouvait en état de condition seconde, et satisfaire alors à toutes ses fantaisies par la suggestion. Ainsi, un jour la malade ayant demandé à cor et à cris du fromage blanc avec de l'ail, nous lui servîmes ce régal sous la forme de confitures d'abricots, qu'elle mangea avidement en flairant avec délices les amandes qu'elle prenait pour de l'ail, et à l'état ordinaire elle ne pouvait les souffrir.

E. La suggestion peut continuer ses effets hors de l'état de condition seconde sans nouvelle intervention. Sorti de l'état somnambulique, le sujet exécute alors l'ordre qui lui avait été donné, conserve l'attitude et les sentiments qui lui avaient été suggérés, et peut encore, malgré lui, commettre les actes les plus condamnables.

F. Si des conditions toutes spéciales sont nécessaires pour qu'un sujet puisse subir l'influence de la suggestion, le premier venu, avec quelque expérience des procédés voulus, peut, lui, obtenir les mêmes effets que les opérateurs les plus habiles.

G. La suggestion, ou, ce qui est tout comme, la transmission de pensée, donne la clef de la crédulité de tant de gens sensés dans la puissance du somnambulisme pour guérir, faire découvrir de prétendus trésors, retrouver des objets perdus, etc.

Elle peut servir avec non moins de succès à expliquer les prétendus succès des doses infinitésimales en homœopathie. Il y a bien longtemps qu'après avoir obtenu des cures merveilleuses pendant trois mois, toujours avec le même flacon de globules, nous écrivîmes : « Le globule des homœopathes n'est autre chose que la pointe des ciseaux des hypnotiseurs : l'un et l'autre se valent. »

M. CHARLES RICHET, relativement au fait de Cumberland, affirme de nouveau qu'il s'agit, non de suggestion mentale, mais de mouvements fibrillaires de la main.

Il ne croit pas qu'on soit en droit de nier la suggestion mentale, mais jusqu'ici on n'a que des faits négatifs qui ne prouvent rien ; souvent on a cru la voir là où elle n'existait pas. Il faudrait, pour l'admettre sans conteste, des faits positifs pouvant être répétés à volonté.

M. BURQ se tient à la disposition de M. Charles Richet pour lui donner des preuves indéniables de l'existence de la suggestion mentale.

A cinq heures et demie la Société se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juin 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Le congrès des chirurgiens français. — Après un échange d'observations entre MM. Trélat, Verneuil et Horteloup, les conclusions du rapport de M. Pozzi (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 500) sont mises aux voix et adoptées.

Hystérectomie vaginale. — **M. JULES BŒCKEL**, membre correspondant, donne lecture d'une observation ayant pour titre : « Extirpation totale d'un utérus cancéreux par le vagin, pincement d'un uretère, escarre et fistule consécutives, néphrectomie, guérison, récidive du cancer sept mois après, mort. »

Il s'agit d'une femme d'environ quarante ans qui était atteinte d'un cancer utérin n'ayant pas encore envahi les culs-de-sac vaginaux. M. Bœckel pratiqua l'hystérectomie vaginale le 26 octobre 1882, en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique.

Ayant introduit un spéculum de Sims, il abaissa l'utérus à l'aide d'une pince de Museux, fit une incision transversale dans le cul-de-sac postérieur, disséqua le cul-de-sac antérieur entre l'utérus et la vessie, de telle sorte que la matrice n'était plus maintenue que par les ligaments larges. Il fit successivement sur chacun de ces ligaments une double ligature et incisa entre les deux ligatures. Il n'y eut pas d'hémorragie. Le corps de la matrice était mou, en pleine dégénérescence carcinomateuse. Des anses intestinales ayant fait hernie par l'ouverture vaginale furent facilement réduites ; il ne fut pas nécessaire de pratiquer de suture du vagin. Ayant reconnu sur l'un des côtés l'existence d'un ganglion, M. Bœckel en pratiqua l'excision, ce qui amena une faible hémorragie et l'obligea à placer, un peu au hasard, deux longues pinces hémostatiques laissées à demeure. Désinfection du vagin avec une solution phéniquée, pas de suture ni de drainage péritonéal. La malade fut reportée dans la salle de l'hôpital, où elle fut placée entre deux opérées. Tamponnement du vagin avec du coton iodoformé.

Le lendemain 27, température 37°8 ; on enlève les deux pinces hémostatiques, pas d'hémorragie.

Le 28, l'urine s'écoule goutte à goutte par le vagin ; sonde de Sims laissée à demeure dans la vessie.

Les jours suivants, état général excellent, pas de fièvre ; bains de siège quotidiens ; le fond du vagin est oblitéré. L'urine s'écoule toujours ; on reconnaît l'existence d'une fistule urétérale, l'uretère ayant été pris entre les mors de l'une des deux pinces hémostatiques. Le seul moyen de remédier à cet état étant l'ablation du rein gauche, sur les sollicitations de la malade, M. Bœckel se décida à pratiquer la néphrectomie.

Cette opération est pratiquée le 27 novembre 1882 ; précautions antiseptiques, incision de 12 centimètres, écartement du colon descendant, ligature isolée de la veine rénale ainsi que de l'artère, section et extirpation faciles du rein absolument sain, drainage. Le lendemain seulement la température monte à 38 degrés ; les jours suivants, état très satisfaisant ; pansement iodoformé. La malade quitte l'hôpital, guérie, le 11 décembre. Elle se porte très bien pendant les deux ou trois mois consécutifs et succombe sept mois plus tard, après d'atroces souffrances, à une récidive dans les ganglions abdominaux.

A l'autopsie, on a trouvé une néphrite parenchymateuse du rein droit, une dégénérescence carcinomateuse des ganglions lombaires, un foie amyloïde, le cœur petit, etc.

Cette observation montre qu'on peut aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique, pratiquer des opérations graves même au sein d'un vieil hôpital, puisque cette malade a très bien guéri de ses deux opérations, l'hystérectomie totale vaginale et la néphrectomie. Elle montre en outre que l'extirpation totale de l'utérus atteint de cancer ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement, cette opération ne mettant pas à l'abri de l'infiltration des ganglions profonds et par conséquent de la récidive.

M. VERNEUIL remercie M. Bœckel de son intéressante communication et le félicite de sa bonne foi et de sa loyauté scientifique. Il s'est montré, dit-il, non seulement habile et hardi opérateur, mais encore clinicien et praticien consommé. Il aurait pu, avec quelque raison, s'enorgueillir de ces deux remarquables succès opératoires obtenus en moins de deux mois sur la même femme à laquelle il avait enlevé l'utérus et le rein, et les publier aussitôt, mais il a sagement attendu et nous apporte aujourd'hui une observation complète, intéressante et instructive à plus d'un titre.

L'ablation totale de l'utérus a été l'objet de plusieurs discussions à la Société de chirurgie. MM. Guéniot, Polaillon et moi n'avons pas rejeté cette opération ; nous l'avons seulement considérée comme exceptionnelle.

Il y a dans l'observation de M. Bœckel un point de physiologie pathologique qui offre un grand intérêt : c'est ce qui s'est passé du côté des reins. Il enlève un rein sain ; il est à supposer que l'autre l'est aussi. Ce dernier, resté seul chargé de toute la besogne, arrive à sécréter 1,800 grammes d'urine ; il y a donc là un véritable surmenage du rein laissé en place, qui a certainement

joué un certain rôle dans la production des altérations profondes de ce rein, constatées à l'autopsie.

Quant au résultat final de l'ablation totale de l'utérus, il avait été facile à prévoir. On peut dire que lorsque l'extirpation de l'utérus est possible, avec des pansements appropriés, un traitement palliatif, on obtient une survie à peu près égale à celle que donne l'opération. L'observation de M. Bœckel confirme cette manière de voir.

Il serait à désirer, ajoute en terminant M. Verneuil, que M. Demons et les autres chirurgiens de Bordeaux, qui ont publié des cas d'ablation d'utérus cancéreux, nous fissent savoir des nouvelles de leurs opérés.

M. TERRIER a récemment pratiqué cette opération, et appelle l'attention sur certaines difficultés du manuel opératoire. Au premier temps de l'opération, l'abaissement du col est généralement facile ; on peut encore facilement ouvrir les culs-de-sac antérieur et postérieur ; mais là où commence la difficulté, c'est de pouvoir amener devant soi les ligaments larges dont la ligature en masse est impossible autrement. Il y a de très grandes difficultés pour appliquer des ligatures sur les côtés de l'utérus. Quant à l'escarre de l'uretère produite par M. Bœckel dans son cas, il est à supposer qu'on peut habituellement l'éviter.

Les anses intestinales sortent facilement par l'ouverture du vagin, mais se réduisent de même. Il reste à savoir si la survie fournie par l'opération est suffisamment longue ; M. Terrier croit que si l'on parvient à enlever l'utérus au début de l'affection cancéreuse, il y a toutes chances d'obtenir, par l'opération, une survie d'une certaine durée.

M. POLAILLON dit qu'il importe de savoir s'il y a eu des cas sans récidive. Dans tous les cas, jusqu'ici la récidive paraît avoir été rapide. Il importe également de savoir combien de temps vit une femme atteinte de cancer de l'utérus à laquelle on ne fait rien. Les statistiques donnent deux ans et demi en moyenne pour les cancers du col, trois ans pour ceux du corps de l'utérus. Avec l'opération, vous risquez une mort immédiate et souvent vous activez la marche de la maladie elle-même. Par des pansements, des cautérisations, on peut faire vivre assez longtemps et soulager les malades. On dit que l'hystérectomie est indiquée tout à fait au début ; mais elle est inutile à cette période, l'ablation partielle seule suffit. M. Polaillon cite l'exemple d'une femme de soixante-douze ans, qui portait sur le col un vaste champignon cancéreux, assez pédiculé. Après l'ablation avec l'anse galvanique et l'application de quelques flèches de chlorure de zinc, elle a été radicalement guérie depuis l'année dernière. La pièce a été examinée par M. Cornil ; M. Polaillon n'est donc pas tenté de pratiquer l'extirpation totale de l'utérus dans les cas de cancer. Toutes les fois qu'il s'agit d'un cancer, s'il est au début, il faut l'opérer ; s'il est avancé, il n'y a plus à intervenir chirurgicalement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a vu, il y a cinq ans, Billroth opérer une malade qui portait un vaste cancer de l'utérus ayant déjà complètement envahi un ligament large. Il coupa en plein tissu morbide. L'opération fut longue ; il ne fit pas de suture du vagin, mais appliqua un tube à drainage. Il abaissa modérément l'utérus. Il considérait lui-même l'opération comme bien inutile ; cependant la malade en a bénéficié et a survécu assez longtemps. Ce fait prouve la possibilité de recourir à l'opération dans des conditions même très défavorables. On peut donc avoir une tendance à espérer qu'il y a quelque chose à faire dans cette voie. C'est une opération praticable. Il faut toutefois tenir compte, dans certains cas, des grandes difficultés du diagnostic.

M. TERRIER, contrairement à M. Polaillon, qui se montre partisan des opérations partielles, déclare préférer les opérations complètes. On guérira les malades d'autant plus sûrement qu'on pratiquera des opérations plus largement faites. L'ablation la plus étendue est la règle dans le traitement chirurgical du cancer.

M. VERNEUIL dit que, quand on opère en plein tissu morbide, on enlève des fongosités qui donnent du sang et de la sérosité, on fait cesser les pertes et on a ainsi l'illusion d'une guérison.

M. TRÉLAT, par des opérations partielles, par la poursuite des fongosités, par l'entretien bien entendu de la surface néoplasique, a prolongé et soulagé les malades, mais n'a jamais obtenu de guérison. Il y a sept ans que l'ablation totale de l'utérus a été remise en question. Oui ou non, est-il toujours facile de faire au début le diagnostic du cancer de l'utérus? La triste réalité, le malheur de la clinique, c'est que les malades nous arrivent toujours trop tard. Nous ne nous trouvons jamais qu'en présence de cas où l'intervention peut, comme dans l'observation de M. Bœckel, donner lieu à un magnifique succès opératoire, mais aussi à une complète inefficacité chirurgicale. Il s'agit toujours de succès opératoires, mais non de succès thérapeutiques définitifs. Les pansements donnent des résultats moyens convenables. C'est le cas de dire que quand nous ne guérissons pas, nous soulageons. Voyez le fait de M. Bœckel ; quel cas plus séduisant, quelle hardiesse opératoire couronnée d'un plus beau succès, quelle chute plus complète ! Malgré son côté brillant, ce fait n'encourage pas à pratiquer l'ablation totale de l'utérus.

M. BOUILLY veut dire un mot sur le manuel opératoire : Il a fait des expériences sur le cadavre. Il y a des cas où il est impossible d'abaisser l'utérus. Une fois sur dix, en ouvrant le cul-de-sac antérieur, il a ouvert la vessie. Ce sont là des considérations dont il faut tenir compte.

M. BŒCKEL déclare que l'opération est impossible quand l'utérus ne se laisse pas abaisser.

Genu valgum; ostéotomie. — **M. BŒCKEL** présente une jeune fille de vingt ans qu'il a opérée, il y a trois ans, d'un genu valgum par l'ostéotomie.

La séance est levée.

INSTRUCTIONS CONTRE LA DIPHTÉRIE.

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité vient de rédiger les instructions suivantes sur les mesures à prendre contre la diphtérie :

A. INDICATIONS GÉNÉRALES.

La diphtérie est une affection éminemment contagieuse.

Toute relation des enfants avec les diphtériques doit être évitée.

On ne connaît jusqu'à ce jour aucun médicament qui préserve sûrement de la diphtérie.

Il est très important de surveiller attentivement le début de tout mal de gorge.

Il importe, surtout en temps d'épidémie, de nourrir les enfants aussi bien que possible et de ne pas les soumettre à l'action prolongée du froid humide.

B. CONDUITE A TENIR QUAND UN CAS DE DIPHTÉRIE SE DÉCLARE DANS UNE FAMILLE.

1° Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade, et surtout les enfants ;

2° Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine, et de se tenir exactement en face de sa bouche pendant les quintes de toux.

Si ces personnes ont des crevasses ou de petites plaies, soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion.

Elles se nourriront bien et devront sortir plusieurs fois dans la journée au grand air. Elles prendront la précaution de se laver préalablement le visage et les mains avec de l'eau renfermant, par litre, 10 grammes d'acide borique ou 1 gramme d'acide thymique.

Enfin elles éviteront de séjourner nuit et jour dans la chambre du malade.

3° A Paris, les familles qui désirent faire soigner leurs enfants à l'hôpital s'adresseront le plus tôt possible au poste central de police de leur arrondissement ou au commissariat de police de leur quartier, et il sera mis gratuitement à leur disposition, sur le vu d'un certificat de médecin, une voiture pour le transport.

C. MESURES DE DÉSINFECTION.

1° Les matières rendues à la suite de quintes de toux ou de vomissements, seront désinfectées à l'aide d'une solution contenant, par litre d'eau, 50 grammes de chlorure de zinc ou de sulfate de cuivre.

Les linges, vêtements, etc., souillés par le malade, seront immédiatement lavés avec une de ces solutions, puis plongés dans l'eau maintenue bouillante pendant une heure au moins.

Les cuillers, tasses, verres, etc., ayant servi au malade devront, aussitôt après, être plongés dans l'eau bouillante ;

2° Quelle que soit l'issue de la maladie, la désinfection de la chambre est indispensable. On fera des fumigations de la manière suivante :

Après avoir fermé toutes les ouvertures, on placera sur un lit de sable une terrine contenant des charbons ardents, sur lesquels on mettra une quantité de soufre concassé, proportionnelle à la capacité de la pièce (20 grammes par mètre cube).

La chambre restera close pendant vingt-quatre heures, puis sera largement aérée.

Les vêtements, linges, draps et couvertures ayant servi au malade seront désinfectés, avant d'être envoyés à la lessive, avec une des solutions indiquées précédemment.

Les matelas seront ouverts et laissés dans la chambre pendant la fumigation.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 1er juin, M. Laveran, médecin-major de première classe à l'hôpital du Gros-Caillou, a été nommé professeur d'hygiène et de médecine légale militaires à l'École du Val-de-Grâce, pour entrer en fonctions le 10 novembre prochain.

— Par arrêté ministériel, en date du 1er juin, la décoration du Mérite agricole a été conférée à M. le docteur Alexis Millardet, professeur de botanique à la Faculté des sciences de Bordeaux.

— Dimanche dernier a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, la séance générale annuelle de la Société des sauveteurs de la Seine. Parmi les lauréats proclamés dans cette séance, nous trouvons les noms de MM. les docteurs Reinwiller, Godefroy fils, Claude, Loubrieu et Le Pautonnier.

— La Société protectrice de l'enfance de Lyon met au concours la question suivante :

De l'influence de la profession de la mère : 1° sur la marche de la grossesse (avortement, morti-natalité; 2° sur la morbidité et la mortalité des nouveau-nés.

Une médaille d'or sera décernée par la Société, dans la séance publique de 1885, au meilleur mémoire qui lui sera envoyé sur ce sujet.

Les mémoires devront être adressés, *franco*, avant le 31 janvier 1885, à M. le docteur V. Chappet, secrétaire général, cours Morand, 20. Ils porteront en tête une épigraphe qui sera répétée sous un pli cacheté et renfermant le nom et l'adresse de l'auteur. Conformément aux usages académiques, les mémoires envoyés ne seront pas rendus.

La Société se réserve, si elle le juge convenable, et avec l'assentiment de l'auteur, d'imprimer elle-même, *à ses frais*, le mémoire couronné.

— M. Godfrin soutiendra, à la Faculté des sciences de Paris, le 9 juin, à neuf heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse sur le sujet suivant : *Recherches sur l'anatomie comparée des cotylédons et de l'albumen.*

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16300.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Cirrhose hypertrophique graisseuse à marche subaiguë. — HÔTEL-DIEU DE CAEN. Hémorragie dans les méninges cérébrales chez une jeune fille de treize ans. — Pleurésie et thermocautère. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. HÉRARD.

Cirrhose hypertrophique graisseuse à marche subaiguë.

(Observation recueillie par M. JONDEAU, externe du service.)

La nommée E... (Louise), âgée de trente-quatre ans, journalière, eut toujours, durant son enfance et sa jeunesse, une bonne santé. A l'âge de sept ans, elle contracta une rougeole légère qui guérit sans complications et ne la força même pas à garder le lit.

Depuis l'âge de onze ans, époque de sa menstruation, les règles vinrent toujours très régulièrement, avec abondance, et sans provoquer de douleurs. Elles duraient environ de six à huit jours.

A vingt ans, elle devint enceinte et arriva, sans éprouver aucun trouble, jusqu'au terme de sa grossesse. Elle accoucha d'un garçon qui, depuis lors, s'est toujours très bien porté.

Ce fut son seul enfant et elle n'eut jamais de fausses couches.

Les règles reparurent après la grossesse avec la même abondance et la même régularité qu'auparavant. Interrogée avec soin, au point de vue de ses antécédents personnels, on ne retrouve, chez cette malade, aucune trace de tuberculose. Elle ne toussait pas et ne s'enrhumait jamais.

L'alcoolisme semble également peu manifeste. A peine buvait-elle avec son fils un litre de vin par jour et quelquefois un peu de bière, mais jamais ni eau-de-vie ni liqueurs.

Chez ses parents on ne peut découvrir aucune manifestation tuberculeuse, mais l'alcoolisme est évident. Son père, qui mourut dans une chute, se grisait très fréquemment. Sa mère, morte de vieillesse, eut une fausse couche et cinq enfants, dont la malade est la plus jeune. Deux garçons vivent encore. Ils ont trente-sept et cinquante ans et se sont toujours très bien portés, mais les deux autres enfants sont morts en bas âge de convulsions.

En somme, rien de particulier dans les antécédents personnels et héréditaires de la malade, si ce n'est un peu d'alcoolisme. On peut dire que sa santé fut toujours excellente jusqu'au 3 août 1883, c'est-à-dire il y a six mois, époque à laquelle le feu prit chez elle.

A ce moment, ses règles qui avaient apparu trois jours auparavant s'arrêtèrent brusquement sous l'influence de l'émotion que la malade ressentit à la vue du feu.

A partir de ce jour, des douleurs très aiguës se firent sentir dans tout l'abdomen, surtout autour de la ceinture; elles augmentèrent progressivement et atteignirent leur maximum d'acuité à la fin du mois de septembre. A ce moment les phénomènes douloureux s'amendèrent un peu, ils se localisèrent surtout dans la région des reins et conservèrent toujours la même intensité jusqu'à aujourd'hui. Des périodes d'exacerbation correspondaient à l'époque habituelle des menstrues qui n'ont plus apparu depuis le 3 août.

Dès l'apparition des douleurs, le ventre subit un développement très rapide qu'il conserva jusqu'à ce jour.

A ces troubles locaux se joignirent immédiatement des troubles généraux. L'appétit disparut complètement et, jusqu'à ces derniers temps, la malade se nourrissait avec deux potages par jour. Jamais elle n'eut ni nausées ni vomissements et ses selles étaient normales, mais néanmoins l'amaigrissement fit vite des progrès.

Les maux de tête étaient fréquents et la malade éprouvait une sensation continuelle de froid. Elle dormait mal et se trouvait parfois si fatiguée qu'à plusieurs reprises elle fut dans l'obligation de garder le lit pendant huit à dix jours.

Dans l'intervalle elle reprenait son travail, mais chaque fois avec plus de difficulté.

Ses jambes, dit-elle, ne furent jamais enflées; seuls, ses pieds étaient un peu gonflés le soir.

Elle ne toussait pas et n'eut jamais aucune hémorragie.

Elle ne peut dire si elle eut la jaunisse, mais ce n'est que depuis quelques jours que ses voisins lui firent remarquer qu'elle était un peu jaune.

Cet état persiste sans aucun changement et sans que la malade se soigne, jusqu'au 2 février 1884, c'est-à-dire il y a douze jours. Elle eut alors une hémorragie intestinale très abondante qui s'effectua en trois ou quatre fois chaque jour et qui se reproduisit trois jours de suite. Elle évalue à un demi-verre la quantité de sang rendu chaque fois.

Sans avoir recours aux soins d'un médecin, elle se mit au lit et y resta sans prendre de nourriture jusqu'au 13 février, époque de son entrée à l'hôpital.

Le 14 février, à la visite du matin, la malade est très abattue et répond avec beaucoup de peine aux questions qu'on lui pose.

La face est bouffie, ce qui rend difficile l'appréciation du degré d'amaigrissement.

Une légère teinte subictérique, qui n'existe pas sur le reste du corps, se remarque sur le visage. Elle est surtout appréciable sur les sclérotiques.

Des plaques rouges siègent sur les joues et les pommettes. Elles sont dues à une gêne de la circulation, caractérisée par une dilatation des réseaux capillaires qui se dessinent en fines arborisations.

Les membres inférieurs sont le siège d'un léger œdème, qui remonte à quelques centimètres au-dessus des malléoles. Sur la face interne du tibia gauche se voit une tache brune assez large, due à la cicatrice d'une plaie que se fit la malade au moment de l'incendie et qui mit plus de trois mois à guérir.

La gêne de la circulation est remarquable sur tout le membre inférieur. De petites veines superficielles très dilatées forment en plusieurs points des taches violacées d'aspect ecchymotique.

Une seule de ces taches existe sur le membre supérieur, où la circulation semble plus facile.

La sensibilité cutanée est exagérée et cette hyperesthésie rend toute exploration douloureuse. La peau est sèche, chaude, et, le 14, la température du matin est de 39°,4.

Aucun trouble du côté des organes des sens. Pas de céphalalgie. Jamais d'épistaxis.

Les poumons sont sains, la malade ne tousse pas et la respiration est normale.

Le cœur bat avec rapidité, mais les bruits sont réguliers et il n'y a aucun souffle pathologique. Le pouls est plein, fort, accéléré et donne 105 pulsations par minute. Un léger souffle intermittent s'entend dans les vaisseaux du cou.

Les lèvres sont fuligineuses, la langue est sèche, rouge à la pointe et sur les bords, couverte d'un enduit jaunâtre au milieu.

L'appétit est nul, la soif très vive. Il n'y a jamais eu de vomissements, mais une tendance continuelle à la diarrhée.

Le ventre est gros, dilaté, mais la circulation collatérale est peu accentuée. Il est le siège d'un tympanisme énorme et ce n'est que dans les parties les plus déclives que l'on retrouve les signes d'un léger épanchement : matité, son hydroaérique.

Par suite de cette distension énorme de la masse intestinale, l'exploration du foie est rendue très difficile. Une palpation méthodique ne permet pas de sentir le bord inférieur de cet organe au-dessous des fausses côtes; mais, par la percussion, il est facile de percevoir une augmentation énorme du foie. La zone de matité s'étend en effet plus haut que d'habitude dans le sens vertical, mais elle se développe principalement dans le sens transversal. Elle envahit l'épigastre, la partie supérieure de la région ombilicale et tout l'hypocondre gauche, ce qui fait penser en même temps à une hypertrophie de la rate.

Les urines sont claires, un peu foncées, sans coloration spéciale et sans aucun dépôt. Ni l'acide nitrique, ni la chaleur ne décèlent la présence d'aucun élément étranger.

En présence de ces divers troubles gastriques : langue sèche, fuligineuse, inappétence, diarrhée, tympanisme, d'une part; du mouvement fébrile et de la prostration extrême du sujet, d'autre part; le diagnostic de dothiénentérie s'imposerait. Mais un examen minutieux fait rejeter immédiatement l'idée de toute affection aiguë, car la maladie, comme il est facile de s'en convaincre, a débuté il y a six mois et depuis a présenté une marche lente et sans cesse progressive.

La teinte subictérique de la face, l'ascite, la gêne notable de la circulation veineuse, chez un sujet présentant cœur et reins parfaitement normaux, attirent l'attention du côté du foie et l'examen de cet organe montre que l'on a affaire à une cirrhose hypertrophique.

D'autre part, la présence de l'ascite, l'état de la malade et l'évolution rapide et spéciale de cette affection montrent que l'on n'a pas affaire à une cirrhose hypertrophique ordinaire, mais que l'on se trouve en présence d'une cirrhose hypertrophique particulière à marche rapide.

C'est en se basant sur les phénomènes initiaux (début brusque avec douleurs en ceinture irradiées dans tout l'abdomen et qui ne cessent plus), sur la marche rapide de la maladie qui évolue en six mois et qui, dès son apparition, amène une déchéance organique complète, c'est en se basant enfin sur l'élévation de la température, la prostration et l'état typhoïde de la malade que M. Hérard porte le diagnostic de *cirrhose hypertrophique graisseuse à marche subaiguë.*

Diagnostic vérifié du reste à l'autopsie.

Le traitement institué a pour but de calmer les douleurs de la malade et de relever ses forces par l'extrait de quinquina.

15 février. — Le soir, hémorragie intestinale assez abondante.

Temp. : matin, 38°,6; soir, 39°,3. Pouls, 105.

16 février. — Persistance du même état.

Temp., matin, 37°,8; soir, 38°,6. Pouls, 105.

17 février. — La malade se sent plus faible. Dans la nuit, nouvelle hémorragie intestinale.

Temp. : matin, 38°,6; soir, 38°,4. Pouls, 105.

Nourriture : bouillon et lait.

18 février. — L'affaiblissement fait des progrès. Sommeil agité, diarrhée continuelle, selles teintées de sang, ténesme anal, urines peu abondantes, foncées et avec un léger reflet verdâtre, mais aucune réaction par l'acide nitrique.

Quatre ou cinq petites taches rosées, semblables à celles qui se trouvent sur les jambes, viennent d'apparaître sur l'abdomen.

Temp. : matin, 38°,4; soir, 37°,9. Pouls, 114.

19 février. — Malade très abattue, ne mange plus.

Temp. : matin, 38°,2; soir, 38°,4. Pouls, 110.

20 février. — La malade est très déprimée. Elle tousse beaucoup, mais a à peine la force de cracher. On constate tous les signes sthétoscopiques d'une congestion pulmonaire à la base des deux poumons. Son sommeil est troublé par des rêves et des cauchemars, pendant lesquels elle parle à haute voix.

Elle a une céphalalgie violente.

Les lèvres sont fuligineuses, et la langue de plus en plus sèche et noire, dure et fendillée.

Le soir elle a une hémorragie intestinale assez abondante.

Temp. : matin, 38°,2 ; soir, 37°,6. Pouls, 112.

21 février. État adynamique persiste. La toux est fréquente et la congestion pulmonaire augmente malgré les ventouses qui lui ont été appliquées sur le thorax. Crachats sanguinolents.

Temp. : mat., 38°,4; soir, 37°,9. Pouls, 115.

22 février. La malade ne mange plus. Elle a une diarrhée abondante et des hémorragies assez fréquentes. Elle est dans un état de prostration complet et, au dire des malades, elle a jour et nuit du délire pendant lequel elle ne cesse d'appeler son fils.

Temp. : matin, 38°,8; soir, 38°,2. Pouls, 120.

23 février. La malade expire dans l'après-midi.

Temp. du matin, 30°,6. Pouls, 120.

— L'autopsie est faite trente-six heures après la mort.

L'incision de la paroi abdominale laisse écouler environ 3 ou 4 litres de liquide ascitique.

Le foie ne fait qu'une légère saillie au-dessous des côtes. Il s'est développé transversalement et se recourbe dans l'hypocondre gauche, où il recouvre toute la moitié supérieure de la face externe de la rate. Il pèse 2,800 grammes.

Il est jaune pâle et de consistance assez ferme. Une mince tranche plongée dans l'eau ne surnage pas.

La rate pèse 375 grammes et est assez molle.

Plusieurs ulcérations siègent dans l'intestin. L'une d'elles, petite, ovale, occupe l'angle du côlon ascendant et du côlon transverse. Elle a les dimensions d'un haricot. Une autre, plus petite, se trouve dans le cœcum. Mais, dans l'intestin grêle, on trouve deux ulcérations circulaires de la largeur d'un doigt et qui entourent complètement le tube intestinal.

Des plaques d'entérite sont disséminées dans l'intestin.

L'utérus et les ovaires sont normaux.

La plèvre, le cœur et le cerveau sont sains.

Les poumons sont très congestionnés; mais on ne peut trouver à l'examen superficiel aucune trace de tuberculose.

L'examen histologique du foie, fait par M. Chantemesse dans le laboratoire de M. Cornil, donne les renseignements suivants :

La capsule de Glisson, lisse et transparente, laisse reconnaître des granulations lisses de volume sensiblement égal. Le parenchyme, de coloration gris blanchâtre, est sillonné par une multitude de petites travées transparentes formées par du tissu conjonctif.

A l'examen microscopique on constate une dégénérescence des trabécules hépatiques et une néoformation conjonctive assez récente disposée dans l'ordre suivant :

1° Le tissu conjonctif est en quantité considérable et répandu d'une façon diffuse : il divise le parenchyme en une multitude de

petits îlots de volume variable. Il est constitué par des plaques ou de fines travées fibroïdes dans lesquelles on trouve des fibrilles conjonctives et un assez grand nombre de cellules jeunes, ce qui laisse supposer qu'en beaucoup de points cette néoformation n'existe pas depuis un temps bien long. Ce tissu a son maximum de développement autour des espaces portes. Dans ces espaces, la veine porte a son calibre conservé. Ses parois sont épaissies, ainsi que celles de l'artère hépatique et des canaux biliaires. Ces derniers présentent même, en certains points, du catarrhe de leur revêtement cylindrique. Après les espaces portes, les régions où le tissu fibroïde domine sont les régions des veines sus-hépatiques.

Celles-ci, en effet, sont difficilement reconnaissables sur les coupes; leur lumière a presque complètement disparu, mais on les retrouve cependant dans les travées fibroïdes qui sillonnent la coupe. Ces travées les réunissent les unes aux autres et aux espaces portes et c'est cette distribution systématique du tissu conjonctif de nouvelle formation qui constitue les cercles ou anneaux complets ou incomplets que l'on voit sur la coupe. Ces cercles n'ont pas la constitution ordinaire de ceux qu'on trouve dans la cirrhose vulgaire; le tissu conjonctif y est moins fibreux et les limites moins tranchées. Les bords se fusionnent peu à peu avec les trabécules hépatiques voisines : ils envoient de petits prolongements le long des capillaires qui les séparent et les cellules du foie perdent insensiblement leurs caractères pour se transformer en cellules embryonnaires des travées fibroïdes.

Donc, si le tissu conjonctif a une distribution systématique autour des espaces portes et des veines sus-hépatiques, il a un mode d'extension diffus et assez irrégulier dans l'intérieur du parenchyme.

2° Dans les îlots circonscrits par le tissu conjonctif les cellules hépatiques ont subi à peu près partout une notable dégénérescence. C'est l'altération graisseuse qui domine. Par places, elle est développée au point que le parenchyme n'est plus représenté que par une accumulation de cellules adipeuses. Ailleurs la dégénérescence graisseuse n'est pas aussi confluente et à côté des cellules gonflées par la graisse, on trouve d'autres cellules hépatiques petites, déformées et réfringentes. Quelques-unes un peu moins malades ont encore conservé leurs dimensions et leur noyau.

En plusieurs points se trouvent de petits tubercules.

L'examen histologique confirme donc le diagnostic clinique : *Cirrhose hypertrophique graisseuse à marche subaiguë.*

Ces cas sont encore peu nombreux dans la science et cette observation doit être rapprochée de celles que M. Hutinel a publiées dans le Bulletin de la Société clinique, 1881.

La symptomatologie et l'évolution de cette maladie, les lésions anatomiques, sont semblables dans nos observations, mais l'étiologie semble entièrement différente.

Les malades de M. Hutinel sont, en effet, tous des alcooliques devenus tuberculeux et il rapporte des observations de plusieurs auteurs, où l'on voit l'alcoolisme tenir le premier rang.

Dans le cas qui nous occupe, on ne peut invoquer l'une ou l'autre de ces causes; car, malgré un examen attentif, on ne retrouve chez cette malade aucune trace d'alcoolisme ni de tuberculose et c'est brusquement, au milieu d'une santé parfaite, que débute l'affection.

Mais nous devons faire remarquer (et c'est là un point capital dans notre observation) la spontanéité et la violence des accidents locaux, la précocité des troubles généraux qui se manifestent sous l'influence d'une émotion morale vive déterminant un arrêt brusque du flux menstruel.

HOTEL-DIEU DE CAEN. — M. Maheut.

Hémorragie dans les méninges cérébrales chez une jeune fille de treize ans.

Le dimanche 21 avril, Blanche V..., âgée de treize ans, fut témoin d'une scène d'extrême violence entre son père et sa mère; elle s'échappa effrayée de la maison paternelle, en poussant des cris; elle se réfugia dans un orphelinat, où elle travaillait depuis deux ans en qualité d'ouvrière perleuse.

Dans la nuit, elle ne dormit pas, fut agitée et elle vomit; le lendemain matin, à dix heures, elle perdit connaissance, fut prise de convulsions éclamptiques; je la vis quelques heures après et la trouvai dans l'état suivant :

Jeune fille maigre, pâle, sans connaissance, dont le corps était agité par des convulsions cloniques, plus prononcées à droite, surtout au visage. Elle fut immédiatement portée à l'Hôtel-Dieu : on lui appliqua huit sangsues derrière les oreilles et de légers sinapismes aux jambes. Elle ne put avaler aucun liquide.

Le lendemain, à ma visite du matin, voici quel était son état :

Couchée en supination. Complètement immobile, les membres dans la résolution, sauf le bras droit qui était le siège d'une légère contracture qu'on pouvait facilement vaincre. Visage très alterré, légèrement rosé, ne subissant aucun changement par le passage de l'ongle sur la peau; les muscles de cette région dans un état de relâchement, bouche non déviée, déglutition impossible, ventre plat, constipation, incontinence des urines.

Insensibilité générale : pupilles très dilatées, ne subissant aucun changement par la lumière.

Pouls à 120, température au-dessous de la moyenne, sauf au cuir chevelu.

Respiration régulière et lente.

Les cheveux sont coupés, de la glace est appliquée et entretenue pendant deux jours sur le péricrâne.

Le 24, 50 centigrammes de calomel, par fraction de 10 centigrammes, est administré et provoque des selles nombreuses involontaires; on peut faire prendre du lait et du bouillon.

Le 25, aucune amélioration n'ayant eu lieu, on frictionne la tête avec de l'onguent mercuriel double, on applique des vésicatoires aux jambes.

La malade s'affaiblit chaque jour, aucune convulsion ne reparaît, et Blanche V... s'éteint sans crise dans la nuit du 27 au 28 avril.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, on voit la dure-mère légèrement tendue sur la partie convexe de l'hémisphère gauche, avec une teinte d'un rouge sombre. Au-dessous de cette membrane se trouve une couche sanguine coagulée, assez épaisse pour dissimuler les circonvolutions cérébrales; ce dépôt sanguin s'est fait entre l'arachnoïde et la pie-mère depuis la corne antérieure de l'hémisphère jusqu'au dernier tiers postérieur; le sang adhère aux membranes qu'il est difficile d'isoler, surtout la pie-mère unie intimement aux couches superficielles du cerveau qui présente dans les coupes un état piqueté des plus prononcés.

L'hémisphère droit est faiblement injecté, ainsi que ses membranes; il en est de même de la moelle allongée.

Les ventricules contiennent beaucoup de sérosité citrine sans mélange de sang.

Les autres organes sont à l'état normal.

PLEURÉSIE ET THERMOCAUTÈRE.

Par M. le docteur Dupuy de Frenelle.

Dans une leçon sur le traitement des pleurésies avec épanchement, par les évacuations successives du liquide, M. le professeur Picot, de Bordeaux, cite l'application efficace de l'ignipuncture, à l'aide du thermocautère, dans un cas de pleurésie aiguë, chez un manœuvre, âgé de quarante-

cinq ans. Pour tout traitement, le liquide, occupant les trois quarts de la cavité thoracique du côté droit, fut évacué par une seule ponction aspiratrice de 1,750 grammes, suivie aussitôt de nombreuses pointes de feu sur toute la région postérieure droite du thorax, à titre de révulsif plus puissant que les ventouses ou les vésicatoires. Dès ce moment même, tous les symptômes de la maladie ont disparu et le malade se considère comme guéri. En effet, il ne reste à l'hôpital que pour être soumis à l'observation pure et simple et reçoit son exéat quinze jours après son entrée.

Depuis quelques années, j'ai employé très fréquemment et avec une grande hardiesse le thermocautère dans les cas pathologiques les plus divers, avec des résultats souvent inespérés.

Ayant obtenu assez vite par la seule ignipuncture la résorption de collections purulentes, d'épanchements séreux ou synoviaux, je n'ai pas cru devoir hésiter d'y avoir recours d'emblée dans les cas de pleurésie aiguë ou même de pleuropneumonie avec épanchements, qu'ils soient considérables ou non.

Disons-le tout de suite, le succès a été prompt et constant sans qu'il y ait même eu une ponction préalable.

Je ne rappellerai ici que trois observations typiques :

Observation I. — En août 1882, je fus appelé à donner mes soins à une dame âgée de trente-huit ans, marchande en gros aux Halles centrales.

Cette dame, d'une très bonne santé habituelle, avait eu, environ dix jours auparavant, un refroidissement suivi de frissons et de points de côté à gauche et à droite de la poitrine. Elle s'était soignée tant bien que mal, d'après des conseils de pharmacien.

A mon arrivée, je lui trouvai la peau chaude ; le pouls à 95 ; la physionomie anxieuse ; de la dyspnée avec toux quinteuse caractéristique, sans expectoration. Il y avait perte de l'appétit, insomnie, etc.

L'auscultation et la percussion révélèrent un énorme épanchement pleurétique double.

L'ensemble symptomatologique, habituel dans ces cas, excluait toute possibilité d'erreur : matité absolue de la base au tiers supérieur et postérieur de la poitrine ; absence de vibrations de la voix et du murmure vésiculaire ; égophonie, pectoriloquie ; souffle tubaire aux sommets, etc. Il y avait là une indication bien nette et pressante de pratiquer la ponction des deux cavités thoraciques.

Profitant d'une si belle occasion, cherchée déjà depuis longtemps, je résolus et proposai de tenter, préalablement à la thoracentèse l'ignipuncture énergique, bien que je ne connusse pas de semblable précédent dans la science; mais ma confiance intuitive était telle que je n'hésitai pas. Du reste, l'évacuation de l'épanchement pouvait, s'il y avait urgence, être immédiatement exécutée; donc mon entreprise ne constituait ni retard ni danger pour la malade.

Dans ma première séance, je fis, tant d'un côté que de l'autre, environ quatre cents pointes de feu, à la pointe fine, ponctuées directement et assez profondes.

Le lendemain, il y avait une appréciable amélioration; la malade respirait un peu plus facilement, avait une toux moins fatigante et elle avait mieux dormi. Je prescrivis une purgation : séné et sulfate de soude; du lait avec une eau minérale alcaline.

Après quatre séances, pratiquées en neuf jours, la résorption du liquide était complète et la malade entièrement guérie. Néanmoins je pratiquai encore deux fois l'ignipuncture.

Obs. II. — En mai 1883, notre petite fille, âgée de neuf ans et demi, fut atteinte d'un insidieux malaise, accompagné de petits mouvements fébriles, puis d'une oppression légèrement douloureuse, en barre transversale, dont l'axe passait au-dessus du creux épigastrique. L'appétit se maintenait modérément et il existait une toux par quintes rares et peu intenses.

L'auscultation ne révéla d'abord rien ; mais quelques jours plus tard, l'enfant s'alita et je constatai, avec un effroi bien naturel, de la matité, du souffle tubaire et quelques râles sous-crépitants dans une étendue d'environ 6 centimètres du tiers inférieur et postérieur du poumon gauche : région où la petite fille, à l'âge de deux ans, avait déjà eu de la bronchopneumonie.

Il s'agissait bien ici d'une pleuropneumonie évidente. Estimant que l'ignipuncture avec le thermocautère est le plus puissant de tous les révulsifs, en ce qu'il agit surtout en mode résolutif, je n'hésitai pas à y avoir recours au double point de vue de la pleurésie et de la pneumonie.

Après deux séances, à deux jours d'intervalle, tous les accidents disparurent. Quatre jours plus tard, l'enfant avait repris ses habitudes et ses jeux.

Obs. III. — Le 13 décembre 1883, un de mes honorables confrères me pria d'appliquer mon traitement chez une de ses clientes, atteinte d'une pleurésie aiguë, avec épanchement de toute la cavité thoracique du côté droit. La matité était absolue jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate, ainsi que l'absence de la résonance de la voix, etc.

La malade respirait avec une grande difficulté et éprouvait une oppression des plus pénibles. Toux sans expectoration; état fébrile notable; pouls à peu près de 100; perte totale de l'appétit; insomnie, etc.

Ici, il y avait urgence, je proposai de faire la ponction ; mais, la malade ayant refusé, j'appliquai immédiatement environ trois cents pointes de feu, ponctuées et profondes.

Je prescrivis un traitement général identique à celui de notre première malade, auquel j'ajoutai du sulfate de quinine pour combattre des accès de fièvre vespérine.

Le lendemain, il y avait un soulagement notable; la nuit avait été moins mauvaise et la respiration était un peu plus facile.

Dans un cas aussi grave, cette petite amélioration était de bon augure. J'y trouvai un précieux encouragement à persévérer ; car l'incertitude trop fondée du succès ne laissait pas que de me rendre assez perplexe.

Après dix séances pratiquées en vingt jours, l'épanchement était disparu. Il ne restait qu'une matité de 4 à 5 centimètres tout à fait à la base du côté atteint. La malade était guérie ; elle reprit progressivement et très vite forces et santé.

En maintes circonstances, j'ai remarqué que les pointes de feu nombreuses ont, indépendamment de leur action révulsive et résolutive, une influence incitatrice des plus salutaires sur l'innervation. A l'inverse des révulsions vésicantes sur de larges surfaces, elles agissent en mode tonique, réveillent l'appétit, rendent plus franches les convalescences et, par conséquent, en abrègent la durée.

Les résultats si évidents que nous venons d'exposer, sont de nature à encourager les tentatives des praticiens dans l'emploi de ce mode de traitement.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 7 juin 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

De la rétractilité pulmonaire. — M. LABORDE a fait sur les poumons du dernier supplicié une série d'expériences qui démontrent que la rétractilité pulmonaire tient à une autre propriété que la propriété musculaire. En effet, celle-ci est depuis longtemps abolie que la rétractilité ou l'élasticité persistent encore. Ce sont donc deux propriétés indépendantes l'une de l'au-

tre, ainsi que cela semblait ressortir des expériences de M. Bert.

M. PAUL BERT a montré, il y a seize ans, qu'après la section du pneumogastrique le poumon se rétracte et l'élasticité pulmonaire seule persiste. Il a également montré que l'élasticité pulmonaire est une propriété physique qui persiste après la rigidité et même après la putréfaction.

M. LABORDE, dans ses expériences, l'a vu persister quatre mois après la mort.

M. DASTRES indique une expérience permettant de voir très bien l'influence du pneumogastrique ou de l'excitation de ce nerf sur le poumon. Cette expérience consiste à faire, sur une tortue, une couronne de trépan sur sa carapace et une autre en face. On voit ainsi très bien l'influence de l'excitation du pneumosgatrique sur le poumon.

Suggestion mentale. — M. DE VARIGNY communique les résultats d'une soixantaine d'expériences faites sur neuf individus qui établissent que les faits dits de suggestion ne sont autre chose, comme l'a dit M. Charles Richet, que la conséquence de mouvements fibrillaires.

Les péridiniens.—M. POUCHET a entrepris une série d'études sur les péridiniens. Il a pu voir que certains péridiniens se développaient sur la queue des tuniciers.

La substance grise embryonnaire. — M. VIGNAL a étudié la formation de la substance grise embryonnaire dans la moelle épinière des mammifères; il n'a jamais observé, dans cette substance ou à son voisinage, des figures karyokinétiques qui sont données comme la marque unique d'une division cellulaire par presque tous les auteurs qui se sont occupés de la reproduction cellulaire, d'où il conclut, quoiqu'on observe ces figures en grande abondance dans la rangée de cellules bordant le canal de l'épendyme, que la substance grise embryonnaire doit se former par un autre mode de reproduction que celui connu sous le nom de division directe ou karyokinèse.

Dans une seconde communication, après avoir rappelé que, pour Kölliker et Heusen, la substance grise embryonnaire est formée par de fines fibrilles se croisant à angle droit et des noyaux, que pour Renaut ces cellules possèdent déjà une partie différenciée, M. Vignal dit que toutes les cellules qui forment cette substance ont un protoplasma très mou émettant de longs prolongements formant la substance blanche, que ces prolongements ont la même structure que le protoplasma. Il ne croit pas, comme Ball l'a dit, que ces cellules soient de deux sortes, l'une devant former les cellules nerveuses, l'autre les cellules de la névroglie, mais que dans les premiers stades du développement elles sont toutes semblables entre elles : la différenciation qui se produira entre ces cellules ne s'effectue que plus tard. Quant à l'exoplasma décrit par Renaut, il n'existe pas, il n'en apparaîtra un qu'à la fin de l'évolution lorsque les cellules de la névroglie et les cellules nerveuses seront déjà presque à la fin de leur évolution.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des fièvres palustres avec la description des microbes du paludisme (1), par A. Laveran, médecin-major de première classe, professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce.

II

On a presque accusé les médecins du début de l'occupation de l'Algérie d'avoir complètement méconnu la fièvre typhoïde. C'est une erreur. La vérité est qu'ils désignaient sous le nom de gastro-céphalite la fièvre typhoïde, dont la dénomination faisait à peine, à cette époque, son apparition dans le langage scientifique. Pour eux, la gastro-céphalite représentait, d'après l'école de Broussais, les fièvres essentielles des anciens nosologistes dont Pinel était le dernier représentant. Ce que j'avance est tellement incontestable que, moi qui, le premier, ai affirmé que la plus grande partie des fièvres continues que nous avions en Afrique devaient être rattachées à la série des fièvres paludéennes, j'ai inscrit sur mes cahiers, sous ce titre de gastro-céphalite, 294 cas, mais en faisant la réserve que le plus généralement ils devaient rentrer dans la classe des fièvres pour lesquelles je proposais l'appellation de pseudo-continues. J'étais arrivé à cette conception précisément parce que, dans les faits dont je parle, la lésion caractéristique de la fièvre typhoïde nous faisait presque toujours défaut. Néanmoins je me tenais constamment en garde contre la fièvre typhoïde, et, en 1836, je conseillais de donner le sulfate de quinine à haute dose dans tous les cas douteux, me fondant sur ce raisonnement : « Si mon diagnostic est erroné, si j'ai affaire à une affection réellement continue, cette dose empirera nécessairement l'état du malade, et alors je saurai à quoi m'en tenir sur la nature de la maladie. Si, au contraire, j'ai bien diagnostiqué, si c'est bien une affection rémittente ou pseudo-continue que j'ai à traiter, ce médicament apportera une amélioration telle que je devrai en continuer l'emploi; souvent même une seule dose arrêtera court tous les accidents. » Ces incertitudes dans le diagnostic et dans les indications thérapeutiques se retrouvent encore aujourd'hui au début des fièvres continues dans les pays chauds et marécageux. Je les vois reproduites dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire*, par M. Netter en 1855; par M. Frison en 1866, qui dit explicitement qu' « en présence de ces cas difficiles il faut recourir à la pierre de touche, au *sulfate de quinine*. Si la maladie est une fièvre rémittente, elle s'arrêtera immédiatement... sinon ce sera une fièvre typhoïde. » Déjà, en 1850, M. Dutroulau dont le nom fait autorité dans les maladies des Antilles, avait, dans la *Gazette médicale de Paris*, appelé l'attention des médecins de la marine sur cette question si délicate, et avait formulé les mêmes principes.

M. Laveran écrit, à son tour, en 1884, qu' « *en dehors de l'examen du sang*, le seul moyen de résoudre cette question du diagnostic différentiel, consiste à prescrire le sulfate de quinine à forte dose, à 1gr,50, à 2 grammes par jour. S'il s'agit d'une continue palustre, la fièvre tombe d'ordinaire au bout de deux ou trois jours; si la fièvre persiste le quatrième jour de l'entrée à l'hôpital, alors que le malade a déjà pris 5 à 6 grammes de sulfate de quinine, on peut en conclure, presque à coup sûr, qu'on a affaire à une fièvre typhoïde ou à quelque maladie étrangère au paludisme. »

On conçoit très bien que je pourrais me féliciter d'avoir, dès les premiers jours où s'est présentée la difficulté, indiqué les règles qui devaient guider le praticien. Il n'en est rien cependant, et je regrette très sincèrement de renoncer à l'espérance que, dans les fièvres continues palustres, le tracé thermique pourrait grandement aider au diagnostic; mais, d'après les recherches de M. Laveran, il n'y faut plus compter, car il diffère peu de celui d'un grand nombre de pyrexies ou de phlegmasies qui s'accompagnent d'une fièvre continue, et, de plus, les tracés des fièvres continues palustres se font souvent remarquer par leur irrégularité et par la rapidité avec laquelle la température monte et s'abaisse. »

La fièvre typhoïde en Algérie n'est-elle pas influencée dans sa marche par l'intervention du paludisme? M. Laveran ne le croit pas : il se fonde sur son expérience personnelle qui a fait passer sous ses yeux, à Constantine, 293 cas de fièvre typhoïde ; sur ce qu'il n'a jamais trouvé, malgré de nombreuses analyses, du sang chez des malades atteints de cette affection, ni les éléments parasitaires du paludisme, ni des leucocytes mélanifères ; sur ce fait encore que, dans plus de 80 autopsies de fièvre typhoïde et plus de 20 autopsies de fièvre palustre, il n'a constaté que *deux fois* la coexistence des lésions de la fièvre typhoïde et les lésions du paludisme, et même dans un de ces deux cas la fièvre typhoïde s'était déclarée à l'intérieur de l'hôpital chez un malade entré pour cachexie palustre. Contrairement à l'opinion de M. Laveran,

(1) Fin. — Voir le numéro du 5 juin 1884.

les médecins algériens admettent que, dans son évolution, la fièvre typhoïde, dans leurs salles, n'a pas les allures en quelque sorte classiques qu'ils étaient accoutumés à voir en France. Seuls MM. Kelsch et Arnoud (1868) hésitent à le reconnaître en disant qu'elle emprunte *peut-être* quelques particularités de sa physionomie à l'adjonction de l'élément palustre. Mais M. le médecin principal Masse, dont les travaux sur la fièvre typhoïde en Afrique ont été couronnés par l'Académie de médecine, le reconnaît formellement ; mais M. Netter (1855) admet « la complication d'une intoxication paludéenne ; que le sulfate de quinine fait disparaître les accidents dus à celle-ci ; puis, que la fièvre typhoïde dothiénentérique suit sa marche ordinaire. » Dans les cas où il y a connexion de la typhoïde et de la paludique, dit M. Frison (1866), il faut insister sur le sulfate de quinine ou bien on s'expose à des accidents foudroyants et promptement mortels.

Dans mon inspection médicale en 1859, j'ai pu constater que cette dernière croyance régnait sans conteste. Il m'a été donné alors d'assister à une grande épidémie de fièvre typhoïde qui s'était manifestée à la fois dans la plupart des garnisons de l'Algérie ; à Aumale, notamment, elle était très grave. Cette explosion si insolite et si inquiétante était due à une cause bien évidente. La plupart des régiments d'Afrique avaient envoyé leurs bataillons de guerre à l'armée d'Italie, et ces bataillons avaient été remplacés par les dépôts, composés, comme on sait, de tous jeunes soldats qui ne pouvaient résister au climat, au changement de vie, aux exigences d'un service tout à fait nouveau et pénible pour eux. La situation sanitaire était telle que je dus en rendre compte au ministre en lui exposant la nécessité de faire rentrer en France ces dépôts, aussitôt que, la paix bien assurée, les bataillons de guerre pourraient venir reprendre leurs garnisons : opération qui ne tarda pas à recevoir son exécution. Quand on voit la constitution actuelle de nos régiments qui ne comptent plus guère que des jeunes soldats, ne pourrait-on pas rapprocher de l'épisode que je viens de citer l'apparition en si grand nombre des fièvres typhoïdes en Algérie et surtout en Tunisie ?

J'ai cherché à me rendre compte de la dissidence qui existe entre M. Laveran et les auteurs que je viens de citer; je me suis demandé si l'on ne pourrait pas l'attribuer à des conditions climatologiques et géographiques qui modifieraient profondément la marche de la fièvre typhoïde à Constantine, cette ville étant bien située sur un plateau élevé, voisine de neiges, sinon éternelles, du moins persistantes, subissant des hivers assez rudes, et n'ayant jamais été mise au rang des localités éminemment palustres, comme Bône, comme la Mitidja, comme Bouffarik et Lalla-Maghrnia, dont les noms rappellent bien des jours de deuil et de découragement.

M. Laveran a traité en maître la question de l'anatomie pathologique propre au paludisme. Le microscope lui a été d'un grand secours ; il lui a permis d'analyser avec les détails les plus minutieux les altérations du foie, de la rate, du centre cérébro-spinal, que ses prédécesseurs avaient plus ou moins bien constatées à l'œil nu, mais qu'ils n'avaient pu savamment interpréter comme il l'a fait. C'est un progrès qui facilitera beaucoup les travaux de ses successeurs.

Nous voici arrivés au dernier terme de son œuvre qui, au surplus, est aussi celui de tous les travaux de médecine, le *traitement;* et cette question, en raison du point de vue nouveau où il s'est placé, a pour nous tout l'intérêt de l'inconnu. Disons tout de suite que c'est un guide auquel il faut se confier en toute assurance, puisque sur 1,310 malades atteints de paludisme il n'a eu que 6 décès, soit une mortalité de 0,45 p. 100.

Le sulfate de quinine pour lui, comme pour tous les praticiens, est le remède par excellence contre le paludisme. Après avoir rappelé les interprétations que, sans aucun succès du reste, on a voulu donner de son mode d'action, il expose la sienne et elle est en rapport, en concordance exacte, avec sa doctrine microbienne ; le sulfate de quinine guérit les fièvres palustres en tuant les parasites du paludisme. D'une façon générale on peut dire, selon lui, qu'on ne trouve plus aucun élément parasitaire dans le sang des malades qui prennent depuis huit jours du sulfate de quinine à la dose de 0gr,80 à 0gr,60 par jour... L'examen histologique du sang permet aussi de constater que si on se contente de donner 3 ou 4 doses de sulfate de quinine et qu'on ne revienne pas à la médication quinique au bout de quelques jours, les microbes ne tardent pas à reparaître dans le sang et à provoquer une rechute, d'où l'indication de prendre des doses décroissantes du sulfate tous les cinq ou six jours pendant un mois.

La dose ordinaire du médicament doit être de 1 à 2 grammes dans la journée ; il est rare qu'il faille en donner plus de 3 grammes, même dans le traitement des accidents pernicieux, bien qu'il relate des exemples qui prouvent qu'on peut sans danger dépasser cette quantité. Aujourd'hui, grâce à la méthode des injections hypodermiques, on peut ne plus recourir à ces doses si élevées que, il y a quelques années encore, on était obligé d'administrer par la bouche. On sait que les sels de quinine qui ont été plus spécialement utilisés pour les injections sont le chlorhydrate, le sulfovinate, le bromhydrate et le sulfate, sans que l'un puisse être préféré aux autres. Dans les accès graves, dans les continues palustres, on donne aujourd'hui le sulfate de quinine sans se préoccuper, comme autrefois, d'attendre un intervalle d'apyrexie ou de rémission, et on se trouve très bien de cette pratique.

M. Laveran se pose cette question : Dans le *traitement* faut-il prescrire les évacuants avant le sulfate de quinine ? La plupart des auteurs l'ont résolue autrefois par l'affirmative. Une réaction s'est produite dans ces dernières années, et je crois, dit-il, que les médecins ayant la pratique des pays chauds sont aujourd'hui d'accord pour admettre : 1° que les évacuants sont inutiles au début du traitement des fièvres palustres alors même qu'il existe un embarras gastrique très prononcé, et qu'ils sont même nuisibles s'ils retardent l'emploi du sulfate de quinine ; on prescrira donc immédiatement celui-ci, quitte à revenir aux évacuants si l'embarras gastrique persiste après la disparition de la fièvre. » Dès 1836, j'avais fait les mêmes réflexions à l'occasion de la méthode de Torti.

Lorsque les paludiques sont arrivés à la période de cachexie, le médecin a une double indication à remplir : 1° il doit s'opposer, autant que possible, à l'aide de la médication spécifique, à la repullulation des microbes dans le sang ; 2° il doit s'efforcer de combattre l'anémie et la faiblesse générale. Le vin de quinquina, le fer et l'arsenic sont très utiles dans la cachexie palustre. L'hydrothérapie rend ici de très grands services. Besoin n'est de dire qu'il faut, avant tout, un régime tonique, largement réparateur, et l'usage journalier d'un vin généreux.

M. Laveran termine son livre en exposant les préceptes qui doivent présider à l'assainissement des contrées palustres, drainage, dessèchement des marais, plantations, eaux salubres, pures de tout rapport avec des terrains suspects.

Je désire avoir fait comprendre que son œuvre ne laisse dans l'ombre aucune des questions fondamentales qui se rattachent au paludisme. Cette œuvre, par sa doctrine microbienne, signe désormais une époque, une date, elle marque une nouvelle étape dans l'histoire des fièvres intermittentes ; elle est à la hauteur des remarquables travaux que la science doit déjà à M. Laveran et qui le placent, tout jeune encore, parmi les médecins militaires les plus distingués et auxquels est réservé le plus grand avenir.

Dr J.-F. MAILLOT,
Ancien président du Conseil de santé des armées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un épouvantable malheur vient de frapper notre éminent maître M. le professeur Richet, membre de l'Institut. Mme Richet passait auprès d'un barrage en réparation, dans sa propriété de Carqueyrannes (Var), lorsque celui-ci se rompant subitement, une pierre à été projetée par les eaux et est venue la frapper à la tête

et l'a tuée sur le coup. Tous nos lecteurs se joindront à nous pour assurer à notre éminent maître et à son digne fils, M. Charles Richet, agrégé de la Faculté, l'expression de leur sympathique condoléance.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Désiré Simonet, médecin de l'hôpital du Midi, qui a succombé vendredi 6 juin à la suite d'une longue maladie.

Né le 10 juillet 1823 à Neuvy-Santoux (Yonne), M. Simonet avait été nommé médecin du Bureau central le 20 avril 1860 et, après deux années passées à l'hôpital de Lourcine, il était entré à l'hôpital du Midi, qu'il n'a plus quitté depuis cette époque.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le jeudi 12 juin 1884, à trois heures de l'après-midi, M. Mocquard soutiendra, dans la salle des examens de la Sorbonne, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Recherches anatomiques sur l'estomac des crustacés podophtalmaires. »

— *Errata.* — Page 524, 2e colonne, 13e ligne, au lieu de : Une dizaine d'observations, il faut lire : Une dizaine d'années d'observation.

46e ligne, au lieu de : Nous étant placé et fait garder à vue, il faut lire : Étant placé et gardé à vue.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16310.

9

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre............... 1.33
Silicate acide
Arséniate »
Phosphate » } sesqui-oxyde de fer
Sulfate »
— de chaux..
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

3

MALADIES DE LA PEAU.

Sirop et pommade Chesnel

au Goudron opobalsamique.

Spécialement recommandé dans le traitement de l'eczéma.

Vente en gros chez Marchand, 13, rue Grenier-Saint-Lazare. — Détail dans toutes les ph[ies].

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÉVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

47

Luchon (Pyrénées)

Saison du 1er Juin au 1er Octobre

La plus riche, la plus complète des stations minérales sulfurées sodiques (24 sources). — Le plus beau climat de toutes les stations similaires des Pyrénées (**à recommander dans les affections des voies respiratoires**).

Mauvais états généraux (constitutionnels ou acquis), — **arthritisme** (manifestations rhumatismales, cutanées, etc.), — **scrofule**, — **lymphatisme**, — **syphilis**, — **affections chirurgicales** (os, articulations), — **atrophie** et **paralysie** musculaires, — **affections utérines**.

Bains. — Grandes et petites douches. — Douches pulvérisées. — Humages. — Etuves. — Salles d'inhalations et de gargarismes.— Buvettes des différentes sources (**SOURCES DU PRÉ**).

40

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause *l'Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

125

Établissement thermal Vichy

(Allier) PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT (Allier)

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabte, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino ; Musique dans le Parc ; Cabinet de Lecture ; Salon réservé aux Dames ; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

66

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

74

Iode libre. CAPSULES BOUÉ.

Spécifique des bronchites et des affections de poitrine.

Ces capsules contiennent chacune 1 centigr. d'iode libre, en dissolution oléique, seule préparation supportée par les voies digestives.

4 à 8 par jour avant les repas. — **3** fr. le flacon. Paris, 34, rue Grenier-Saint-Lazare.

31

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

35

Pougues ÉTABLISSEMENT THERMAL St-Léger

Les seules eaux alcalines reconstituantes

Etablissement ouvert du 15 mars au 15 octobre.

AFFECTIONS TRAITÉES :

Maladies de l'estomac et des intestins, gravelle, diabète, engorgements du foie et de la rate, appauvrissement du sang, métrites, leucorrhée, dyoménorrhée, chlorose, anémie:

Des caisses sont mises, à titre gracieux, à la disposition de MM. les docteurs pour leurs expériences cliniques, 15, Chaussée d'Antin, Paris.

58

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

19

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

38

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La ph[ie] DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

77

MALADIES DE L'ESTOMAC

DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

146

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales ph[ies].

N° 68. — JEUDI 12 JUIN 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 12 JUIN 1884. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. Cancer de l'S iliaque. — Cas de croup guéri par les vapeurs produites par la combustion d'un mélange de térébenthine et de goudron. — Rhumatisme polyarticulaire chronique compliqué d'endocardite valvulaire mitrale; bronchite catarrhale double généralisée; cirrhose atrophique; pellagre. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chaque semaine la liste des microbes signalés par M. Pasteur ou par ses élèves dans telle ou telle maladie déterminée s'enrichit de quelque nouvelle espèce. Cette fois il s'agissait d'un coccus découvert, sur un malade de M. Fournier, dans cette affection des pays chauds qu'on nomme le clou de Biskra.

Avec ce coccus, cultivé dans du bouillon de veau, on a produit sur le lapin, suivant la méthode employée, soit des phénomènes locaux plus ou moins graves pouvant aller jusqu'à des gangrènes étendues, soit même la mort assez rapide avec des altérations viscérales multiples.

Ce n'est pas tout : par un procédé qu'il n'a pas fait connaître encore, l'auteur de cette découverte a provoqué, toujours chez les lapins, une éruption de boutons gangreneux qui ne sont pas sans analogie avec le bouton de Biskra.

Mais une discussion assez vive s'est engagée sur le point de savoir s'il s'agissait bien en effet du bouton de Biskra, transmis aux lapins. Des doutes ont été exprimés sur ce point par MM. Blot, Legouest et Larrey, Colin (d'Alfort). M. Bouley, comme toujours, s'est aussitôt élancé sur la brèche pour défendre la cause menacée d'un microbe.

Après cela, l'Académie a entendu deux lectures, dont l'une de M. Léon Labbé sur le traitement des hydarthroses chroniques par les lavages phéniqués. M. Léon Labbé ayant parlé de divers traitements mis en usage antérieurement, M. Jules Guérin s'est étonné de ne pas voir mentionner celui qu'il préconise depuis si longtemps et qui lui a donné de si beaux succès, traitement qui consiste, dans la dernière période, en cautérisations ponctuées.

Maintenant tout le monde emploie journellement les pointes de feu, dont l'application a été rendue très facile par l'invention du thermocautère Paquelin, et journellement elles amènent des résultats vraiment merveilleux, ainsi que nous le voyions tout récemment encore dans le service de M. Laboulbène, chez une femme atteinte d'une affection chronique de l'articulation du poignet. Mais on oublie que c'est à M. Jules Guérin qu'on doit l'introduction, la vulgarisation de cette méthode, employée par lui depuis une quarantaine d'années.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

Cancer de l'S iliaque.

Le malade dont je vais vous parler aujourd'hui n'appartient pas à la clientèle hospitalière, c'est un malade de la ville ; mais, comme il s'agit d'un cas de pratique courante, usuelle et difficile, je crois néanmoins devoir vous en entretenir.

Il s'agit d'une femme de soixante ans, d'une organisation vigoureuse, qui éprouva, depuis le 22 du mois dernier, des phénomènes d'obstruction intestinale traités d'abord par des laxatifs et des purgatifs, etc. Voici, du reste, en quelques mots, son observation : constipation depuis le 22 ; le 25, vomissements verdâtres, glaireux, bilieux, qui ne cessent que le 28. Ce jour-là la malade évacue quelques traces de matières fécales, très collantes, environ de 15 à 20 grammes seulement. Le lendemain il n'y a pas de vomissements ; mais ceux-ci reparaissent le 30 et le 31 pour cesser de nouveau jusqu'au 3 de ce mois, jour auquel je suis appelé à la campagne auprès d'elle par le médecin qui la soigne. Ce matin-là même elle a rendu quelques gaz.

Je trouve une femme qui n'est pas trop malade, qui a conservé toute sa présence d'esprit ; la langue est légèrement blanche, le pouls est normal, le ventre ballonné, peu douloureux. Elle a eu trois enfants. A la suite de son premier accouchement, elle a été très longtemps à se rétablir et la deuxième grossesse n'a eu lieu que sept ou huit ans plus tard. Cette fois l'accouchement a été normal. Au troisième enfant elle a dû rester longtemps alitée pour des douleurs utérines et périutérines. Néanmoins elle se rétablit parfaitement avec le temps. Enfin elle allait très bien depuis longues années, lorsqu'elle perdit un petit enfant au mois de mai de l'année dernière et depuis lors, dit-elle, son appétit diminua et bientôt survinrent des *accès* de constipation s'effaçant d'eux-mêmes par des débâcles de diarrhée. Voilà pour le passé.

J'examine d'abord le système utérin, d'autant plus que, malgré ses soixante ans, cette malade avait conservé de temps à autre un petit écoulement sanguin et que, par suite, elle pouvait être atteinte de quelque affection organique de

l'utérus retentissant du côté du rectum. Mais j'avoue que je ne connais pas encore de tumeur cancéreuse de l'utérus ayant amené une obstruction intestinale aussi complète. Du reste, chez elle je n'ai trouvé qu'une métrite parenchymateuse (d'où l'écoulement sanguin) avec rétroversion de l'utérus formant une sorte de boule derrière laquelle, par le toucher rectal, le doigt passait facilement. Donc l'utérus n'était pour rien dans les accidents intestinaux.

Par le toucher rectal, j'ai constaté d'abord l'intégrité de l'anus et de la grande ampoule rectale et, si loin que le doigt puisse remonter, je n'ai pas senti de tumeur, de telle sorte que je pouvais considérer le rectum comme sain également.

Le ventre est ballonné, peu douloureux, la palpation ne fait pas reconnaître la présence d'une tumeur, les anses intestinales sont modérément et également distendues. A la percussion on perçoit une sonorité à peu près égale dans tous les points, si ce n'est vers la fin de l'S iliaque; le cæcum est assez distendu par des gaz; le côlon ascendant, le côlon transverse et le côlon descendant sont également remplis de gaz, ainsi que le démontre la sonorité à la percussion. Donc tout le gros intestin est bien dilaté et l'S iliaque seule, dans sa partie terminale, n'est pas sonore et le palper à ce niveau indique un certain foyer de résistance dans la fosse iliaque gauche. Ce point-là semble donc, par voie d'élimination, le centre du mal. Du reste raisonnons : Voici une femme de soixante ans toujours bien portante jusqu'au mois de mai dernier et qui, depuis six mois, est sujette à des accès de constipation. Le dernier, plus intense que les autres, dure déjà depuis quatorze jours et cependant il n'est pas tel encore qu'il ait pu donner lieu à des accidents de péritonite. Nous devons aussi éliminer toute pensée d'invagination en raison de son âge, toute pensée d'un étranglement de l'intestin par des brides, vu la lenteur avec laquelle les phénomènes se sont développés. Aucun obstacle au cours des matières fécales ne paraît exister dans le cæcum ni dans les trois portions du côlon, le rectum est parfaitement libre; l'S iliaque seule semble être en jeu. Nous devons aussi repousser toute idée d'iléus ou de volvulus, les accidents n'ayant rien présenté de subit dans leur apparition. En résumé, nous sommes amenés à chercher une cause déjà assez ancienne, ayant peu à peu augmenté de puissance et nous ne trouvons rien d'autre pour expliquer cette obstruction intestinale qu'une tumeur cancéreuse capable de déterminer ainsi un obstacle au cours des matières alvines et, vu la perméabilité de la presque totalité de l'intestin, cette tumeur doit siéger dans une partie assez basse de l'S iliaque. Or nous savons que les sièges de prédilection des tumeurs cancéreuses du tube digestif sont en première ligne l'estomac, en seconde ligne l'S iliaque. C'est ainsi que j'ai cru pouvoir diagnostiquer avant-hier un cancer de cette portion de l'intestin, diagnostic, du reste, présumé déjà par le médecin ordinaire de la malade qui avait raisonné ainsi que je viens de le faire.

En pareil cas, que convenait-il de faire? De quelle manière devions-nous intervenir? Tous les moyens médicaux avaient été épuisés. Cette femme eût été à l'hôpital que j'aurais continué à la suivre un jour ou deux, rien n'indiquant l'urgence d'une opération immédiate. D'autre part les selles étaient supprimées depuis une quinzaine de jours par suite de la présence d'un obstacle au cours des matières. Dans ces conditions, voici le langage que je tins à la famille : Il paraît tout à fait probable que nous sommes en présence d'un obstacle invincible par les moyens simples, que, très probablement aussi, il deviendra *très prochainement* nécessaire d'intervenir par un acte opératoire sérieux. L'indication n'est pas absolument urgente aujourd'hui même, mais demain ou après-demain cette urgence peut être absolue.

C'est alors que, d'accord avec mon confrère, j'ai pratiqué deux ponctions de l'intestin, l'une dans le cæcum où nous avons trouvé des matières fécales liquides auxquelles nous avons ainsi donné issue, l'autre dans le côlon transverse, au niveau de la ligne blanche d'où s'est échappée une quantité de gaz que l'on peut évaluer approximativement à 3/4 de litre environ. Le ventre s'est aussitôt affaissé, le ballonnement a cessé et la malade s'est trouvée notablement soulagée. Enfin, avant de me retirer, j'ai dit que si les accidents persistaient, il faudrait, de toute nécessité, d'ici à deux jours, pratiquer une opération ayant pour but de créer une voie de dérivation au cours des matières fécales, c'est-à-dire créer un anus artificiel.

Ce matin j'ai reçu une lettre de la famille de cette malade me déclarant qu'on se refusait à toute opération. Si donc d'ici à très peu de jours l'obstruction intestinale ne cède pas, et rien ne nous permet de l'espérer, cette malade succombera.

En résumé, l'urgence n'était pas absolue encore avant-hier: c'est pourquoi j'ai tenté de soulager la malade par deux ponctions successives capables de vider une portion du gros intestin. Pourquoi ai-je fourni cet à-temps? Pourquoi ai-je temporisé? L'observation suivante vous le dira en quelques mots. J'ai perdu, il y a un certain nombre d'années, un ami d'un cancer de l'S iliaque et de la fin du côlon. De temps à autre il avait des crises douloureuses, vives, d'obstruction intestinale; elles duraient quelquefois une dizaine de jours, mais chaque fois elles étaient suivies du rétablissement du cours des matières, et, lorsqu'il est mort, il n'a pas succombé directement à l'obstruction, mais bien à l'épuisement général, ayant pu survivre ainsi pendant un assez long temps.

Je reviens à ma malade. Dans le cas où j'aurais été autorisé à intervenir chirurgicalement, fallait-il pratiquer la laparotomie? Je me rappelle certain malade de l'hôpital absolument comparable à celle-ci, et chez lequel je m'étais prononcé pour la colotomie lombaire parce que l'obstacle était situé au bas du côlon descendant. Néanmoins on voulut faire la laparotomie. On la pratiqua si bien sans succès qu'après avoir recousu l'abdomen on dut faire la colotomie.

Dans le cas actuel, il n'y a pas davantage à songer à la laparotomie, qui, en réalité, est l'opération des étranglements subits bien plus que des tumeurs cancéreuses, dont le siège est le même que celui que nous avons constaté chez notre malade.

Malheureusement les membres de la famille s'y sont refusés, non pas par manque d'affection pour leur parente. Ces refus d'opération semblable sont des plus fréquents, parce que la création d'un anus artificiel est considérée comme une infirmité épouvantable et de très longue durée. Et cependant, en cas de refus, comme dans la présente observation, la mort peut survenir dans les trois, quatre ou cinq jours qui suivent. Enfin, la raison en est aussi dans ce fait que nous ne pouvons dire d'avance à une famille si la survie que cet anus artificiel procurera sera de courte ou de longue durée.

CAS DE CROUP

GUÉRI PAR LES VAPEURS PRODUITES PAR LA COMBUSTION D'UN MÉLANGE DE TÉRÉBENTHINE ET DE GOUDRON.

Par M. le docteur H. VIGOUROUX.

Depuis quelque temps, on parle beaucoup du traitement de la diphtérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron, dans la proportion de 200 grammes de goudron pour 80 grammes d'essence, traitement préconisé par M. le docteur Delthil.

Essayer un traitement nouveau, quand il s'agit d'une maladie aussi terrible que le croup et devant laquelle tout médecin se trouve pour ainsi dire impuissant, est pour lui un devoir.

Je me suis donc empressé d'appliquer la méthode du docteur Delthil pour le dernier cas de croup que j'ai eu à soigner, et, je dois le dire immédiatement, le succès a été si beau que j'en suis tout surpris.

Comme je pense qu'il est utile de publier les résultats dus à ce traitement, je m'empresse de faire connaître mon observation à mes confrères qui, je l'espère, voudront bien faire comme moi, et bientôt on saura, ainsi d'une manière définitive, à quoi s'en tenir sur sa valeur.

J'ai été appelé, le 28 avril dernier, chez M. F... En entrant dans la chambre, je vois un petit enfant âgé d'un peu plus de trois ans, couché sur son lit, respirant avec une peine extrême et faisant entendre le sifflement laryngo-trachéal caractéristique de la diphtérie avancée. Mon diagnostic était déjà porté, et un examen plus attentif ne pouvait que le confirmer. J'examine la gorge et je vois que les amygdales, la luette et le fond de la gorge sont complètement recouverts de fausses membranes. En outre, la toux est rauque et la voix complètement cassée.

J'ordonne aussitôt un vomitif, des granules de sulfure de calcium, un toutes les demi-heures, une potion avec 2 grammes de chlorate de potasse, et un badigeonnage énergique, fait toutes les deux heures, avec le mélange suivant, mélange qui m'a donné toujours d'excellents résultats dans le cas d'angine couenneuse :

Essence de térébenthine.	15 grammes
Glycérine.	25 —

De tous ces médicaments, ceux sur lesquels je comptais le plus, c'étaient le vomitif et le badigeonnage. Quant au sulfure de calcium, je le donne parce que le docteur Fontaine affirme avoir guéri des cas de croup grâce à lui ; je crois qu'il est réellement utile, mais je ne pense pas qu'il puisse guérir, vu que je n'ai jamais eu aucun succès, tant que je n'ai employé que ce sulfure.

Le lendemain matin 29, je trouve le petit malade respirant toujours avec la plus grande difficulté. Le vomitif de la ville n'avait fait détacher aucune fausse membrane. L'auscultation m'apprenant que toute la trachée-artère et quelques bronches étaient tapissées de fausses membranes, je ne pouvais pas songer à l'opération de la trachéotomie que je jugeais inutile. Je fais continuer le même traitement, mais j'ordonne en même temps les fumigations de goudron et de térébenthine, quoique je n'aie aucun espoir ; j'avertis, en effet, le père que son enfant est complètement perdu et qu'il mourra le soir ou le lendemain.

Mais, le 30, l'enfant n'est pas mort et les parents viennent me chercher. Quand j'arrive, je trouve le petit malade un peu mieux, quoiqu'il soit toujours aphone, que la toux soit rauque et que le cornage persiste aussi fort. Je demande des renseignements sur la manière dont l'enfant a supporté les inhalations faites la veille de trois heures en trois heures. On me répond qu'il respirait les noires et âcres vapeurs avec plaisir et qu'il ne tardait pas à s'endormir tranquillement. Je fais continuer le même traitement et je recommande de donner un vomitif, si la respiration devient trop difficile.

Le 1er mai, le mieux s'accentue ; je commence à prendre un peu d'espoir. Un vomitif a dû être administré dans la nuit, et beaucoup de *peaux* se trouvaient dans les matières. On en remarque aussi dans les selles. Ceci s'explique facilement : le malade, toussant et ne crachant pas, ravale les fausses membranes qui devront sortir par une autre voie.

Les 2, 3, 4, 5 et 6 je fais continuer le même traitement. L'enfant se trouve de mieux en mieux ; il est gai, il mange, mais la voix est toujours très rauque et complètement cassée. On ne fait plus que trois fumigations par jour, et, à partir du 7, je supprime la potion au chlorate et les badigeonnages.

Le 10, il a failli étouffer pendant la nuit. Un vomitif, administré aussitôt, lui a fait rendre un *paquet de fausses membranes gros comme un petit œuf*. L'enfant a dormi ensuite comme s'il n'était pas malade.

Le 14, il a encore rendu des peaux ; mais il court dans sa chambre, s'amuse et va bien.

Le 18, je le considère comme à peu près guéri.

Enfin, le 27, la mère me le conduit à la consultation. Je le trouve complètement rétabli ; il tousse bien un peu, mais il continue à être très gai et mange à merveille. La voix est revenue, mais elle est encore un peu rauque.

Il n'est certes pas douteux que je me sois trouvé en présence d'un cas de croup très sérieux, de la plus grande gravité, et cependant la guérison a été obtenue. Cette guérison, je ne peux l'attribuer qu'aux vapeurs du goudron et d'essence de térébenthine. Ces vapeurs doivent assurément s'opposer à la production des fausses membranes, et détacher, *décoller* celles qui se sont produites.

Quand les fausses membranes se détachent sur une surface trop grande, elles s'enroulent, forment un vrai bouchon qui peut obstruer à peu près complètement les grosses bronches ou la trachée-artère, et l'enfant semble être sur le point d'étouffer ; cela s'est produit deux fois dans le cas de diphtérie que je viens de rapporter. Mais un vomitif, administré aussitôt, le débarrasse vivement et le petit malade est sauvé.

Cette nouvelle méthode de traitement est désagréable, sous ce rapport qu'elle est très sale, et je n'ai été nullement surpris d'apprendre, par M. Cadet de Gassicourt, que le directeur de l'hôpital Trousseau faisait, pour cette seule raison, l'opposition la plus grande à l'emploi des fumigations de goudron et de térébenthine. En effet, les vapeurs noirâtres se déposent partout et les personnes qui soignent le malade sont transformées en vrais charbonniers.

Mais ces vapeurs ne sont nullement toxiques, et l'enfant les supporte non seulement très bien, mais la plupart du temps il les réclame, sachant qu'elles le soulagent instantanément.

Elles sont beaucoup moins bien supportées par les personnes de l'entourage ; mais il leur est très facile de sortir de la chambre dès qu'elles se sentent incommodées ; une autre les remplace, et quelques minutes après elles peuvent revenir.

Quant au désagrément de tout noircir, il me semble qu'on ne doit pas s'y arrêter. Il est facile de retirer de la chambre tout ce qui est inutile. Et puis, entre ce désagrément et la vie d'un enfant, aucune hésitation n'est possible.

Il est évident que la méthode du docteur Delthil ne doit pas guérir tous les cas de diphtérie ; il est des croups tellement infectieux qu'ils sont fatalement et rapidement mortels, mais cela n'empêche pas d'employer les fumigations et de faire connaître ensuite les succès comme les insuccès.

RHUMATISME POLYARTICULAIRE CHRONIQUE

COMPLIQUÉ D'ENDOCARDITE VALVULAIRE MITRALE; BRONCHITE CATARRHALE DOUBLE GÉNÉRALISÉE; CIRRHOSE ATROPHIQUE; PELLAGRE.

Par le docteur Léon Sorbets, d'Aire (Landes).

En lisant l'énoncé de ces divers états pathologiques, on croirait vraiment qu'il se rapporte à plusieurs malades : il n'en est rien. C'est une femme âgée de soixante-douze ans qui, arrivée à la période ultime de sa déchéance physique, a présenté successivement, et à des époques diverses de sa vie, ces phénomènes représentant des états pathologiques bien déterminés et distincts, malgré certains rapports qui peuvent les rapprocher.

Il serait intéressant de rechercher sur des malades présentant plusieurs affections, qu'on me passe l'expression, la loi, si elle existe, qui tient ainsi sous sa dépendance ces divers états organopathiques. N'est-il pas admis qu'à la suite d'un rhumatisme polyarticulaire aigu on constate d'ordinaire une endocardite mitrale? n'est-ce pas là une loi de coexistence ou de succession établie par Bouillaud, peu importe l'explication qu'on en donne?

Beau n'admettait jamais une pneumonie d'une certaine gravité et réciproquement, sans l'existence d'une pleurésie. Ne peut-on pas faire la même réflexion pour les méningo-encéphalites?

Le professeur Damaschino n'a-t-il pas publié, avec épreuves micro-photographiques, des faits très intéressants d'affections de la moelle et du cerveau (sclérose spinale postéro-latérale), ajoutant qu'on n'a pas accordé à ces faits toute l'importance qu'ils méritent. Il ajoute encore que cette coïncidence donne lieu à un tableau symptomatique d'une complexité parfois extrême, et qui rend le diagnostic fort obscur.

Une clinique du professeur Potain, rapportée, en 1883, dans le nº 3 de la *Gazette des hôpitaux,* a trait à une vieille femme, également atteinte d'hypertrophie des cavités gauches du cœur, de néphrite interstitielle et de crise catarrhale. La maladie s'est développée progressivement, s'accompagnant de temps à autre d'un état catarrhal des reins, avec anasarque et phénomènes de suffocation intimement liés à l'affection rénale et à son influence sur le système nerveux.

Le traitement sera complexe comme les nombreux accidents constituant cette affection multiple :

Ventouses sèches sur la région lombaire, cataplasmes sinapisés, purgatif à l'eau-de-vie allemande, par exemple, pour combattre la congestion passagère du rein, et enfin régime lacté.

Les rapports les plus intimes n'existent-ils pas entre les affections du cœur, des reins et des poumons? Une affection d'une certaine gravité du cœur ne retentit-elle pas sur le poumon, à cause des liens circulatoires qui, tant au point de vue anatomique que physiologique, rattachent et nourrissent les deux organes?

N'observe-t-on pas dans la triade suivante : goutte, diabète et tuberculose, sans compter la gravelle, partie intégrante et toujours liée à la podagre, la succession obligée de phénomènes amenant ces états morbides qu'on a l'habitude de séparer dans les descriptions nosologiques? et ne pourrait-on pas, dans l'espèce, formuler une loi de succession pathologique dont je parlais plus haut?

Je connais trois cas de cette nature. La goutte a ouvert la scène : elle a fait place au diabète, les accès goutteux n'ayant pas reparu, et la glucosurie a amené, par déchéance organique, la tuberculose. Il est admis généralement que les diabétiques finissent par la phtisie, après avoir présenté les graves symptômes d'épuisement déterminés par des anthrax et de grandes déperditions organiques. En résumé, il n'existe pas de maladie simple d'une manière générale.

Dans une de ses cliniques, le professeur Jaccoud, à propos d'une affection du cœur et d'une néphrite desquamative, n'a-t-il pas dit avec raison :

« Nous voilà maintenant avec un embarras de richesses, si nous pouvons ainsi parler : une maladie du cœur et une maladie des reins. L'interprétation des cas de ce genre, au point de vue de la relation réciproque des deux états morbides et de la détermination précise de la lésion rénale, est toujours difficile; car ce complexus est d'une grande fréquence. »

Et plus loin, il ajoute :

« Dans ce cas, la maladie du cœur est le fait primitif, et l'altération du rein le fait secondaire; rien de plus commun en clinique. »

Est-ce que les progrès de la médecine n'ont pas établi la découverte du fait suivant : on rattache ordinairement tout état morbide, toute maladie à une diathèse. La diathèse tiendra sous sa dépendance tous les phénomènes locaux se rapportant à cet état général, héréditaire ou constitutionnel.

Ainsi voilà une femme qui présente un état complexe. Le rhumatisme polyarticulaire a donné naissance à l'endocardite mitrale (insuffisance, bruit de souffle à la pointe et au 1er temps). Cette dernière pourra, par voisinage ou à cause de sa gravité, faire naître d'autres lésions cardiaques.

Plus tard, elle a été atteinte de bronchite catarrhale qui pourra à son tour exercer sur le poumon une action pathologique.

Est-ce que les troubles de ces deux lésions affectant le cœur et le poumon n'ont pas pu produire, au même titre que l'alcool, des changements dans le foie, qui à son tour présente une cirrhose atrophique caractérisée par un lacis veineux dilaté abdominal, accusant une gêne de la veine porte, par l'absence d'ictère, et par la présence d'un épanchement ascitique dans l'abdomen avec amaigrissement des membres supérieurs?

Enfin la pellagre avec tous ses caractères herpétiques et délirants; car, au commencement de chaque printemps et depuis plusieurs années, cette femme présente un érythème pellagreux aux mains et aux pieds, avec troubles de la vue et délire tranquille. Elle se nourrit de maïs dont le verdet produit la pellagre.

Cependant le docteur Bouchard a signalé des maladies par ralentissement de la nutrition; car un trouble de la nutrition entrave ou ralentit les oxydations et les autres métamorphoses détruisant la matière organique.

Les matières albuminoïdes, les sucres et les graisses peuvent se soustraire aux oxydations. De là des maladies telles que l'obésité, la lithiase biliaire, urique, la goutte, le diabète, etc. Ainsi l'insuffisance de l'élaboration portant sur la graisse produit l'obésité, sur le sucre le diabète, sur la matière azotée la goutte, la gravelle. Ces affections relèvent de la nutrition retardante. Il existe pour ainsi dire une loi déduite de l'observation clinique qu'à chaque maladie caractérisée par l'insuffisante élaboration d'un principe immédiat s'associent des affections caractérisées par l'accumulation des autres principes immédiats : de là une succession de maladies qui constituent une véritable série pathologique.

En résumé, rien de plus commun que d'observer, par un examen attentif, chez un seul malade, plusieurs états morbides relevant les uns des autres.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juin 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1º Une lettre de M. le docteur Ribemont-Dessaignes, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'accouchements;

2º Une lettre de M. le docteur Duboué, accompagnant l'envoi d'un pli cacheté. (Accepté.)

M. le Président annonce la nouvelle douloureuse de la mort de Mme Richet et demande l'autorisation d'exprimer à M. Richet les regrets de l'Académie. (Adhésion unanime.)

COMMUNICATIONS

Microbe rencontré sur un malade atteint du clou de Biskra. — **M. Fournier**, au nom de M. Duclaux, professeur à l'Institut agronomique, maître de conférences à la Sorbonne, fait

connaître le résultat que ce savant a obtenu en inoculant sur le lapin un nouveau coccus découvert dans le sang d'un malade du service de M. Fournier, atteint du clou de Biskra. Ce coccus a été trouvé dans le sang soit d'une piqûre faite dans le voisinage du clou, soit dans le sang de la circulation générale.

Introduit, dans des conditions que l'auteur fera plus tard connaître, dans la circulation d'un lapin, il provoque chez cet animal une maladie chronique caractérisée par des poussées successives, dans le derme, de clous gangreneux à leur sommet, quelquefois irrégulièrement disséminés sur toute la surface du corps, d'autres fois agminés et même confluents. Leurs caractères objectifs rappellent ceux du clou de Biskra. Pendant toute cette période éruptive, l'animal maigrit, son poil se hérisse; il présente en outre parfois des abcès sous-cutanés remplis d'un pus crémeux. Mais il continue à manger. Peu à peu les clous cessent, et l'animal se rétablit. Chez un des lapins, la poussée a commencé dix jours après et a duré un mois.

Si, d'une autre part, ce micrococcus est cultivé dans du bouillon de veau concentré, les effets de l'injection de ce bouillon ensemencé varieront selon le temps écoulé depuis l'ensemencement et selon le mode d'inoculation.

Injecté sous la peau du lapin à la dose de 20 gouttes dans les premiers jours de la culture, il produira des gangrènes étendues; puis, un peu plus tard, il n'amènera que des gangrènes beaucoup plus limitées; plus tard encore, des phlegmons seulement; enfin, deux mois et plus après l'ensemencement, il ne produira rien.

Injecté directement dans le sang d'une veine, à sa première période de grande activité, il amènera la mort en moins de seize heures, et à l'autopsie on trouvera de la péricardite, des épanchements pleuraux, des infarctus sanguins dans les poumons, devenus emphysémateux. Au bout de dix jours de culture, devenu moins virulent, il n'amènera la mort qu'après quatre, cinq ou six jours, par des abcès métastatiques dans le foie et les reins, sans péricardite ni pleurésie. Au bout de vingt-cinq à trente jours, il restera d'abord sans effet apparent; puis, après deux à trois semaines, la conséquence en sera une paralysie, bientôt suivie de mort, avec altérations anatomiques siégeant uniquement dans les vertèbres et le canal rachidien.

Au bout de deux mois, il ne produit rien quand on l'injecte dans les veines, pas plus que quand on l'introduit dans le tissu cellulaire.

Mais si alors on se sert d'une goutte de ce bouillon de culture devenu sans effet, pour ensemencer un nouveau bouillon neutralisé et stérilisé, on voit reparaître la virulence dans ses diverses phases décroissantes, telle qu'elle s'était produite dans le premier liquide de culture.

M. LEGOUEST fait observer que la maladie du lapin produite dans le cours de ces inoculations ne ressemble en rien au clou de Biskra, tel qu'on l'observe chez l'homme. En effet, on a parlé d'une période d'un mois comme durée de l'affection éruptive produite chez le lapin dans certaines conditions. Or, chez l'homme, le clou de Biskra, nommé aussi bouton d'Alep, etc., dure beaucoup plus longtemps. D'une autre part cette affection ne tue jamais l'homme comme il paraît qu'elle tue le lapin. En résumé, il est douteux que ce qu'on a inoculé soit bien en effet le clou de Biskra.

M. BLOT. Combien de fois a-t-on répété la série d'expériences que M. Fournier a décrite d'après M. Duclaux ?

M. FOURNIER. M. Duclaux ne le dit pas; mais c'est sans doute à plusieurs reprises. Il est d'ailleurs indubitable que la malade en question a bien le clou de Biskra. Mais, chez le lapin, la même cause peut avoir des effets tout autres que chez l'homme.

M. COLIN. Les expériences n'ont été faites que sur le lapin, ce qui les rend beaucoup moins probantes. Sur le lapin, en injectant à la dose de 20 gouttes un bouillon quelconque, préparé depuis peu, on peut amener des gangrènes étendues et la mort par septicémie. Plus tard, quand les matières animales du bouillon se sont détruites par la putréfaction même, il devient bien moins dangereux; et si alors on a recours à un nouveau bouillon ensemencé ou non, on voit la première période de virulence se reproduire. Pour pouvoir conclure, il faudrait donc opérer sur des animaux beaucoup plus grands, tels que des chevaux ou des ânes.

M. LARREY. Les remarques de M. Legouest sont très justes. Tous les médecins militaires ont pu observer le clou de Biskra qui se rencontre dans les pays chauds, où il prend des noms qui varient suivant les contrées, tels que *bouton d'Alep*, etc. C'est une affection qui ne ressemble en rien à ce qu'on vient de nous décrire comme produit chez le lapin. Il faudrait donc renouveler les expériences en se servant de plus d'un malade pour les baser.

M. BOULEY. M. Duclaux est un expérimentateur bien trop habile pour avoir pu confondre les effets de la septicémie avec ceux du micrococcus du clou de Biskra, micrococcus qui agit sur le lapin d'une façon particulière parce que chaque animal réagit à sa manière en présence d'un microbe. Le travail de M. Duclaux est très intéressant en montrant comment le microbe, après avoir épuisé tous les éléments nutritifs d'un liquide de culture, est susceptible de prendre une nouvelle vigueur dans un liquide renouvelé. Il n'est pas douteux que bientôt on aura pu produire l'immunité en se servant du liquide affaibli.

LECTURES

Commotion de la moelle épinière, sclérose des cordons latéraux et dégénération des cellules de la substance grise. — M. DU MESNIL, candidat au titre de membre correspondant, lit sur ce sujet un mémoire dont voici les conclusions :

1° La commotion de la moelle épinière doit être maintenue dans l'état actuel de la science ;

2° Elle peut être l'origine des lésions inflammatoires consécutives ;

3° Les lésions inflammatoires peuvent revêtir la forme de myélites systématiques.

Note sur l'emploi des lavages phéniqués intra-articulaires dans l'hydarthrose chronique. — M. LÉON LABBÉ rappelle les diverses tentatives faites pour guérir les hydarthroses chroniques au moyen d'injections intra-articulaires, d'abord d'eau de Goulard, additionnée de tafia camphré (Gay), puis d'eau d'orge alcoolisée (Jobert de Lamballe), puis de teinture d'iode (Bonnet et Velpeau). L'injection iodée ne réussit pas toujours, bien loin de là, et souvent elle expose à une réaction redoutable, pouvant même amener la suppuration de l'article, comme M. Gosselin en cite deux exemples.

Depuis dix ans, M. Labbé a souvent pratiqué cette injection iodée, sans accident, mais sans amélioration bien notable.

C'est ce qui l'a engagé à expérimenter une nouvelle méthode très employée depuis quelques années en Allemagne et qui, du nom de son inventeur, porte le nom d'opération de Schède.

Cette méthode consiste à ponctionner l'articulation avec un trocart de fort calibre, puis à faire sortir tout le liquide par des pressions modérées et enfin à injecter une solution phéniquée de 3 ou 5 p. 100, en faisant passer sur la séreuse une grande quantité de liquide et lavant l'article jusqu'au moment où la solution phéniquée ressort absolument limpide. On bouche ensuite la plaie faite par le trocart avec de la baudruche collodionnée, et, après avoir entouré l'articulation d'une épaisse couche de ouate, on immobilise le membre dans une gouttière.

Bien entendu, pendant toute la durée de l'opération, il faut prendre les précautions antiseptiques les plus minutieuses et éviter l'entrée de l'air dans l'articulation.

M. Labbé, qui avait vu Schède lui-même faire cette opération, l'a pratiquée deux fois, et ses deux malades ont guéri sans accident. Ces observations ont paru dans la thèse d'un de ses élèves, qui a été soutenue au mois d'avril.

M. JULES GUÉRIN. Il est regrettable que M. Labbé, en faisant l'histoire des méthodes mises en usage pour la guérison de l'hydarthrose rebelle, n'ait pas fait mention de celle qui a donné les succès les plus avérés et les plus nombreux. Cette méthode que M. Guérin préconise depuis plus de trente-cinq ans, comprend trois périodes, comme la maladie elle-même.

En effet, dans les commencements, ce qui réussit le mieux, ce sont les vésicatoires; plus tard, quand l'affection a perdu en partie son caractère aigu, l'eau froide est indiquée; et enfin, si elle est passée à l'état chronique, on la combat avantageusement au moyen de cautérisations ponctuées. Ces cautérisations sont entrées aujourd'hui dans la pratique journalière; mais il n'en était pas ainsi il y a une trentaine d'années.

M. COLIN. C'est la médecine vétérinaire qui a employé la première les cautérisations dans toutes les affections des synoviales et des surfaces articulaires chez les animaux. Les médecins n'ont fait qu'imiter les vétérinaires dans l'emploi du feu.

M. GUÉRIN. La cautérisation ponctuée ne ressemble en rien à l'emploi du feu tel que le faisaient les vétérinaires. C'est une brûlure très superficielle, qui ne provoque jamais aucune suppuration. Ainsi, par sa forme comme par ses effets, la cautérisation ponctuée constituait une méthode nouvelle.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans la séance d'avant-hier lundi, l'Académie des sciences a procédé à l'élection d'un secrétaire perpétuel, en remplacement de l'illustre chimiste M. Dumas, décédé. La liste de présentation portait, classés par ordre alphabétique, les noms de M. Jamin, professeur à la Faculté des sciences, et de M. Vulpian, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

M. Jamin a été élu au premier tour de scrutin par 39 suffrages contre 12 obtenus par M. Vulpian et 2 voix perdues, sur 53 votants.

— Par décret en date du 7 juin, M. le docteur Bécoulet, directeur-médecin de l'asile public d'aliénées de Dôle, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Deux élections législatives ont eu lieu dimanche dernier dans le département de Saône-et-Loire. Deux médecins ont été élus : M. le docteur Guillemaut, pour l'arrondissement de Louhans, et M. le docteur F. Martin pour la circonscription d'Autun.

— Les candidats inscrits pour le concours qui doit s'ouvrir le jeudi 19 juin 1884 pour deux places de chirurgien du Bureau central sont au nombre de dix-sept.

Ce sont : MM. les docteurs Bazy, Brun, Campenon, Castex, Garnier, Jalaguier, Jarjavay, Jullien, Labbé, Marchand, Nepveu, Petit-Vendol, Picqué, Ramonède, Redard, Rémy et Routier.

Le jury, tiré au sort, se composera, sauf modifications, de MM. A. Guérin, Polaillon, Gosselin, Nicaise, Delens, Després, Périer, Lecorché et Ball.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique médicale s'ouvrira à la Faculté le lundi 7 juillet 1884, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté *avant le 3 juillet* 1884.

Un autre concours pour les emplois vacants de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté le mercredi 9 juillet 1884, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté *avant le 5 juillet* 1884.

Les candidats de l'un et l'autre concours auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Le registre d'inscriptions sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Le concours ouvert pour la nomination à quatre places d'aides d'anatomie vient de se terminer. Ont été nommés : MM. Hallé, Clado, Hartmann et Vallin.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Abel (François), est nommé préparateur d'anatomie pathologique en remplacement de M. Pourcelot, démissionnaire.

M. Doyon (Frédéric-Adolphe-Adrien) est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1883-1884, préparateur du laboratoire d'histoire naturelle, en remplacement de M. Sicard, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Rebatel est chargé provisoirement des fonctions de chef de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Chambard, démissionnaire.

— Le jury du concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer se composera de MM. les docteurs Cadet de Gassicourt, Moizard et Richelot.

Les candidats, au nombre de huit, sont : MM. Ircovescou, Gautier, Matton, Garnier, Revertégat, Regnault, Palach et Le Clerc.

— Le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine a désigné MM. Brouardel, Hardy et Bezançon pour le représenter au congrès international d'hygiène et de démographie qui s'ouvrira à La Haye le 17 août prochain.

— L'administration de l'Assistance publique a décidé la construction prochaine, à l'hôpital Trousseau, d'un amphithéâtre pour les cours et les opérations.

— Il vient de se fonder à Paris une nouvelle École dentaire libre sous le titre de : *Institut odonto-technique de France.*

Le programme des études sera envoyé à toute personne qui en fera la demande au directeur de l'École, 3, rue de l'Abbaye.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A. Le registre d'inscriptions pour le quatrième trimestre de l'année scolaire 1883-1884 sera ouvert le mardi 1er juillet 1884. Il sera clos le samedi 19 juillet, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi : 1° inscriptions de première année, les mardi 1er, mercredi 2, jeudi 3 et vendredi 4 juillet 1884; 2° inscriptions de deuxième année, les mardi 8, mercredi 9, jeudi 10 et vendredi 11 juillet 1884; 3° inscriptions de troisième et quatrième années, les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18 et samedi 19 juillet 1884.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, deuxième et troisième années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du 15 juillet 1884.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Le stage hospitalier obligatoire commence en novembre, à partir de la neuvième inscription de doctorat et de la cinquième d'officiat; il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la seizième inscription. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : premier trimestre, novembre et décembre, cinquante-six jours; deuxième trimestre, janvier, février et mars, quatre-vingt-six jours; troisième trimestre, avril, mai et juin, quatre-vingt-six jours; quatrième trimestre, juillet à octobre, cinquante-six jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (huitième de doctorat et qua-

trième d'officiat), à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions.

B. Les consignations pour examens auront lieu dans l'ordre suivant : 1° les élèves ajournés à la session de novembre 1883, au premier examen de doctorat (nouveau mode) et aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (ancien mode), devront consigner les 16 et 17 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 30 juin au 5 juillet; 2° les élèves de première année (nouveau mode) qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 25 et jeudi 26 juin. (Ils prendront la quatrième inscription dans la première semaine de juillet.)

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les élèves de première, deuxième et troisième années (ancien mode) et les aspirants à l'officiat devront consigner pour les examens de fin d'année en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. En cas d'ajournement, ces élèves (ancien et nouveau mode) pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 20 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 13 ou le mardi 14 octobre 1884, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

C. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre 1884. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'École pratique, 2, rue Vauquelin. A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, pendant la période des examens.

— Une session d'examens pour le baccalauréat ès lettres et pour le baccalauréat ès sciences complet et restreint s'ouvrira le samedi 5 juillet 1884. Le registre des inscriptions sera ouvert du 10 au 26 juin pour le baccalauréat ès lettres et du 16 au 28 juin inclusivement pour le baccalauréat ès sciences, au secrétariat de la Faculté, à la Sorbonne, tous les jours de dix heures à midi; le dernier jour il sera clos à quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16318.

N° 69. — SAMEDI 14 JUIN 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 14 JUIN 1884. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Clinique des maladies mentales. — L'aliénation mentale constituée par une idée fixe : l'aliéné qui veut être pape. — Urticaire alternant avec de la congestion pulmonaire et de l'emphysème. — Hernie traumatique. — Rupture du périnée; suture avec drainage; guérison. — Société de Chirurgie. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Clinique des maladies mentales.

La clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine est établie, à l'asile Sainte-Anne, dans les conditions les plus défectueuses. Sauf trois cellules d'isolement, dont les préaux, donnant sur la rue, exposent ceux qu'on y place à bien des avanies, des injures, des coups de pierre, des excitations de toutes sortes de la part de passants et de voisins stupides, rien n'y a été prévu pour rendre possible la séparation prescrite par la loi entre les agités et les aliénés calmes.

Toutes les réclamations de M. le professeur Ball, tous ses efforts pour modifier cet état de choses n'ont jusqu'à présent abouti qu'à des fins de non-recevoir.

On maintient opiniâtrement dans un établissement qui doit être un modèle, puisqu'il est destiné à l'enseignement public, une insuffisance d'installation que la loi de 1838, toujours en vigueur, n'autoriserait pas dans le plus modeste des établissements privés.

Les aliénés des diverses catégories, ceux qui, sauf une seule idée fixe, conservent toutes les apparences de la raison, ceux qui, au contraire, se trouvent constamment sous l'empire d'hallucinations et de conceptions délirantes qui les conduisent à des actes violents, ainsi que les idiots de naissance, les hébétés qui le sont devenus par ramollissement cérébral, les lypémaniaques taciturnes, ceux qui recherchent la solitude, tous indistinctement sont réunis pêle-mêle durant le jour dans une cour unique. On se figure aisément à combien d'accidents expose cette promiscuité.

Les agités frappent les autres malades; ceux-ci le leur rendent quand ils peuvent et ces batailles sans cesse renaissantes ne doivent pas avancer la cure de ceux qui sont encore capables de guérir.

Pendant que nous visitions le service avec M. Ball samedi dernier, un agité, lançant son chapeau par dessus les murs, hurlant des menaces, s'approchait des groupes d'autres internés qui saluaient respectueusement le professeur, s'inclinaient devant lui ou venaient lui serrer la main.

Un de ces derniers portait sur la face les traces récentes d'une contusion violente, et il raconta que c'étaient les suites d'un énergique coup de pied qu'un agité lui avait lancé.

« Mais il n'a pas eu le dernier mot, ajoutait-il, je suis plus fort que lui et je lui ai rendu, avec usure, le mal qu'il venait de me faire. »

On peut comprendre, d'après cet exemple, comment un ancien sergent de ville, qui se trouve depuis quelque temps dans le service, où il occupe actuellement un lit parmi les gâteux, quand il avait encore une lueur de raison, se plaignait du désordre extrême auquel il assistait, et témoignait l'envie de conduire au poste les délinquants.

Il est impossible que cela dure; c'est véritablement un scandale, et puisque les plaintes de M. Ball restent sans effet, il faut que la presse scientifique élève la voix à son tour, pour rappeler au respect des règles tutélaires au nom de l'humanité et au nom de la loi, qui sur ce point est des plus précises.

L'aliénation mentale constituée par une idée fixe : l'aliéné qui veut être pape.

Parmi les aliénés que M. Ball a mis sous nos yeux, il en est deux qui nous ont particulièrement intéressé : un érotomane, dont M. Ball a fait le sujet d'une leçon remarquable publiée par lui dans le troisième volume du journal *l'Encéphale,* et un homme de trente-sept ans dont la folie consiste à vouloir être pape.

Ils présentent ceci de commun que l'un et l'autre sont sous l'empire d'une idée fixe qui les obsède : l'érotomane aspire à être le mari d'une belle inconnue, comme l'autre à revêtir la tiare pontificale. Mais si l'on poursuit la comparaison, passé ce point, tout devient contraste entre ces deux hommes qui sont à peu près du même âge. Tandis qu'actuellement l'érotomane est profondément déprimé dans tout l'ensemble de ses facultés intellectuelles, tandis que son aspect est celui d'un idiot, à la paupière tombante, à l'œil atone, à la bouche entr'ouverte par un perpétuel demi-rire béat, celui qui veut être pape, au contraire, a le regard plein de finesse, le front haut, la physionomie intelligente, la parole aisée, la riposte vive.

Ce dernier seul représente à merveille le type qu'Esquirol avait en vue, lorsqu'il comprenait dans ses descriptions ce qu'il appelait la *monomanie,* expression démodée qui ne cadre plus avec les récentes classifications.

Résumons en peu de mots le récit de cet homme que M. Ball a bien voulu complaisamment interroger devant

nous et qui répondait à toutes les questions avec la netteté la plus grande.

Le début de son idée fixe fut subit et remonte haut. Il avait huit ans et demi lorsqu'un évêque, venu pour la confirmation, demanda à quelques enfants, dont il était le plus petit, quelles étaient les aspirations de chacun d'eux et la carrière qu'il désirait suivre. « Moi, je veux être pape », s'écria-t-il. Jamais jusqu'alors pensée semblable ne lui avait traversé l'esprit, et dans la soudaineté de cette déclaration spontanée et inattendue, il crut voir un signe de quelque inspiration d'en haut. Autour de lui, on rit beaucoup, et le surnom de *Pape* lui resta parmi ses camarades.

Cependant il ne paraît pas que jusqu'à l'âge de dix-sept ans cette pensée d'une prédestination singulière qui continuait à le hanter ait influé sur son genre de vie. Il n'avait fait que des études fort incomplètes, lorsqu'une de ses tantes lui proposa d'entrer, à cet âge, en troisième, au petit séminaire. Il accepta, et l'idée fixe qui l'obsédait de plus en plus soutint son ardeur au travail. Déjà il méditait un vaste plan de réformes qu'il appliquerait quand il serait pape, mais il avait encore la prudence de ne s'en ouvrir à personne.

Avant d'entrer au grand séminaire, il tâta un instant de la vie religieuse, dont il se dégoûta bientôt. Peu importait d'ailleurs, pensait-il, la voie qu'il suivrait, puisqu'il était sûr d'être appelé providentiellement au pontificat. Tout contribuait à le fortifier dans cette conviction profonde, tout se transformait à ses yeux en signe de prédestination : une place de premier obtenue dans la classe de philosophie, après qu'il avait fait secrètement un vœu, etc.

Enfin, un jour, comme le directeur du grand séminaire allait partir pour Rome, il lui parla à cœur ouvert en le priant d'informer le pape de sa vocation et de ses projets. Ce fut à la suite de cette confidence qu'on lui refusa l'ordination. Mais, bien que restant simple laïque, il n'en pensa pas moins qu'on le nommerait pape. Ce fut même alors qu'il écrivit à plusieurs reprises au pape Pie IX pour le sommer de lui laisser la place libre.

Plus tard, l'élection de Léon XIII le surprit. Il en conteste la légitimité, non qu'il se croie actuellement pape, « car, dit-il, on ne devient pape qu'après l'élection faite par le conclave », mais par une suite de raisonnements subtils, et pour se sentir plus près du but.

En attendant, il s'était d'abord occupé d'enseignement dans une institution libre ; puis il s'était lancé dans les affaires. Il y fut compromis. Arrêté un instant, puis relâché bientôt sur une ordonnance de non-lieu, il fut envoyé à Sainte-Anne pour qu'on y étudiât son état mental.

Incontestablement cet homme est fou : et sa folie est de forme ambitieuse, mais elle ne ressemble nullement à ce délire des grandeurs qui se manifeste dans le cours de la paralysie générale.

Cet homme est fou — parce qu'il nourrit depuis vingt-neuf ans une idée fixe, dont les circonstances ont rendu la réalisation de plus en plus impossible sans que sa conviction en soit ébranlée. Il est fou — parce qu'il croit pouvoir parvenir au but sans avoir rien fait pour s'en rapprocher.

Certes, il s'est trouvé plus d'un homme qui, sans être fous, se sont dit : « J'arriverai là », et qui, croyant à leur étoile, ont fini par atteindre enfin la haute situation qu'ils convoitaient contre toutes probabilités.

Nous avons connu nous-même de ces hommes dont l'ambition, bien que différente, équivalait presque à la sienne et qui avaient prédit d'avance, avec une foi profonde, ce qu'ils seraient un jour.

Ils ont été ce qu'ils voulaient être, — parce qu'ils ont dirigé leur vie à cet effet. Ils ont proportionné l'effort au résultat cherché, sans le perdre de vue. Ils ont fini par rendre possible ce qui paraissait d'abord ne pas l'être, — à force d'appliquer toutes leurs facultés à l'étude des voies et moyens, sachant se plier aux circonstances, saisissant au passage l'occasion fugitive et la préparant au besoin.

Ceux-là pouvaient se croire prédestinés sans qu'on les taxât de folie. Mais ici le cas est tout autre.

Ce qui distingue l'aliéné, c'est qu'il ne tient pas compte de ce qui n'est pas lui. Suivant la définition de Lasègue, il est devenu étranger, *alienus*, au fond commun d'idées du monde qui l'entoure. Dans la poursuite de ses idées propres, de ses sentiments personnels, il reste fermé à tout ce qui pourrait lui venir du dehors.

Peu lui importe ce que les autres pensent. Alors même qu'il compte être élu par eux, ce n'est pas d'eux, mais de sa destinée qu'il attendra son élection.

Peu importe son genre de vie, les conditions dans lesquelles il se place, — le destin s'impose, — et, au jour donné, il n'en viendra pas moins à ses fins.

Une idée fixe de cette nature comporte une multitude de raisonnements viciés et un ensemble de troubles mentaux ou intellectuels assez complexe.

C'est pourquoi le terme monomanie qui semble impliquer un trouble unique ne satisfait pas M. Ball.

Mais quand on cause avec cet aliéné, on est surpris de voir combien il est habile à rassembler les arguments et à leur donner une forme spécieuse pour justifier son idée fixe. Il invoque des autorités, cite des textes, manie le syllogisme, agit en un mot à la manière d'un ergoteur qui soutiendrait un paradoxe.

Urticaire alternant avec de la congestion pulmonaire et de l'emphysème.

Voici encore un cas assez rare et qu'il faut saisir au passage, la malade va bientôt sortir de l'hôpital.

Dans le service de M. Grancher, salle sainte Thérèse, n° 30, se trouve une jeune fille de dix-neuf ans, qui avait déjà fait un premier séjour dans cette salle au commencement de mai, et qui, sortie le 24 mai, y est rentrée le 28 pour une même cause.

Cette jeune fille était bien portante jusqu'à l'âge de onze ans. A ce moment, elle fut prise d'une bronchite qui dura neuf mois à l'état aigu et à la suite de laquelle elle ne cessa plus de tousser.

La menstruation s'établit péniblement. Les règles, qui avaient paru pour la première fois à quatorze ans juste, ne revinrent que deux fois dans le cours d'un an, et elles ne se régularisèrent définitivement que l'année dernière.

Le 5 avril commença une perte qui se prolongea durant trente-cinq jours. Elle durait encore lorsque la malade se fit recevoir à l'hôpital. Mais ce n'était point pour cela qu'elle entrait.

Le 2 mai avaient débuté des étouffements extrêmement pénibles, avec râles sifflants très aigus, point très douloureux dans le côté gauche de la poitrine : et l'on constata l'existence d'une congestion pulmonaire, avec emphysème, des deux côtés, mais surtout à gauche. La malade, complète-

ment assise sur son lit, ne pouvait parler; elle faisait des efforts extrêmes pour respirer.

Trois jours après, un urticaire se manifesta, occupant les avant-bras, la poitrine et les cuisses : et presque aussitôt tous les phénomènes pulmonaires s'apaisèrent. La malade revient à son état habituel, toussant un peu, mais sans oppression, sans râles sibilants, sans souffle bronchique, sans retentissement exagéré de la voix, sans submatité locale, sans aucun signe de tubercules ou d'affection soit chronique, soit aiguë ou subaiguë, de la trame pulmonaire.

L'urticaire dura une huitaine de jours; puis la malade, se sentant mieux, demanda à rentrer dans la place qu'elle occupe en qualité de domestique.

Elle y resta quatre jours, mais se sentant fatiguée, perdant fréquemment connaissance.

Dans la nuit du 28 mai, à trois heures du matin, elle fut reprise d'étouffements aussi violents que la première fois; la température dépassait 39 degrés; on trouva de nouveau de l'emphysème avec congestion pulmonaire plus intense encore que la première fois. Le lendemain la fièvre était tombée et l'on découvrit sur les avant-bras et sur le haut de la poitrine une éruption qui, différant un peu de l'urticaire classique par la saillie et le volume des boutons roses qui la constituaient, s'en rapprochait par la vivacité des démangeaisons qu'elle causait. Le 3 juin la température remonta jusqu'à 40 degrés à l'occasion d'une angine herpétique, et le 4 juin à 40°,2, alors que des boutons d'herpès parurent également à la lèvre. Les jours suivants elle tomba à 39°, puis à 38°,3, puis à 37°; mais à ce moment l'oppression avait complètement disparu. La respiration est redevenue tout à fait normale. Cette fois encore l'emphysème et la congestion pulmonaire avaient fait place à une éruption cutanée, démangeante, fugace, paraissant et disparaissant tantôt sur un point, tantôt sur un autre, comme l'urticaire.

Maintenant on peut se demander si c'est là une métastase d'une seule et même affection; si la cause qui se traduit par une poussée éruptive sur la peau n'a pas commencé par se traduire par une poussée analogue sur la muqueuse des voies respiratoires.

L'emphysème et la congestion s'expliqueraient très bien dans l'hypothèse d'un urticaire bronchique, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Remarquons que cette jeune fille est très nerveuse, chloranémique, sujette, depuis qu'elle est menstruée, à des flueurs blanches abondantes et continuelles.

Il faut donc tenir compte de l'élément nerveux avant de conclure.

HERNIE TRAUMATIQUE.

Par M. le docteur Guermonprez.

I

Les corps contondants produisent quelquefois une rupture des plans profonds de la paroi abdominale en laissant intacts les téguments et les couches sous-jacentes (Nélaton). M. P. Denucé ne se borne pas à le constater. Pour lui, la disposition des plans musculaires et aponévrotiques qui composent la paroi de l'abdomen lui permettent, dans une certaine limite, de lutter contre l'influence de la cause traumatique à enfoncer la paroi antérieure jusqu'à la rencontre de la postérieure.

Le savant professeur de Bordeaux y insiste justement, en faisant ressortir l'action d'ensemble des muscles droits, obliques et transverses de l'abdomen. « Que cet appareil musculaire vienne à se contracter pendant que les muscles spinaux s'opposent à la flexion du tronc et il en résulte une membrane fixe, très résistante, tendue et capable d'arrêter un coup d'une force même considérable. Cette résistance peut être telle que le muscle se rompe plutôt que de céder. Telle est certainement l'explication que l'on peut donner de ces cas rapportés par Desault, par Larrey, par Thomas et par Legouest, dans lesquels une contusion violente du ventre a pu déterminer la rupture de l'un des muscles droits ou obliques sans division des téguments » (1).

C'est ce que confirme implicitement notre regretté cousin le docteur Léon Dumez, dans sa thèse sur *les ruptures de l'intestin grêle par traumatisme sans lésion des parois abdominales* (2) :

« Lorsque la paroi abdominale est relâchée, si un choc vient à l'atteindre, l'effort portera principalement sur l'intestin; ou bien encore l'intestin, plus facilement appliqué contre le plan résistant de la colonne vertébrale, est rompu. »

Nous ne saurions admettre, avec M. Chauveau, que, si la paroi abdominale est tendue, la rupture de l'intestin doit plus facilement se produire (3).

Évidemment, « lorsque les muscles sont dans le relâchement, ils se laissent déprimer par le corps vulnérant, qui ne les contusionne pas, mais porte toute son action sur l'intestin. » (Dr L. Dumez.)

Pour rompre les muscles abdominaux pendant leur contraction, il faut un traumatisme considérable (S. Duplay) et il est exceptionnel que la rupture musculaire se produise sans s'accompagner de lésions mortelles (4).

Dans ces cas de rupture, la hernie est une complication à peu près forcée de toutes les blessures qui atteignent dans toute son épaisseur le plan musculo-aponévrotique et le péritoine, à condition seulement que l'ouverture ne soit pas trop étroite (Le Dentu) (5).

Rupture musculaire et hernie sont donc ici connexes, ou plutôt celle-ci est la conséquence de celle-là.

Le premier fait de ce genre paraît être celui que l'on trouve dans le *Journal de chirurgie de Desault* (6).

Un homme fit une chute d'un quatrième étage sur le pavé; la mort fut très rapide. Il existait à la partie externe de la région ombilicale une tumeur de forme ovalaire que l'on réduisait facilement par la pression. Cette tumeur était formée par les intestins qui sortaient à travers une large déchirure du péritoine et des muscles.

On comprend, dit Nélaton, qu'une semblable lésion exposerait à la formation d'une hernie, et qu'il serait indiqué, dans un cas semblable à celui-ci, de faire porter pendant longtemps un bandage appliqué sur la région qui présenterait une semblable tumeur (7).

---

(1) P. Denucé, *Nouv. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques;* art. Abdomen, contusions. Paris, 1864, t. I, p. 104.

(2) Dr Léon Dumez, *Thèse de Paris*, 1882, p. 9.

(3) Chauveau, *Lésions traumatiques du tube digestif sans solution de continuité des parois abdominales.* Thèse, 1869.

(4) Follin et Duplay, *Pathologie externe.* Paris, 1878, t. V, p. 673.

(5) Le Dentu, Art. Hernies du *Nouv. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1873, t. XIII, p. 517.

(6) Paris, 1801-1802, t. I, p. 377.

(7) A. Nélaton, *Éléments de pathologie chirurgicale.* Paris, 1857, t. IV, p. 108-109.

L'indication serait plus pressante encore, si l'on devait craindre d'y trouver le type décrit par J. Cruveilhier (1) sous le nom de hernie intercostale abdominale.

L'autopsie révéla l'existence d'un véritable collet, qui donnait très facilement passage à l'index (2).

Mais le résultat du coup d'épée, relaté par J. Cruveilhier, est relativement tardif. Il en est autrement des contusions violentes. La hernie ventrale suit immédiatement la rupture des muscles de l'abdomen.

M. Duplay constate ce fait et ajoute que ces hernies présentent peu de chances d'étranglement; et qu'en revanche, leur contention est généralement difficile, en raison de leur siège et de la difficulté de l'application exacte d'un bandage (3).

Il est bon de ne pas laisser inconnus les faits de ce genre, dont W. Laurence eut été curieux. « Ces cas ne sont pas assez communs dans la pratique ordinaire, dit-il, pour que je puisse prononcer. Je ne me souviens pas d'avoir vu cet effet produit dans aucun cas (4). »

C'est pour ce motif qu'avant d'exposer le fait que nous avons observé, nous reproduirons le récit de Larrey, non pour le faire entrer en ligne de compte, mais seulement pour le comparer à un cas trop isolé.

Un deuxième soldat du corps des grenadiers fut porté à l'hôpital de Renereck, le septième jour après la bataille d'Eslingen (campagne d'Autriche), pour une tumeur au bas-ventre, située à trois travers de doigt de l'ombilic, du côté droit et de la grosseur du poing.

Elle était couverte d'une forte ecchymose et présentait au centre un point de fluctuation, ce qui avait fait penser à l'un de mes confrères qu'elle était formée par un épanchement sanguin.

Le malade ayant désiré me voir avant de subir l'opération qu'on lui avait proposée, on l'avait fait transporter à l'hôpital. Il n'y avait d'ailleurs chez lui ni vomissements, ni aucun des symptômes d'une hernie étranglée.

Cette tumeur disparaissait lorsqu'il était couché sur le dos, et elle reparaissait lorsqu'il était debout. On ne pouvait plus se méprendre sur la nature de ce gonflement et nous reconnûmes qu'il était formé par une portion de l'intestin et de l'épiploon.

Ce grenadier avait été touché par un boulet à la fin de sa course.

Les vêtements et la peau du bas-ventre, pressés circulairement par ce projectile, avaient cédé, à cause de leur élasticité, à son impulsion ; mais le muscle sterno-pubien et les aponévroses des muscles abdominaux, moins élastiques, s'étaient rompus et la hernie ventrale avait eu lieu au même instant.

Les fonctions digestives furent d'abord troublées; cependant, comme la déchirure de ces aponévroses était étendue, il n'y eut pas d'étranglement. Le repos, les ventouses scarifiées sur la tumeur, le vin camphré, une légère compression, les lavements émollients, les boissons délayantes acidulées, et la diète, prévinrent l'inflammation des intestins et dissipèrent les légers accidents qui s'étaient déclarés dans les premiers moments.

La hernie s'étant conservée, ce militaire a reçu une pension de l'État, et s'est retiré du service.

Il est probable qu'un corps métallique, tel qu'un bouton ou une pièce de monnaie, avait concentré les effets du boulet dans le point de rupture aux parois du bas-ventre où s'est formée la hernie ventrale (1).

Nous n'insisterons pas sur ce dernier point, à propos d'étiologie. La rareté du fait donne cependant une grande vraisemblance à cette interprétation du baron Larrey, qui admet, avec le boulet, un autre élément traumatique pour rendre compte de la rupture musculaire et de la hernie consécutive.

(1) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1849, t. I.

(2) Ch. Le Dentu, *loco citato*, p. 518.

(3) *Loco citato*, t. V, p. 674.

(4) W. Laurence, *Traité des hernies*. Traduit sur la troisième édition anglaise par P. Béclard et J. Cloquet. Paris, 1818, p. 24, et chap. XIX, p. 514.

(1) Dr J. Larrey, *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes*. Paris, 1812, t. III, p. 332.

RUPTURE DU PÉRINÉE.

SUTURE AVEC DRAINAGE ; GUÉRISON.

Par le docteur C. Beltz.

Au mois de mars dernier, je fus appelé près de Mme X..., à Passy, le troisième jour de son accouchement, pour une rupture du périnée comprenant le plancher périnéal et le sphincter de l'anus, mais sans déchirure du septum recto-vaginal.

L'aspect de la plaie me fit espérer que la réunion pourrait encore être tentée et j'y procédai le jour même de la façon suivante :

Après avoir lavé les surfaces déchirées avec une solution de sublimé au 1/2000, je commençai par réunir la déchirure de l'anus au moyen d'une suture profonde passée avec une aiguille de Roux et d'une suture superficielle. Puis, je passai des points de suture entrecoupée très rapprochés à travers les lèvres de la plaie périnéale avec l'aiguille de Réverdin et sans faire sortir les fils d'argent à plus de 1 centimètre et demi environ au-dessus de la peau. Seulement, avant de fermer la suture, j'introduisis un petit tube à drainage au-devant de l'anus et un autre vers le milieu de la plaie, en les faisant pénétrer jusqu'au niveau du vagin, et je les coupai presque au ras de la peau.

Les fils furent ensuite fixés et la plaie recouverte d'un morceau de protective et de gaze phéniquée.

Les tubes de caoutchouc furent retirés, lavés et raccourcis chaque jour, comme dans les pansements par la méthode de Lister, et supprimés le sixième jour.

Le dixième jour, je retirai les fils de la plaie périnéale; la suture profonde de l'anus fut enlevée trois jours après. La réunion s'était faite sur tous les points de la plaie.

Faut-il attribuer ce succès à la petite modification opératoire que j'ai employée ? Il n'est pas possible de l'affirmer puisqu'on obtient et que j'ai obtenu moi-même des réunions par la suture sans drainage, soit cutanée seulement, soit vaginale et cutanée.

Cependant le procédé auquel j'ai eu recours dans ce cas me paraît supérieur aux autres parce qu'il permet le facile écoulement des liquides du vagin et de la plaie et qu'il dispense non seulement de la suture vaginale, mais même de la suture profonde avec les grosses aiguilles courbes, qui est difficile et douloureuse. Ce sont ces raisons qui m'ont déterminé à y recourir.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juin 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Traitement du cancer de l'utérus. — M. VERNEUIL fait une communication sur l'ablation partielle de l'utérus dans les cas de cancer (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 525). Cette opération, dit-il, donne des résultats avantageux quand elle est possible.

M. Verneuil a pratiqué 20 fois l'amputation du col utérin : trois fois pour des cas autres que des cancers; dans un de ces cas, il s'agissait d'un allongement hypertrophique de la lèvre antérieure, dans un second cas d'une métrite scléreuse ayant donné lieu à une erreur de diagnostic. Restent 17 cas de cancer, sur lesquels il a eu une mort rapide par ouverture du péritoine. Les 16 autres cas ont donné, comme minimum de survie, six mois; comme maximum, sept ans. Deux malades ont été perdues de vue après trois ans. La moyenne de survie est donc de 17 à 19 mois. La statistique de l'extirpation totale n'approche pas, même de très loin, de cette statistique de l'amputation partielle. M. Verneuil l'a pratiquée avec l'espoir fondé de tout enlever, avec l'espoir, sans y réussir, de dépasser le mal; enfin il a pratiqué, de propos délibéré, l'amputation en plein tissu carcinomateux. Il a encore obtenu des résultats palliatifs.

M. Verneuil a pratiqué quatre fois le curage pour de gros fongus mollasses, indolents, saignant très facilement et remplissant le vagin d'un ichor fétide abondant : une malade a vécu un an, une autre a été soulagée, une troisième a eu une poussée de péritonite et la quatrième des accidents rénaux.

En résumé, M. Verneuil ne rejette pas l'extirpation totale de parti pris; mais il faut un autre critérium. Quand les culs-de-sac vaginaux sont envahis, il n'y a rien à faire. Toutefois il y a lieu d'espérer que l'histologie clinique donnera des résultats précieux au point de vue des indications opératoires. Par exemple, M. Robin a décrit une variété d'adénome (épithélioma glandulaire), remontant dans la cavité du corps de l'utérus, variété de cancer pas très rare, s'observant généralement chez des jeunes femmes, facile à reconnaître. Dans ces cas, l'ablation totale est tout à fait indiquée; on peut obtenir une survie considérable. La technique opératoire fait assez de progrès pour rendre ces opérations aussi peu dangereuses que possible.

M. DESPRÉS a pratiqué trois fois l'amputation du col de l'utérus pour des allongements hypertrophiques, quatre fois pour des cancers végétants. L'une de ces malades est morte de septicémie aiguë; une autre a succombé trois mois après à la généralisation; deux autres sont sorties de l'hôpital avec toutes les apparences de la guérison. L'une d'elles avait été opérée par le galvano-cautère monté en écraseur, selon l'ingénieux procédé de M. Trélat. En somme, la survie obtenue après ces opérations ne dépasse pas celle qu'on observe en n'intervenant pas. M. Després est donc opposé à ces opérations palliatives. Il rappelle que Jobert de Lamballe pratiquait des cautérisations hebdomadaires avec le fer rouge. Les résultats qu'il obtenait n'en étaient pas meilleurs.

M. TRÉLAT est, comme M. Verneuil, partisan des petites opérations ou pansements dans le traitement du cancer de l'utérus. Il a dit que le diagnostic du cancer naissant de l'utérus était difficile et chose rare. Aussi s'étonne-t-il que M. Verneuil ait eu si souvent l'occasion de pratiquer des ablations du col utérin; il a bien souvent cautérisé, curé, nettoyé, remis en état des cancers utérins dans le but de parer à ces deux grands inconvénients, l'infection et l'hémorragie; mais il n'a eu que deux fois l'occasion d'amputer le col pour des cancers limités, dépassables.

M. VERNEUIL rappelle à M. Trélat qu'il a cinq ans de plus que lui, qu'il a été le premier à se servir, après Chassaignac, de l'écraseur linéaire, ce qui explique qu'il a enlevé beaucoup plus de langues et beaucoup plus de cols utérins que la plupart de ses collègues. En outre, il a fait des ablations incomplètes, sachant qu'elles le seraient.

Anévrysmes inguinaux, ligature de l'iliaque externe. — M. BERGER fait un rapport relatif à deux mémoires de M. Kirmisson, l'un sur les anévrysmes inguinaux, l'autre sur la ligature de l'iliaque externe. Chacun de ces deux mémoires a pour point de départ l'observation suivante :

Un homme de trente-huit ans, douze jours avant d'entrer dans le service de M. Kirmisson, s'aperçoit de l'apparition d'une tumeur vers la partie inférieure de la région inguinale. Cette tumeur offre tous les caractères des anévrysmes. Quelques mois auparavant cet homme avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé et avait présenté tous les signes d'une insuffisance aortique. M. Kirmisson fait une première tentative de compression à l'aide de la bande d'Esmarch qui détermine des douleurs intolérables et doit être bientôt remplacée par la compression digitale. Quatre tentatives successives de compression mécanique ou digitale restent également sans succès. C'est pourquoi M. Kirmisson se décide à pratiquer la ligature de l'iliaque externe par le procédé d'Astley Cooper, en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique. La tumeur est réduite au volume d'une noisette et le malade est parfaitement guéri.

Cette observation, ajoute M. Berger, est intéressante à plusieurs titres : d'abord, le succès complet obtenu par la ligature là où avait échoué la compression; ensuite, l'apparition d'un anévrysme chez un rhumatisant, qui avait eu une atteinte du système vasculaire.

Dans la première partie de son mémoire, celle qui a trait aux anévrysmes inguinaux, M. Kirmisson présente une étude étiologique intéressante. Il réunit cinquante-trois cas. Il relève, au point de vue de l'étiologie, l'existence de la syphilis, du rhumatisme, la multiplicité des anévrysmes chez le même individu, les suppurations antérieures dans la région de l'aine; celles-ci présentent deux variétés : dans l'une, il s'agit d'abcès avoisinant l'artère et l'ayant ulcérée; dans l'autre, d'abcès guéris depuis longtemps et ayant laissé une inflammation agissant par voisinage sur les tuniques de l'artère.

Au point de vue du traitement, M. Kirmisson fait ressortir la grande efficacité de la ligature comparée à l'inefficacité des autres méthodes. Presque toutes les méthodes de douceur n'ont donné que des insuccès, tandis que la ligature, surtout depuis la méthode antiseptique, a donné de très bons résultats. Tandis qu'une première statistique donnait 27,90 p. 100 de mortalité, qu'une seconde statistique, en 1864, donnait 30 p. 100 de mortalité, une troisième statistique, portant sur quatre-vingt-dix cas observés de 1864 à 1884, ne donne que 18 p. 100 de mortalité. Celle-ci s'est donc abaissée, depuis l'emploi de la méthode antiseptique, de 30 à 18 p. 100. L'infection purulente, dans cette dernière statistique, a complètement disparu, sauf dans un cas où la méthode antiseptique n'a pas été employée; les hémorragies secondaires sont aussi bien moins nombreuses, ce qui s'explique en partie par ce fait que la méthode antiseptique permet presque toujours d'obtenir des réunions primitives profondes par première intention. La diminution des suppurations entraîne forcément aussi la diminution des hémorragies secondaires. En résumé, les conclusions du mémoire de M. Kirmisson tendent à faire adopter la ligature de l'iliaque externe de préférence à toute autre méthode dans le traitement des anévrysmes inguinaux.

Relativement au manuel opératoire, M. Berger rappelle qu'il y a quatre procédés en présence, ceux de Bogros, d'Abernethy, d'Astley Cooper et de Marcellin Duval. Il donne, avec M. Kirmisson, la préférence au procédé d'Astley Cooper, qui consiste à faire une incision légèrement courbe, à convexité inférieure, dans le sens des fibres du grand oblique et qui, commençant un peu au-dessus de l'épine iliaque, se termine un peu au-dessus du bord interne de l'anneau inguinal. On incise la peau, le tissu cellulaire souscutané et l'aponévrose du grand oblique. A partir de ce moment, et M. Berger insiste sur ce point, il ne faut plus se servir du bistouri; il faut relever le petit oblique et le transverse avec le doigt et décoller le fascia tranversalis; de cette façon on peut ménager le péritoine.

Quand l'anévrysme remonte au-dessus de l'arcade de Fallope, le procédé d'Astley Cooper doit être modifié dans le sens de celui de Marcellin Duval, c'est-à-dire qu'à l'incision d'Astley Cooper est ajoutée une autre incision curviligne remontant vers l'ombilic. Ce procédé a l'inconvénient de laisser une cicatrice peu favorable à la réunion par première intention. Aussi ne doit-on y recourir que dans les cas où celui d'Astley Cooper serait insuffisant.

M. VERNEUIL croit qu'il ne faut pas attribuer les hémorragies secondaires au contact seul du pus. On sait aujourd'hui que les hémorragies secondaires sont la conséquence de la septicémie. Là où il n'y a pas de fièvre, il n'y aura pas d'hémorragies secondaires par perforation des artères dans des foyers purulents.

M. FARABEUF émet quelques considérations sur les ligatures d'artères en général et la ligature de l'iliaque externe en particulier. Il est un précepte dont il ne faut pas s'écarter quand il s'agit de lier une artère, quelle qu'elle soit, c'est, autant que possible, de prendre le chemin le plus sûr et le plus direct. C'est pourquoi, relativement à la ligature de l'iliaque externe, le procédé d'Astley Cooper est préférable à tous les autres. Ce procédé a été longtemps méconnu parce que Malgaigne, en le décrivant, a confondu l'anneau inguinal externe avec l'anneau inguinal interne. Quant au procédé de M. Marcellin Duval, qui est préférable dans un certain nombre de cas, il n'est que la combinaison de deux autres procédés, celui d'Astley Cooper et celui d'Abernethy.

M. DESPRÉS est de l'avis de M. Verneuil relativement à la cause de certaines hémorragies secondaires ; mais il fait observer que celles-ci peuvent aussi se produire sous l'influence d'autres causes, telles, par exemple, que des mouvements prématurés amenant la chute d'un fil de ligature et conséquemment une hémorragie secondaire, comme cela eut lieu dernièrement chez un de ses malades, amputé de la langue, qui parla un jour trop longtemps, fit ainsi tomber un fil et eut une hémorragie secondaire.

M. BERGER partage l'avis de M. Verneuil sur les causes des hémorragies secondaires. Il a voulu seulement soutenir ce fait que la méthode antiseptique, en favorisant les réunions primitives profondes, diminuait les chances de suppuration et d'hémorragies secondaires.

M. MARCHAND fait observer qu'il y a des cas d'anévrysmes dans lesquels aucun des procédés classiques n'est applicable à la ligature de l'iliaque externe. Il appartient, dans ces cas, au chirurgien de s'inspirer des circonstances.

Splénotomie. — **M. TERRIER** communique en quelques mots une observation de splénotomie et présente la rate qui a été extirpée, ainsi qu'une portion de la veine rénale injectée et extraordinairement développée, sur laquelle on voit que la ligature appliquée pendant le cours de l'opération a parfaitement tenu. Cependant cette femme a succombé à une hémorragie lente.

Comme elle était atteinte, en même temps que d'une hypertrophie considérable de la rate, de leucocythose, qu'elle présentait un globule blanc pour 263 globules rouges, M. Terrier refusa d'abord de l'opérer et la soumit à un régime reconstituant. Après de nouveaux examens de son sang, environ un an après, comme la proportion des globules blancs diminuait notablement, il se décida, sur les instances de la malade, encore jeune, à l'opérer. L'opération, quoiqu'un peu laborieuse, s'effectua sans accidents, sans hémorragie importante. Cependant la malade succombait, vingt-quatre heures après, à une hémorragie lente, interne. L'autopsie a démontré qu'aucune des ligatures n'avait manqué. On a jusqu'ici considéré, avec raison, un certain degré de leucocythose comme une contre-indication formelle à toute intervention chirurgicale.

Cependant un chirurgien italien, Franzollini, a opéré et guéri une malade atteinte d'hypertrophie de la rate et chez laquelle on comptait 1 globule blanc pour 30 rouges.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

162. M. SAGRANDI. Contribution à l'étude de l'asthme permanent. — 163. Mlle COUTZARIDE. De l'hydrorrhée et de sa valeur séméiologique dans le cancer de l'utérus. — 164. M. BOURREL. Contribution à l'étude de la syphilis hépatique. — 165. M. FAURE. De l'épithélioma du plancher de la bouche. — 166. M. BELLANGÉ. Étude sur la cirrhose graisseuse. — 167. M. TÉTARD. De l'hématome du pavillon de l'oreille. — 168. M. MERCIER. De l'étiologie du scorbut dans les prisons. — 169. M. BOISSARD. De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical. — 170. M. SOURICE. Étude sur quelques cas de malformations utérines considérées surtout au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. — 171. M. LAMBERT. Étude sur un nouveau procédé de chloroformisation par les solutions titrées. — 172. M. HUMBERT. De l'alimentation artificielle. — 173. M. HOUEL. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le dimanche 6 juillet 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du Ve arrondissement, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour les emplois vacants d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies mentales s'ouvrira, le mardi 15 juillet 1884, à neuf heures du matin.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont *pas plus de trente-quatre ans* au jour d'ouverture du concours.

Un concours pour les emplois vacants de deux chefs de clinique obstétricale (un titulaire et un adjoint) s'ouvrira également le mardi 15 juillet 1884, à neuf heures du matin.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont *pas plus de trente-huit ans* au jour d'ouverture du concours.

Les candidats à l'un et l'autre concours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 10 juillet 1884. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira le 15 décembre 1884 à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

— L'administration de l'Assistance publique a créé récemment un nouvel hôpital temporaire, l'Hôpital des Mariniers. Situé dans le quartier de Montrouge, sentier des Mariniers, d'où son nom, cet hôpital contient deux cents lits. Le service médical en a été confié à M. le docteur Tapret.

L'Hôtel-Dieu annexe a été également ouvert de nouveau temporairement, il y a quelque temps ; les trois services de médecine ont été placés sous la direction de MM. les docteurs Chauffard et Danlos, médecins du Bureau central.

— M. le docteur Émile Pasteau est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du XIe arrondissement.

— Aux noms des lauréats de la Société des sauveteurs de la Seine, publiés dans notre numéro du 7 juin, nous devons ajouter celui de de notre estimable confrère M. le docteur Foucher (de Saint-Mandé).

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Létiévant, professeur adjoint de pathologie externe à la Faculté de médecine de Lyon et chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de cette ville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Hanriot, agrégé, est chargé du cours de chimie médicale, en remplacement de M. Wurtz, décédé.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Wolff, chargé des fonctions de préparateur de chimie, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Bannerant, décédé.

— M. le docteur Couranjou ouvrira, le 16 juin, une clinique des maladies des femmes, rue de Bondy, 13. Les consultations et exercices pratiques auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, de midi à une heure.

— M. le professeur Chatin (de l'Institut) fera une herborisation publique le dimanche 15 juin 1884, dans la forêt de Montmorency.

Le départ s'effectuera de la gare du Nord, à 7 h. 55 m., pour la station de Montmorency.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum, fera, dimanche prochain 15 juin 1884, une excursion géologique publique à Lagny, Thorigny, Carnetin et Annet.

Le rendez-vous est à la gare de l'Est, à 10 h. 20 m. du matin, où l'on prendra le train pour la station de Lagny-Thorigny.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie du Muséum avant samedi soir, 14 juin, quatre heures.

— Le mercredi 18 juin 1884, à neuf heures du matin, dans la salle des examens de la Faculté des sciences de Paris, M. Guntz (M.-A.) soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour titre : « Recherches thermiques sur les combinaisons du fluor. »

— M. Gabriel de Mortillet, professeur d'anthropologie préhistorique à l'École d'anthropologie de Paris, fera une excursion en Bretagne de huit à neuf jours, conformément au programme suivant :

Le départ aura lieu de Paris le mercredi 25 juin 1884, à sept heures et demie du matin, de la gare du chemin de fer de l'Ouest (gare Montparnasse). Le rendez-vous est à la gare, à sept heures.

Rennes : musée, collections de la Faculté et collection Fornier.

Vannes : musée et collection de Limur.

Gavr'Innis et Er-Lanic, dans la mer du Morbihan.

Plouharnel, Erdeven, Quiberon, Carnac et Locmariaker : menhirs, alignements, dolmens et tumulus.

Pont-l'Abbé : collections du Châtelier, à Hernuz ; tumulus.

Les personnes qui voudraient prendre part à cette excursion et jouir des avantages, sont priées d'en aviser immédiatement M. Gabriel de Mortillet, au château de Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), le nombre des excursionnistes étant limité.

De l'alcool, sa combustion, son action physiologique, son antidote, par le docteur Jules Jaillet, ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 180 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16326.

N° 70. — MARDI 17 JUIN 1884. 57e ANNÉE. MARDI 17 JUIN 1884. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	— 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. La syphilis du cerveau : Accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — Anesthésie à l'aide d'un mélange de chloroforme et d'air exactement titré; méthode de M. Paul Bert. — Hernie traumatique. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La syphilis du cerveau.

ACCIDENTS NERVEUX MULTIPLES. — TROUBLES INTELLECTUELS.

I

Parmi les maladies générales dont les fâcheux effets retentissent sur le système nerveux, la syphilis occupe une place d'honneur. Plus souvent peut-être qu'aucune autre, cette affection détermine des lésions du cerveau, qui se traduisent, vous allez le voir, par une symptomatologie fort complexe.

Les premières notions relatives aux déterminations cérébrales de la vérole sont de date fort ancienne. Fracastor, Nicolas Massa, déjà, disent formellement que le mal français s'accompagne parfois de folie et de mal caduc. Paracelse reconnaît à la syphilis le pouvoir de déterminer des paralysies, et lorsqu'on parcourt la littérature médicale des XVIIe et XVIIIe siècles, on constate que l'action nuisible de la vérole sur l'encéphale est reconnue, proclamée, souvent même exagérée. Quelques auteurs protestent pourtant et ne croient pas à l'influence de la syphilis sur le cerveau : Hunter, par exemple, classe le système nerveux « au nombre de ces parties vitales qui, peut-être, ne sont pas du tout susceptibles de l'action de la maladie ». Ces tendances opposées vont se perpétuer et s'affirmer encore à une époque rapprochée de la nôtre. Tandis, en effet, qu'Erlenmayer avance que les deux tiers des cas d'aliénation mentale sont d'origine syphilitique, le regretté professeur Lasègue, dans une revue critique qui paraissait en 1861, — en 1861 ! remarquez la date ! — considérait les manifestations nerveuses de la vérole comme « rares, indécises, destinées au moins jusqu'à nouvel ordre à ne figurer dans la description de la syphilis qu'à titre d'appendice ».

Mais des travaux nombreux poursuivis dans ces derniers temps, soit à l'étranger, soit en France, ont jeté sur la question un jour nouveau, et l'on est actuellement en droit d'affirmer que les déterminations cérébrales de la vérole, loin d'être simplement conjecturales, possibles ou présumables, sont certaines, bien établies, fréquentes même. M. A. Fournier s'est attaché entre tous à le démontrer dans ses savantes leçons, à l'hôpital Saint-Louis, en 1879.

Vous indiquer les procédés instrumentaux au moyen desquels la syphilis porte son action sur le cerveau, les lésions qu'elle y détermine, les symptômes variés par lesquels ces lésions se traduisent, les groupements divers qu'affectent ces symptômes et l'évolution à laquelle ils obéissent, telle est la tâche que je me propose de remplir.

I. *Anatomie pathologique et pathogénie des déterminations cérébrales de la syphilis.* — *a.* La syphilis, vous le savez, est une maladie virulente, inoculable et contagieuse comme toutes les maladies virulentes. La nature de l'agent virulent ne nous est pas encore connue, mais quelle qu'elle soit, qu'il s'agisse d'une modification chimique des humeurs (Robin), ou bien de la pénétration et de la pullulation, au sein de ces humeurs, de vibrions, de microbes, jouissant, comme beaucoup d'autres protoorganismes analogues, de la propriété redoutable de se reproduire à l'infini dans les liquides et les tissus de l'organisme, ce qu'on peut affirmer c'est que le virus est transporté jusqu'aux éléments anatomiques soit par les voies lymphatiques, soit par les voies sanguines, c'est-à-dire par les artères.

En ce qui concerne les lésions cérébrales de la vérole, on peut dans quelques cas suivre pour ainsi dire pas à pas le virus à travers la série des altérations qu'il détermine. Cheminant dans l'intérieur des artères, il provoque souvent une inflammation chronique de ces vaisseaux, une artérite. Cette artérite, qui, au dire de quelques auteurs (Heubner), aurait des caractères spécifiques, serait au contraire, quant à ses lésions, une artérite vulgaire, d'après M. Cornil.

D'autres fois, le processus aboutit à la production de petites gommes dans les parois vasculaires. Dans un cas comme dans l'autre, le résultat fréquent des altérations périartérielles est un rétrécissement du calibre des vaisseaux et l'irrégularité de leur paroi, par suite la thrombose et l'oblitération partielle ou totale, passagère ou définitive, du calibre de l'artère. Or cette oblitération aura les mêmes conséquences qu'a toute oblitération vasculaire, quelle qu'en soit la cause, à savoir : l'anémie d'abord, puis le ramollissement du territoire cérébral desservi par l'artère oblitérée.

Telle est la filiation des lésions dans quelques cas. Je la résume : irritation par l'agent virulent de la paroi artérielle, lésion spécifique consécutive (artérite syphilitique ou gomme), obstruction du vaisseau par thrombose, ischémie et apparition des lésions banales de la nécrobiose.

Les notions qui précèdent vous permettent déjà d'entre-

voir le mécanisme de quelques-uns des troubles par lesquels se traduit la syphilis cérébrale. Parmi ces troubles, les uns passagers, transitoires, légers en général (vertiges, éblouissements, aphasie passagère) correspondent à la simple gêne circulatoire qui résulte du développement de l'artérite ou des gommes périartérielles ; les autres, définitifs et irrémédiables, tiennent à la destruction d'un territoire cérébral par le ramollissement, conséquence secondaire et médiate de la syphilis.

Mais les lésions dont je viens de vous parler ne sont pas les seules que l'on rencontre dans le cerveau. A côté d'elles il en est d'autres, plus fréquentes peut-être, dont la pathogénie est moins nettement déterminée, mais qui se développent vraisemblablement par un procédé analogue à celles dont je viens de parler, et résultent comme ces dernières de l'irritation des tissus péri-vasculaires et de la trame conjonctive des centres nerveux, par le virus cheminant soit dans les artères, soit dans les lymphatiques.

De ce nombre sont les hyperplasies localisées ou diffuses du tissu conjonctif péri et intra-cérébral. Les hyperplasies localisées correspondent aux gommes, tumeurs plus ou moins volumineuses développées dans l'épaisseur même de la substance de l'encéphale, profondément ou à sa surface. Les hyperplasies diffuses sont constituées par de la sclérose interstitielle qui envahit une étendue plus ou moins grande des centres nerveux et rappelle, dans une certaine mesure, les lésions de la paralysie générale.

Mais ce n'est pas tout : il ne faut pas perdre de vue que les diverses enveloppes du cerveau (os du crâne, dure-mère, pie-mère) sont très souvent, elles aussi, le siège d'altérations déterminées par l'agent virulent. Les exostoses, les gommes de la dure-mère, les inflammations diffuses ou en plaques des méninges, vont se comporter à l'égard du cerveau et des nerfs qui en émanent, comme se comportent les tumeurs périphériques ou les méningites chroniques, quelles qu'en soient la cause et la nature.

Ainsi, vous le voyez, grâce à la richesse du réseau lymphatico-vasculaire de l'encéphale, l'agent spécifique impressionne les parties les plus diverses, déterminant ici les lésions qui sont elles-mêmes spécifiques, c'est-à-dire directement produites par l'agent virulent, ailleurs des lésions banales (ramollissement), conséquences secondaires des altérations spécifiques.

J'insiste, dès le début de cette étude, sur cette division fondamentale des lésions en spécifiques et banales. Elle nous donne en effet, dans une certaine mesure, la clef des variations que vous relèverez dans les effets du traitement antisyphilitique. Tel malade qui aura présenté une symptomatologie grave en apparence, guérira vite et fort bien, s'il est soumis à une médication énergique ; tel autre restera, en dépit de vos efforts, irrémédiablement frappé, bien qu'il ait au début paru moins sérieusement atteint que le premier. C'est que les troubles, chez l'un, étaient déterminés par une gomme, chez l'autre par un ramollissement consécutif à une oblitération artérielle (gommeuse ou autre). Or, si la médication spécifique est très souvent souveraine contre la gomme, elle ne peut rien, rien, entendez-le bien, contre une lésion banale qui ne relève que secondairement de la syphilis. Retenez ce fait. Et n'oubliez pas que s'il est des cas où vous pourrez tout, d'autres où vous pourrez beaucoup, il en est en présence desquels vous serez presque absolument impuissants.

b. Vous savez que la symptomatologie d'une lésion cérébrale dépend non de sa nature, mais de son siège. Il importe peu, en effet, que ce soit une gomme syphilitique, un noyau cancéreux, un kyste hydatique, qui comprime ou détruise une circonvolution cérébrale. Celle-ci traduit la lésion qui l'atteint par une phénoménologie univoque, qui révèle encore une fois la localisation et non la nature de l'altération. De là, une double conséquence :

1° La syphilis cérébrale n'a pas de symptômes propres. Les troubles qui la révèlent sont ceux qui trahissent les autres lésions cérébrales ;

2° Ce qui caractérise la syphilis du cerveau ; ce qui établit la nature spécifique d'un désordre mental ou autre, c'est moins la physionomie propre de ce désordre mental, que les conditions dans lesquelles il apparaît, que la marche qu'il revêt, que les relations qu'il affecte avec les manifestations qui le précèdent, l'accompagnent ou le suivent, et que la rétrocession enfin dont il est susceptible dans bien des cas, sous l'influence du traitement spécifique.

En effet, si la syphilis du cerveau en est réduite à s'approprier la symptomatologie des autres affections cérébrales, elle a en revanche sa marche à elle, son évolution propre, ses conditions de développement spéciales qui permettent souvent de la reconnaître au premier coup d'œil. L'aphasie spécifique, par exemple, est une aphasie comme toutes les autres, ne différant aucunement des autres quant à sa physionomie clinique, et il vous serait fort difficile d'en déterminer la nature, si vous vous contentiez d'observer le symptôme en lui-même. Mais cherchez quand, comment et chez qui ce symptôme est apparu et vous arriverez d'ordinaire assez vite à un diagnostic précis. Voici l'aphasie qui se montre subitement chez un homme de trente ans, point alcoolique, point cardiaque : il y a déjà grande présomption qu'il s'agit d'une aphasie spécifique. Que cette aphasie coïncide avec une chute de la paupière, une paralysie localisée des muscles de l'œil, vous touchez à la certitude. Que le malade présente, dans ses antécédents, des manifestations de syphilis cutanée ou muqueuse, que, soumis au traitement mercuriel et iodique, il guérisse, vous êtes en droit d'affirmer, d'affirmer hautement la spécificité des accidents. Vous le voyez donc, c'est ailleurs que dans la notion même du symptôme qu'il vous faut chercher la clef du diagnostic étiologique, c'est dans son évolution, ses coïncidences, beaucoup plus que dans ses allures propres.

Tout cela revient à dire que j'aurai beaucoup moins, dans le cours de cette étude, à vous décrire des manifestations morbides nouvelles, qu'à vous indiquer celles que s'approprie la syphilis, par suite des sièges divers qu'occupent ses lésions. Ces manifestations sont d'ailleurs nombreuses et variées, car les localisations des lésions sont elles-mêmes fort variables. Il est nécessaire que nous jetions un coup d'œil sur ces localisations.

Vous avez vu que les altérations sont plus souvent périphériques que centrales, qu'elles occupent avant tout et surtout les méninges et l'écorce du cerveau.

Or, circonscrites ou diffuses, elles affectent de préférence la base de l'encéphale, au niveau des régions moyennes ou sphénoïdales, au voisinage de l'émergence des nerfs bulbaires, particulièrement des nerfs qui se rendent à l'orbite. De là, une première conséquence que vous entrevoyez, c'est la fréquence des paralysies de ces nerfs, qui sont souvent comprimés ou lésés par la néoformation spécifique.

En outre, lorsque les lésions intéressent les circonvolutions cérébrales, elles siègent le plus souvent dans les

régions antérieures. Les circonvolutions frontales et aussi la pariétale ascendante sont celles que paraît affectionner entre toutes la syphilis. Or, si vous vous rappelez les symptômes qui révèlent les altérations ainsi localisées, vous allez pouvoir déduire *a priori* la symptomatologie de certaines formes de syphilis cérébrale. Les régions antérieures du cerveau sont, vous le savez, préposées à la fois au mouvement volontaire et à l'intelligence ; de là, la fréquence des troubles moteurs et intellectuels dans la vérole.

Les premiers de ces troubles varient de nature, suivant que la lésion irrite simplement ou détruit les zones motrices. Dans un cas, on a affaire à l'épilepsie jacksonnienne ; dans l'autre, à des paralysies plus ou moins étendues (monoplégies ou hémiplégies), suivant que le territoire cérébral intéressé est lui-même plus ou moins vaste. Quant aux troubles intellectuels, ils affectent aussi une physionomie différente, suivant le mode d'action de la lésion spécifique. Ils consistent tantôt en symptômes de dépression, tantôt en symptômes d'excitation.

Ajoutons enfin que les altérations sont habituellement multiples et disséminées, et vous comprendrez que les troubles relatés chez les malades soient eux-mêmes variables et multiples.

Ainsi, bien que les procédés instrumentaux mis en œuvre par la syphilis soient simples ; bien qu'il s'agisse toujours d'une irritation du tissu conjonctif, déterminée par l'apport à ce tissu, au moyen des voies artérielles ou lymphatiques, de l'agent virulent, bien que cette irritation ait toujours pour effet soit des hyperplasies scléreuses, soit des hyperplasies localisées à forme de gommes par suite des localisations variables qu'affectent ces lésions, de l'influence qu'elles exercent suivant le degré de leur développement sur les tissus, au sein ou au voisinage desquels elles évoluent, le tableau symptomatique de la syphilis cérébrale est essentiellement mouvementé et changeant d'un individu à l'autre, souvent même d'un moment à l'autre chez le même individu : céphalée, accidents apoplectiformes ou épileptiformes, paralysies de sièges divers, troubles intellectuels à modalités multiples, nous allons retrouver tout cela dans l'étude symptomatique de la syphilis du cerveau.

ANESTHÉSIE

A L'AIDE D'UN MÉLANGE DE CHLOROFORME ET D'AIR EXACTEMENT TITRÉ ; MÉTHODE DE M. P. BERT.

Par M. le docteur A. Aubeau.

M. P. Bert exposait dernièrement les résultats des premières anesthésies obtenues chez l'homme à l'aide de sa méthode de dosage de chloroforme et d'air.

M. Péan a continué l'emploi de cette méthode pour les opérations de son service.

Dans tous ces cas l'anesthésie a été conduite par M. le docteur Dubois, du laboratoire de physiologie de la Sorbonne.

Nous avons recueilli les observations dont nous désirons communiquer aujourd'hui la statistique.

Elle porte sur 115 cas. Si ce nombre est trop restreint pour fournir les bases d'un jugement définitif, il est du moins suffisant pour permettre d'établir une comparaison entre les procédés ordinaires et la méthode des mélanges titrés.

Titres des mélanges. — La quantité de chloroforme contenue dans les mélanges a varié entre 7 et 10 p. 100 (7 ou 10 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air).

Le mélange à 8 p. 100 a été employé chez plus de 100 malades sur 115. C'est lui qui donne les meilleurs résultats.

En effet, le mélange à 7 p. 100 n'est suffisamment anesthésique que pour les très jeunes enfants. Les mélanges à 9 et à 10 p. 100 ne procurent pas d'avantages sérieux.

La dose de 8 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air représente la dose *minima* pour la moyenne des individus.

L'âge, le sexe, le tempérament, n'ont qu'une influence secondaire et déjà connue.

68 malades appartiennent au sexe masculin ; 47 au sexe féminin. Les âges se répartissent entre six mois et soixante-seize ans, les deux extrêmes de la vie.

Des *opérations* de siège, de nature et de durée variables ont été pratiquées chez ces malades, à savoir :

Amputations ;

Résections osseuses et évidements ;

Désarticulation de la hanche ;

Réduction de luxation de la hanche ;

Diverses autres opérations sur les jointures ;

L'ablation d'une encéphalocèle et l'arrachement du nerf dentaire inférieur.

Autoplasties de la face ;

Débridements d'abcès froids fistuleux, énormes, avec ablation des fongosités ;

Ablations de tumeurs de toutes régions et de toute nature ;

Opération de bec-de-lièvre ;

Opérations sur le rectum et l'anus, sur les organes génito-urinaires de l'homme ; sur ceux de la femme, dont une ovariotomie et une opération de fistule vésico-utérine.

Plusieurs malades présentaient des *états pathologiques capables d'influer sur la marche de l'anesthésie* : laryngite, bronchite, phtisie, nervosisme, alcoolisme, anémie.

L'hyperesthésie des muqueuses laryngienne et bronchique a été naturellement plus grande chez les sujets atteints d'inflammation des muqueuses des voies respiratoires.

L'anémie a été favorable à la rapidité et à l'intensité de l'action anesthésique, sans toutefois entraîner de dépression nerveuse inquiétante.

L'opération a pu être conduite à bonne fin, même chez un malade atteint de cancer étendu du gros intestin qui subit, dans la même séance, l'opération de l'anus artificiel d'abord par la méthode de Cullisen, puis par celle de Littre, bien que tout concourût chez ce patient à engendrer une adynamie mortelle.

L'anesthésie marcha très régulièrement chez un autre sujet très débilité, qui avait eu récemment plusieurs accès d'embolie pulmonaire, bien qu'on eût employé un mélange à 9 p. 100.

L'alcoolisme a retardé la période d'anesthésie confirmée et a hâté le réveil.

Phénomènes de l'anesthésie. — Nous n'avons jamais observé chez nos malades la répugnance qu'inspire le chloroforme administré par la méthode de la compresse.

Sauf chez un jeune homme atteint de laryngite et chez un alcoolique atteint de phtisie siliceuse, il n'y a eu au début ni toux, ni spasme de la glotte, ni hypersécrétion glandulaire.

La période d'excitation, si fréquente avec les procédés habituels, a fait complètement défaut dans plus de la moitié des cas. Elle a été insignifiante dans la plupart des autres, ne durant pas plus de deux secondes à deux minutes.

Encore cette excitation légère était-elle provoquée le plus souvent par l'exploration de la région malade, le lavage des plaies, etc.

En réalité, 13 malades seulement sur 115 ont eu de l'excitation ; 12 étaient alcooliques, et chez le dernier le masque ne s'appliquait pas hermétiquement au visage.

L'anesthésie confirmée a été obtenue, en moyenne, sept minutes après le début des inhalations ; elle a été, en règle très générale, parfaite, c'est-à-dire régulière, calme, continue, profonde, et n'a pas présenté les alternatives de demi-réveil et de demi-collapsus qu'on observe si fréquemment avec les procédés ordinaires.

Dans les cas d'opérations pratiquées sur les mâchoires, la méthode des mélanges a offert des avantages réels en permettant de maintenir pendant toute la durée des manœuvres chirurgicales

l'anesthésie aussi profonde, en conduisant les vapeurs à l'entrée du larynx à l'aide d'un tuyau en cuivre recourbé, construit par M. Mathieu sur les indications de M. P. Bert.

Irrégularités de l'anesthésie. — Il y a eu, pendant la période d'anesthésie confirmée, quelques incidents : de la toux chez quatre malades atteints de laryngite ou de bronchite, des nausées et un vomissement, pendant une suspension des inhalations.

Un ralentissement inquiétant de la respiration chez un rhumatisant goutteux, vingt minutes après le début des inhalations. Les soupapes de l'inhalateur fonctionnaient mal, mais néanmoins l'explication de ce phénomène n'est pas des plus simples. Peut-être y a-t-il lieu d'accuser quelque réflexe encore peu connu, car au moment où la respiration s'est modifiée on opérait dans la profondeur du creux axillaire. Les recherches que nous faisons en ce moment avec M. le docteur Dubois, du laboratoire de physiologie de la Sorbonne, sur les réflexes provoqués par les manœuvres opératoires pendant l'anesthésie donnent une certaine valeur à cette interprétation.

Il y eut enfin un certain degré d'adynamie chez le sujet atteint de rétrécissement cancéreux du gros intestin. L'étendue de l'affection organique, la déchéance nutritive subie par le sujet, la gravité et la longue durée (quatre-vingt-deux minutes) des opérations ont certainement joué dans ce cas un rôle plus important que le chloroforme.

Enfin, comme nous l'avons dit, l'opération put être conduite à bonne fin et l'on est en droit de se demander si l'on aurait eu un égal succès avec le procédé aventureux de la compresse.

A propos de ce malade, il est intéressant de remarquer que la méthode de l'anesthésie par la voie rectale n'est pas applicable à toutes les opérations.

L'examen attentif des différents cas, que nous venons de signaler, montre que les incidents de l'anesthésie confirmée ne sont nullement imputables à la méthode.

La *durée* totale des anesthésies a varié entre huit et quatre-vingt-deux minutes.

Les *quantités* de mélange dépensées ont oscillé entre 80 et 1,200 litres, suivant la durée de l'anesthésie.

Le *réveil* s'est effectué en moyenne sept minutes après la cessation des inhalations; mais, après le réveil, l'insensibilité a persisté pendant un temps variable.

Quelques malades ont eu des vomissements au réveil et chez quelques-uns l'état nauséeux a persisté de trente-six à quarante-huit heures.

Tous ces patients présentaient quelque cause prédisposante : pharyngite glanduleuse avec hypersécrétion, dilatation de l'estomac, ingestion récente d'aliments, etc.

Appréciation de la valeur de la méthode des mélanges titrés. — Des circonstances particulières nous ont entraîné à pratiquer l'anesthésie chloroformique, presque quotidiennement depuis dix années, et à étudier de près les phénomènes cliniques de l'anesthésie.

Nous avons pu expérimenter et apprécier les divers procédés. Disons tout de suite que notre impression générale est toute en faveur de la méthode de M. P. Bert qui donne à la conduite de l'anesthésie une précision, une régularité, une sûreté inconnues jusqu'alors.

Mais pour appuyer notre opinion sur des données précises, envisageons les inconvénients et les dangers de l'anesthésie chloroformique.

Les inconvénients sont : la répugnance des malades et l'irritation des muqueuses buccale, nasale, pharyngienne et laryngienne au début des inhalations; d'où toux, spasme de la glotte, suffocation et hypersécrétion glandulaire.

Le danger, c'est la syncope respiratoire. Nous ne prétendons pas nier la possibilité d'une syncope cardiaque au cours de l'anesthésie, mais nous ne l'avons pas observée.

Au contraire, tous les accidents qui ont évolué sous nos yeux étaient attribuables à une syncope respiratoire.

La syncope respiratoire revêt deux formes : forme convulsive, forme parésique ou adynamique.

La forme convulsive apparaît soit tout à fait au début des inhalations, soit pendant la période d'agitation.

Au début, elle paraît due à la pénétration d'une dose massive de vapeurs chloroformiques dans les voies respiratoires, à un accès de suffocation. Plus tard elle fait suite à une respiration saccadée pénible, convulsive; elle est souvent précédée de troubles vasculaires, cutanés, sur lesquels nous avons autrefois attiré l'attention (*Odontologie*, tome III, nº 3).

La forme adynamique est le terme d'une dépression nerveuse excessive produite par le chloroforme.

Ces données étant établies, nous poserons les conclusions suivantes :

1º La dose de chloroforme, 8 p. 100, étant une dose minima pour la grande majorité des individus, les phénomènes d'irritation locale des muqueuses nasale, buccale, pharyngienne et laryngienne (toux, spasme, suffocation), faisant défaut avec l'emploi des mélanges titrés, la syncope convulsive du début ne semble plus à craindre.

2º La période d'excitation étant supprimée ou considérablement atténuée, sauf chez les alcooliques, le danger de la syncope convulsive de la période d'excitation paraît écarté.

3º L'emploi d'une dose minima de chloroforme et l'absence de dépression nerveuse inquiétante doivent rassurer sur la probabilité d'une syncope adynamique.

Toutefois, comme il est impossible de prévoir à l'avance jusqu'où ira la dépression nerveuse chloroformique chez certains sujets déjà débilités, comme cette dépression est variable suivant les individus, comme à cette dépression peut s'ajouter celle d'un *choc chirurgical* excessif, il importe de faire des réserves et de ne jamais s'écarter des obligations de prudence et de surveillance.

Nous n'insistons pas sur les avantages d'ordre secondaire (entretien de l'anesthésie pendant les opérations qui se pratiquent sur la bouche et les fosses nasales, économie de chloroforme).

Nous dirons seulement pour terminer que si la méthode des mélanges ne donne pas une sécurité absolue, elle offre du moins sur les autres procédés d'immenses avantages.

Les observations faites sur l'homme confirment de tous points les expériences faites sur les animaux.

MM. Paul Bert et le docteur Dubois ont fait construire un appareil transportable et d'un maniement facile. M. Péan se propose de poursuivre l'emploi des mélanges titrés. Pour notre part, nous continuerons à recueillir avec soin les observations des malades anesthésiés par cette méthode, parce qu'à notre sens on n'obtiendra de données sérieuses et pratiques sur l'anesthésie qu'en se plaçant toujours dans des conditions identiques, c'est-à-dire en employant des mélanges exactement titrés.

HERNIE TRAUMATIQUE (1).

Par M. le Dr Guermonprez.

II

Le 2 août 1883, le charpentier S... (Charles), de Fives, âgé de soixante-quatorze ans et demi, travaillait à un pont sur la voie du chemin de fer, au moment où arrivait un train. Les signaux protecteurs ayant été négligés, le charpentier aurait été tué, si le mécanicien n'avait immédiatement employé tous les moyens d'arrêter la marche. Il était déjà tard : on dut dégager le blessé de l'avant de la machine. Atteint par une barre de fer verticale, le « chasse-pierre », il avait été traîné dans une étendue d'un mètre ou deux, immédiatement en avant de la première roue.

L'état général fut rapidement restauré : il y avait eu du refroidissement, du tremblement, une pâleur très grande, une défécation involontaire. Un infusé de café et un cordial avaient suffi pour améliorer cette situation.

(1) Fin. — Voir le numéro du 14 juin 1884.

Il fut alors possible de reconnaître : 1° une contusion avec excoriations superficielles de la face externe de la cuisse droite; 2° une contusion avec excoriation, ou plutôt usure de la largeur d'un rail, suivant une direction oblique de haut en bas et de droite à gauche, dans toute l'étendue de la partie moyenne du dos; 3° une hernie de l'une des parties du canal digestif à travers les muscles abdominaux rompus près du bord des fausses côtes du côté gauche. Cette hernie, du volume d'une grosse orange, se réduit facilement, mais se reproduit de même.

Transporté sur un brancard, le blessé est examiné de nouveau.

On lui reconnaît alors deux éléments chirurgicaux importants : d'abord il porte deux entérocèles inguinales, qui dénotent une certaine prédisposition aux hernies; puis il est atteint d'un néoplasme malin du maxillaire supérieur gauche. En ce point, on observe une surface ulcérée couverte de bourgeons petits, nombreux et peu saillants, dans une étendue d'une pièce de deux francs environ.

La hernie ventrale disparaît entièrement dans le décubitus dorsal; mais on en reconnaît le siège à cause d'un état plus tuméfié et moins ridé de la peau. Celle-ci ne présente ni ecchymose, ni même aucune excoriation appréciable. Le pincement est plus douloureux de ce côté que dans la partie symétrique, comme il arrive pour toute contusion. La pression est plus pénible quand les doigts du chirurgien explorent l'anneau, qui permet aisément d'y engager les extrémités des quatre doigts et du pouce jusqu'au-dessus de la matrice des ongles. Cet orifice est à peu près circulaire. Son bord supéro-externe est distant de 5 à 6 millimètres du rebord cartilagineux. Un seul doigt, introduit dans l'anneau pour en explorer tous les contours, constate une minceur de paroi notablement plus grande qu'on ne la trouve d'ordinaire au niveau du canal inguinal; mais le doigt ne rencontre absolument rien d'irrégulier ou de notable, soit par son volume, soit par sa consistance. Pendant toutes ces manœuvres, l'orifice se montre bien un peu sensible, mais sans aucune intolérance.

Le blessé se laisse d'autant mieux explorer qu'il souffre davantage de la cuisse et du dos.

On applique des cataplasmes et on tient en réserve quelques sangsues, qui seraient appliquées dans le cas où surviendraient des accidents inflammatoires.

Après quelques semaines de décubitus dorsal motivé par les lésions de la cuisse et du dos, on constate la persistance de la hernie, qui fait saillie dans la station assise et surtout debout. On distingue ainsi son volume, notablement augmenté depuis le jour de l'accident, sa forme ovoïde, allongée, à grand axe oblique en bas et en dedans, sa configuration uniformément convexe et très saillante dans ses deux tiers supéro-externes, plus mamelonnée, étroite et moins saillante dans sa partie inférieure. La consistance est celle de l'entérocèle pure et simple, sans épiplocèle appréciable. La percussion semble y indiquer parfois l'estomac, le plus souvent l'intestin, sans qu'on y trouve jamais rien de dur. Il n'y reste plus aucune sensibilité anomale.

Un bandage spécial est appliqué sous forme de ceinture en tissu muni de fibres de caoutchouc. Une plaque de tôle répond à la région de la hernie ventrale et porte une pelote d'une dimension proportionnée au volume de la hernie, mais d'une forme peu saillante. Cet appareil prothétique, serré par trois courroies à trois boucles correspondantes, est bien supporté : il soutient tellement le patient qu'il en éprouve le besoin pour la station debout.

Après quelques mois, le volume de la hernie est absolument le même; mais l'anneau paraît être moins grand; sa dimension est celle d'une pièce d'un franc. Jamais il n'y a eu de douleur ni d'inflammation.

Les fonctions digestives ont toujours été régulières. On n'a jamais observé de mélæna, ni d'autre incident notable.

Malheureusement, le néoplasme malin a fait de rapides progrès. Toute la voûte palatine est envahie. Un vaste ulcère s'est développé au niveau du bord inférieur de l'os malaire, un autre sur l'unguis et le sommet de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et probablement aussi un quatrième dans la cavité nasale du côté gauche.

En mai 1884, la cachexie suit une marche de plus en plus rapide et indique une fin prochaine.

Il nous paraît difficile d'affirmer si la hernie ventrale est sous-cutanée dans sa partie la plus volumineuse et si elle chemine obliquement entre deux couches musculaires dans sa partie inféro-interne.

Remarquons sa coexistence avec d'autres hernies, comme le signale M. Duplay (1).

Notons l'absence d'ecchymose et d'excoriation, la date hâtive de la hernie, sa bénignité, son état stationnaire et enfin l'utilité d'un brayer approprié.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1884. — Présidence de M. BUCQUOY.

CORRESPONDANCE

Traitement de la diphtérie par la combustion d'un mélange de térébenthine et de goudron de gaz. — M. **VIGOUROUX** adresse à la Société un nouveau cas de guérison du croup par le procédé de M. Delthil (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 539).

M. **LE PRÉSIDENT** annonce la mort de M. Simonnet.

COMMUNICATIONS

Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac. — M. **BOUCHARD** fait une communication sur ce sujet. Il a réuni 220 cas de dilatation stomacale. Cette affection est beaucoup plus fréquente qu'on pourrait le croire; sur tous les malades elle se rencontre dans un tiers des cas. Elle est le plus souvent silencieuse; dans un tiers des cas seulement elle s'accompagne de troubles divers tels que lenteur de la digestion, sensation de pesanteur, éructations, vertiges, ballonnement du ventre, constipation, bien plus rarement diarrhée, etc.

M. Bouchard insiste particulièrement sur un signe de la dilatation stomacale auquel il attache une grande importance; ce signe, qui est perçu à la palpation, est le clapotage. Il doit être perçu à jeun, toujours dans les mêmes limites, même lorsque l'estomac est presque vide. Il s'observe très rarement chez l'homme sain. Il est toujours en relations avec un état de dilatation plus ou moins marqué de l'estomac.

Cet état s'observe souvent chez des malades dont le système nerveux est faible et excitable, chez des hystériques, des hypocondriaques, des malades atteints de vertiges, etc., si bien qu'on a pu supposer qu'il était la conséquence même de ces états; il n'en est pas ainsi. En outre, les fermentations qui se développent constamment deux ou trois heures après les repas ne se limitent pas toujours à l'estomac; il y a souvent aussi de l'entérite glaireuse, du flux hémorroïdaire, de la tuméfaction congestive du foie. On constate alors un abaissement et une mobilité anomale du rein droit. Il y a parfois aussi une salivation exagérée, de l'irritation de la bouche, des cauchemars pendant le décubitus latéral droit, puis des troubles nerveux, de la céphalée, des migraines répétées, de la diminution de la mémoire, de la tristesse, une certaine débilité génitale, de la faiblesse des membres, du tremblement, des troubles du côté des yeux, des scotomes, des hallucinations de la vue, des vertiges, dans quelques cas une aphasie transitoire, des syncopes, de la dyspnée, des palpitations cardiaques, des accès d'angine de poitrine, une sensation de pesanteur et de chaleur pendant les digestions, des sueurs, une sensation de brûlure dans la paume de la main, etc. La dilatation stoma-

---

(1) *Loco citato.* Paris, 1883, t. VI, p. 266.

cale coïncide aussi avec des troubles de la nutrition générale, de l'obésité, de la glycosurie passagère, de l'albuminurie transitoire, la coloration rouge des urines par l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer, le développement du pityriasis versicolor. Les reins deviennent fréquemment malades et l'on constate assez souvent de l'albuminurie vraie. On voit aussi apparaître, dans un certain nombre de cas, de l'eczéma, de l'urticaire, de l'acné. La bronchite sibilante, l'emphysème ont été également constatés concurremment avec la dilatation stomacale. Dans quelques cas, M. Bouchard a reconnu l'existence de lésions organiques du cœur. Cinq fois il a vu se développer une phlébite spontanée du membre inférieur. Il cite encore le purpura, le rhumatisme, etc. M. Bouchard passe en revue tous les états morbides divers qui peuvent accompagner la dilatation stomacale.

Il en admet diverses formes : d'abord une forme latente, sans symptôme dominant, puis une seconde forme qu'il appelle forme dyspepsique ou dyspepsie stomacale. Dans cette seconde forme, il passe successivement en revue le type hépatique avec ectopie rénale droite, le type névrosique, le type cardiaque, le type rénal, le type rhumatismal, etc.

Enfin il étudie les rapports de la dilatation stomacale avec les grandes diathèses, le diabète, la goutte, etc.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que lorsqu'on étudie un seul symptôme, on a généralement une tendance à rattacher tous les autres phénomènes à ce symptôme. C'est ainsi que M. Bouchard tend à substituer le mot de dilatation stomacale à celui de dyspepsie. Le clapotement, ce signe auquel M. Bouchard attache tant d'importance, peut exister en dehors d'une distension exagérée de l'estomac. Plusieurs causes peuvent déterminer ce clapotement. Il faut tenir compte aussi de la plus ou moins grande résistance des parois abdominales ; en outre, une simple contraction du droit antérieur fait disparaître ce signe. Chez d'autres, au contraire, on peut produire le clapotement sans qu'il y ait de dilatation exagérée.

M. Bouchard a dit aussi que ce clapotement se retrouvait toujours dans le même point de l'abdomen ; mais il peut avoir un siège très variable suivant diverses conditions ; chez les emphysémateux, par exemple, dont le diaphragme et conséquemment l'estomac sont abaissés, le siège du clapotement n'est plus le même. Il faut aussi distinguer ce clapotement stomacal de celui qui peut se produire du côté du gros intestin.

M. Bouchard n'a pas assez insisté sur les cas où l'on trouve une énorme dilatation, avec épaississement des parois, cas dans lesquels il est impossible de distinguer la dilatation due à la gastrite de celle qui résulte de lésions cancéreuses ou autres du côté du pylore.

En général, ce clapotement s'observe dans ce que nous appelions autrefois la dyspepsie atonique, avec tympanisme, dyspepsie résultant de la paresse de la couche musculeuse. Ce symptôme se retrouve dans un grand nombre d'états pathologiques divers.

M. BOUCHARD répond à M. Beaumetz que l'abaissement de l'estomac n'implique pas une augmentation de la zone du clapotage. L'estomac peut être distendu par des aliments, des boissons, mais M. Bouchard a eu soin de dire que ce signe de clapotage devait être recherché, le malade étant à jeun. Chaque fois qu'en dehors de ces deux circonstances dont il n'a pas voulu s'occuper, augmentation du volume du foie ou autre tumeur, l'estomac présente ce signe dans le point indiqué, cela signifie qu'il y a un certain état de flaccidité de cet estomac. Toutes les fois que l'estomac est presque vide ou très modérément rempli, la zone dans laquelle on constate le clapotage est toujours la même. En effet, un estomac dilaté ne revient jamais que très lentement sur lui-même. Le clapotage est donc un indice constant de cette flaccidité. Il peut exister dans l'intestin, mais M. Bouchard n'a pas voulu s'en occuper, il ne veut parler que du clapotage remontant jusqu'au rebord costal : or on sait bien que ce n'est pas l'intestin qui, dans ces cas, donne lieu à ce clapotage. Il y a bien des erreurs possibles, mais il y a aussi des signes qui permettent de les éviter.

Ai-je eu, dit M. Bouchard, la prétention de décrire une maladie nouvelle? Certes, non. Il s'agit, si l'on veut, de la dyspepsie, mais d'une dyspepsie qui deux fois sur trois existe sans dyspepsie. En effet, la dilatation précède généralement les troubles qui caractérisent la dyspepsie. Le caractère principal de cette dilatation est qu'alors même que le malade serait longtemps soumis à un jeûne absolu, l'estomac ne reviendra jamais sur lui-même. Or ces estomacs qui restent si longtemps sans se rétracter sont des estomacs malades.

M. BEAUMETZ reproche à M. Bouchard de ne s'être pas expliqué sur le mot dyspepsie. Par dyspepsie stomacale M. Beaumetz entend tout ce qui vient troubler la digestion stomacale, qu'il s'agisse d'un trouble de la membrane muqueuse ou de la tunique musculeuse. M. Germain Sée, en n'admettant que la dyspepsie chimique, va trop loin : il est évident qu'il faut faire entrer dans l'histoire de la dyspepsie la dilatation décrite par M. Bouchard, mais, selon M. Beaumetz, cette dilatation n'est qu'une sorte de dyspepsie, et il maintient que dans tous les cas M. Bouchard a eu affaire à des dyspeptiques.

M. BOUCHARD dit avoir eu affaire à des dyspepsies dans le tiers des cas, parce que dans le tiers des cas seulement il a constaté des troubles tels qu'une digestion lente, paresseuse, laborieuse, douloureuse.

M. BEAUMETZ maintient qu'il s'agit de dyspepsies dans les cas observés par M. Bouchard.

M. BOUCHARD dit qu'il y a des sujets qui font une bonne digestion avec un mauvais estomac ou un estomac dilaté. On ne peut dire que ces sujets soient dyspeptiques.

M. DUMONTPALLIER s'attendait à ce que M. Bouchard donnât une cause diathésique ou autre de cette dilatation stomacale. Il a dit fort heureusement qu'il s'agissait d'un estomac forcé, comparant, dans ces cas, l'estomac à la vessie forcée ou au cœur forcé ; mais on connaît les causes de la vessie forcée ainsi que celles du cœur forcé : quelle est donc la cause qui fait que l'estomac peut à son tour être forcé ?

M. BOUCHARD n'a pas eu l'intention d'étudier les causes ni le traitement de la dilatation stomacale. L'estomac se dilate généralement quand il a été distendu anomalement par des écarts hygiéniques. Depuis l'enfant qui prend trop souvent le sein jusqu'à l'adulte ou au vieillard qui mange trop, trop souvent et trop abondamment, tous les âges peuvent présenter cette dilatation. Non seulement les excès, mais le mauvais choix des aliments, l'irrégularité des heures de repas sont aussi des facteurs importants pour la production de cette dilatation.

M. DUMONTPALLIER fait observer qu'il y a des gens qui remplissent la plupart de ces conditions d'irrégularité, d'excès, etc., et qui ne deviennent jamais dyspeptiques. Il espérait donc que M. Bouchard ferait intervenir le système nerveux, ou certaines modifications chimiques de nos humeurs, ou une diathèse quelconque pour expliquer la production de cette dilatation stomacale.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de M. Eugène Fournier, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, décédé à Auteuil, le 10 juin 1884, à l'âge de cinquante ans.

Cet éminent confrère, qui occupait une place considérable dans le monde botanique, laissera les plus vifs regrets dans le souvenir de tous ceux qui l'ont approché et qui ont pu apprécier toutes ses qualités de cœur et d'esprit.

— Par décret, en date du 12 juin 1884, M. le docteur Le Fort, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale vacante à ladite Faculté par suite de la démission de M. Gosselin.

— Par décret en date du 13 juin, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Gentit, médecin-major de première classe, chef de l'ambulance de la première brigade du corps expéditionnaire du Tonkin.

Au grade de chevalier : M. Baudot, médecin-major de deuxième classe; M. Théophile Worms, pharmacien-major de deuxième classe.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 7 juillet 1884, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 3 juillet 1884. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

Pour tous autres renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— Un autre concours pour la nomination à une place de chef de clinique titulaire et à une place de chef de clinique adjoint des maladies des enfants s'ouvrira également le lundi 7 juillet 1884 à neuf heures du matin. Les conditions sont les mêmes que pour le concours ci-dessus et la limite d'âge est également fixée à trente-quatre ans au jour d'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Latteux est maintenu dans les fonctions de chef du laboratoire de clinique chirurgicale pour une période de trois ans, à dater du 1er avril 1884.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Aubry est nommé, pour trois ans, chef de clinique ophtalmologique en remplacement de M. Stœber, démissionnaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16337.

25

Établissement thermal Vichy
(Allier) *PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT* *(Allier)*

SAISON DES BAINS (Ouverture le 15 mai).

Bains et Douches de toute espèce pour le traitement des *Maladies de l'Estomac, du Foie, de la Vessie, Gravelle, Diabte, Goutte, Calculs urinaires, etc.*

Théâtre et Concert au Casino; Musique dans le Parc; Cabinet de Lecture; Salon réservé aux Dames; Salons de jeux, de conversation et de billard.

COURSES DE CHEVAUX

Tous les renseignements sont donnés gratuitement à Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré.

125

Croisic Loire-Infre **Etabl**issement des **bains** de MER de vapeurs térébenthinées, etc.; hydrothérapie marine. — Traitement spécial et héroïque des affections des os et des engorgements chroniques de la matrice, des maladies nerveuses et rhumatismales. Guérison de la scrofule à tous les degrés par les *eaux-mères*.

90

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig
Bouillon de viande de bœuf concentré
GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

3

MALADIES DE LA PEAU.

Sirop et pommade Chesnel
au Goudron opobalsamique.
Spécialement recommandé dans le traitement de l'eczéma.

Vente en gros chez Marchand, 13, rue Grenier-Saint-Lazare. — Détail dans toutes les phies.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

12

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.
TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

100

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud
AU QUINA
et aux principes nutritifs solubles de la Viande.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

66

Dragées Meynet
D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

79

Granules ferro-sulfureux
J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. Thomas, 48, avenue d'Italie.

81

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacée.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Gros : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade
à l'albuminate de fer.
Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

44

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

99

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

19

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan
AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

146

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

47

Luchon (Pyrénées)
Saison du 1er Juin au 1er Octobre

La plus riche, la plus complète des stations minérales sulfurées sodiques (24 sources). — Le plus beau climat de toutes les stations similaires des Pyrénées (**à recommander dans les affections des voies respiratoires**).

Mauvais états généraux (constitutionnels ou acquis), — **arthritisme** (manifestations rhumatismales, cutanées, etc.), — **scrofule**, — **lymphatisme**, — **syphilis**, — **affections chirurgicales** (os, articulations), — **atrophie** et **paralysie** musculaires, — **affections utérines**.

Bains. — Grandes et petites douches. — Douches pulvérisées. — Humages. — Etuves. — Salles d'inhalations et de gargarismes. — Buvettes des différentes sources (**SOURCES DU PRÉ**).

139

Vin de Bugeaud, toni-nutritif
AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital des Enfants-Malades. De la paralysie infantile. — Maladies des voies urinaires. Rétrécissement traumatique et rétrécissement valvulaire de l'urètre; galvanocaustique chimique; guérison. — Grossesse gémellaire; accouchement prématuré naturel; insertion vicieuse d'un placenta unique anomal; phlegmatia alba dolens; guérison. — Hydrologie. Les indications de la médication alcaline. — Académie de Médecine. — Société de Biologie. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Parmi les communications et lectures, signalons en première ligne celle de M. Gauthier, qui est parvenu à réaliser artificiellement la synthèse d'un dérivé des substances albuminoïdes, la xanthine, produit organique très voisin de l'acide urique. Cette découverte, qui rappelle les plus beaux titres de gloire de notre illustre Berthelot, fait le plus grand honneur à la science française.

M. Marc Sée a préconisé un traitement de l'hydarthrose qui, suivant lui, réussirait dans tous les cas, quelles que fussent la cause et la nature de l'épanchement articulaire; il s'agit de la compression produite par une bande de caoutchouc.

M. Voisin est venu apporter de nouvelles preuves à l'appui des idées de M. Charcot, relatives à la localisation des centres moteurs des membres supérieurs et inférieurs dans le voisinage de la scissure de Rolando.

Le reste de la séance a été occupé par un discours de M. Colin sur la septicémie, ses causes et ses formes.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Rendu.

De la paralysie infantile.

En 1844, MM. Rillet et Barthez, dans leur *Traité des maladies des enfants,* considéraient la paralysie infantile comme une maladie essentielle, et ce n'est qu'en 1850 que Duchenne (de Boulogne) indiqua pour la première fois des lésions musculaires derrière lesquelles il existait certainement une lésion centrale. Cette découverte est donc de date relativement récente.

En effet, lorsque l'on fait l'autopsie d'un enfant ayant succombé dans le cours de cette affection, on constate d'abord, à l'œil nu, un état particulier des muscles caractérisé par leur atrophie, leur amaigrissement, leur coloration pâle, jaunâtre; le muscle est pour ainsi dire transformé en matière adipeuse, il est infiltré de graisse jusque dans ses fibres elles-mêmes, d'où leur coloration feuille-morte. C'est cet état graisseux qui pendant longtemps a été considéré comme la seule lésion de cette maladie. Duchenne (de Boulogne) lui-même, dans la première édition de son livre, le croyait, et c'est ainsi qu'il avait appelé la maladie qui nous occupe : la paralysie graisseuse de l'enfance.

Un peu plus tard on a constaté que cet état graisseux n'était pas constant, qu'il manquait quelquefois, même dans le cas d'atrophie considérable : c'est alors que Duchenne a considéré cette adiposité comme un fait secondaire. Aujourd'hui personne ne regarde plus l'état des muscles comme caractéristique de la maladie; néanmoins il mérite d'être étudié avec soin.

En effet, quand on examine les muscles de ces petits paralytiques, on trouve la fibre seulement diminuée de volume, du quart, du tiers, des deux tiers, et quelquefois même presque réduite à rien, mais sa striation n'en est pas moins conservée; son enveloppe, le myolème, présente un état irritatif caractérisé par la présence d'un grand nombre de cellules embryonnaires, lesquelles témoignent d'une inflammation chronique. En un mot, on trouve de la myosite, laquelle passera, à un moment donné, si la maladie continue à évoluer, à une véritable sclérose avec rétraction du tissu musculaire et contracture. A cette altération vient s'ajouter, dans certains cas, une stéatose du muscle, c'est-à-dire une infiltration graisseuse de ses fibres, laquelle prédomine quelquefois sur l'atrophie.

A quoi donc est dû cet état du système musculaire? à un état spinal ? à une névrite ?

Les premiers travaux sur cette question sont dus à MM. Laborde et Cornil qui ont trouvé, dans deux autopsies, une altération des racines antérieures de la moelle, une véritable atrophie. Très peu de temps après leur publication, M. Cornil rencontrait un troisième cas dans lequel il constatait, pour la première fois, que les cornes antérieures se trouvaient réduites à un magma scléreux. Cependant il ne vit pas encore que la lésion portait surtout sur les cellules nerveuses. Ce sont MM. Prévost et Vulpian, en 1866, qui ont signalé, dans la paralysie infantile avec sclérose et atrophie des membres inférieurs, une atrophie véritable des cellules nerveuses. Depuis lors les recherches de MM. Charcot, Joffroy, etc., ont complètement confirmé le fait.

Une coupe de la moelle montre donc chez ces malades une atrophie des cornes antérieures de la moelle, lésion disséminée, non symétrique, dans laquelle on voit que c'est le groupe externe des cellules antérieures ou motrices qui

subit les premières altérations, puis le groupe antérieur, enfin le groupe interne. La cellule nerveuse se détruit peu à peu et se trouve peu à peu aussi remplacée par une sorte de pigment en même temps que la névroglie prolifère et devient fibreuse, remplaçant ainsi la cellule détruite. Ce sont là des lésions de la même nature que celles que l'on rencontre dans la maladie connue sous le nom d'atrophie progressive. Mais, dans la paralysie infantile, la paralysie, au point de vue clinique, est le phénomène initial, tandis que, dans l'atrophie progressive, c'est l'atrophie qui constitue le premier phénomène. Du reste, la marche des lésions est différente : dans la paralysie infantile, la moelle est prise d'emblée et la destruction des cellules est des plus rapides; dans l'atrophie, la lésion évolue peu à peu, tandis que l'atrophie se fait d'emblée sans phénomènes inflammatoires.

Quant au mécanisme des lésions de la paralysie infantile, deux théories sont en présence : dans la première, soutenue avec talent par M. Damaschino, dès 1871-1872, on pense que le tissu conjonctif est celui qui s'enflamme le premier, et la cellule nerveuse n'est atteinte que secondairement; dans la seconde, défendue par M. Charcot, la cellule, au contraire s'enflammerait la première, et le tissu conjonctif seulement en second lieu. Ceci paraîtra peut-être au premier abord une querelle de mots; en réalité, la question est beaucoup plus importante. Les deux théories ont été soutenues avec des faits nécropsiques à l'appui. Pour moi, je me rattache à la théorie de M. Charcot, et je vois tout d'abord comme phénomène initial la lésion de la cellule nerveuse, comme conséquence une névrite, puis la stéatose de la fibre nerveuse; de même pour les muscles atrophie, myosite et stéatose, le tout aboutissant au processus scléreux; enfin vis-à-vis du système osseux nous constatons des troubles trophiques curieux, l'os est diminué de volume; il y a une véritable atrophie du squelette, le membre se raccourcit, d'où la claudication. Et ce n'est pas l'immobilité du membre qui amène cette atrophie, car il est bien des affections dans lesquelles les membres immobilisés ne diminuent pas pour cela de volume. Il y a donc comme symptomatologie des troubles trophiques du côté de la peau, du tissu sous-cutané, des muscles et des os. La circulation elle-même est modifiée, le calibre des vaisseaux parfois est diminué et l'on constate du refroidissement des extrémités.

La paralysie infantile intéresse-t-elle directement l'existence? Non, car la mort est très rare, alors même que la maladie est très aiguë, mais elle est grave par sa longue durée et les désordres qu'elle entraîne avec elle. Le degré d'intensité de la fièvre initiale n'influe en rien sur le pronostic de la paralysie infantile, sur sa gravité, et le critérium, qui permet de diagnostiquer l'intensité de la lésion spinale, est l'atrophie musculaire. Lorsque la contractilité électrique est conservée, le muscle peut être certainement malade, mais il n'est pas encore tué, par suite il peut encore revenir et guérir.

Cependant, si les muscles ne se contractent plus sous l'influence de la faradisation, il ne s'ensuit pas fatalement que la suppression de la contractilité fibrillaire soit définitive. Les faits observés dans le saturnisme en sont, du reste, une preuve. Le siège, relativement aux muscles atteints, n'est pas d'une importance pronostique bien grande, à moins qu'il ne s'agisse d'un muscle comme le diaphragme, dont l'atrophie ou la paralysie aurait des conséquences graves pour les fonctions respiratoires. Du reste, le diaphragme de même que les muscles intercostaux sont rarement touchés.

Il y a cependant des cas où la lésion spinale, remontant jusqu'au voisinage du bulbe, peut avoir une influence grave en raison des muscles du cou et de la déglutition qui sont alors atteints. Enfin, au point de vue de la déformation, la paralysie de certains groupes musculaires présente des inconvénients plus sérieux que s'il s'agissait d'autres groupes.

L'atrophie musculaire que l'on observe dans la paralysie infantile ne progresse pas fatalement comme dans l'atrophie progressive, parce que la lésion d'emblée est la paralysie et que l'atrophie n'est que secondaire et se produit alors que la lésion spinale est en voie de réparation.

Il ne nous reste plus maintenant pour terminer qu'à parler du traitement. Si l'on est appelé dès le début des accidents, il faut immédiatement, sans perdre un instant, pratiquer une révulsion très énergique le long de la colonne vertébrale (ventouses scarifiées, vésicatoires). Mais dès que la maladie tend à prendre la forme chronique, ce moyen-là ne vaut plus rien. Quand la maladie, au bout de quinze jours ou trois semaines, est dans la période d'état, il faut recourir à l'électrisation, mais en tâtonnant, par une faradisation très faible, avec des intermittences éloignées, surtout chez les très jeunes enfants. Comme traitement interne dans cette même période d'état, ce sont les révulsifs à l'intérieur et surtout le calomel. L'ergot de seigle est également bon contre la congestion spinale.

Dans la période chronique, il faut prescrire une faradisation énergique, persistante, prolongée avec ténacité, quel que soit l'état des muscles et sans désespérer un seul jour, car on a vu des guérisons ne survenir qu'au bout de quatre ans.

Les stimulants sont sans inconvénient dans cette période, de même que les toniques; deux médicaments conviennent surtout : le phosphore sous la forme de phosphure de zinc, en granules d'un milligramme chacun (on peut aller progressivement jusqu'à 10, 12 et même 16 granules par jour); la noix vomique qui est aussi très bonne à assez haute dose (15 à 20 gouttes dans les vingt-quatre heures pour un enfant de treize à quatorze ans). Enfin, comme stimulants cutanés, les frictions, le massage et les bains sulfureux.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. Mallez.

Rétrécissement traumatique et rétrécissement valvulaire de l'urètre; galvano-caustique chimique, guérison.

(Observations recueillies par M. le docteur Jardin.)

I

Les rétrécissements traumatiques de l'urètre passent à bon droit pour incurables, et de fait il faut avouer que les moyens qu'on leur a opposés, surtout l'urétrotomie interne d'avant en arrière, n'ont donné que des résultats insuffisants et bien peu durables.

Les rétrécissements valvulaires sont le plus souvent aussi, depuis quelque temps, traités par l'urétrotomie d'avant en en arrière. Dans le premier cas, on fait une opération qui ne donne qu'un résultat plus que médiocre, et dans le second on fait une opération d'une certaine gravité pour une lésion très légère.

C'est en raison de ces considérations que nous croyons utile de relater l'observation de rétrécissement traumatique qui va suivre et celle d'un rétrécissement valvulaire déjà traité deux fois par l'excision telle que la pratiquait Heurteloup et qui, récidivant très promptement, a cédé complètement à la galvanocaustique chimique.

Observation I. — Dans les premiers jours de décembre 1881, J. D..., enfant de dix ans, fit une chute à califourchon sur la barre de fer formant le dossier d'un lit. Sa mère le relève aussitôt, et constate que son linge est taché de sang qui coule de l'urètre. Les renseignements recueillis sur ce qui s'est passé, depuis le moment de l'accident jusqu'au jour où nous avons vu le malade, sont les suivants :

Dans la première journée, hémorragie urétrale, tentative infructueuse de cathétérisme, compresses froides au périnée, potion hémostatique. L'hémorragie se serait arrêtée au bout d'une vingtaine d'heures.

Pendant les huit jours suivants, pas de sang dans les urines, miction assez facile quoique douloureuse, pas d'accès de fièvre, forte ecchymose au périnée sans infiltration d'urine.

Le neuvième jour, sans cause appréciable, hémorragie urétrale qui, au bout de trois heures, cède à des applications de glace au périnée.

Le lendemain, les parents portent le petit malade à l'hôpital des Enfants, où un cathétérisme est pratiqué avec une sonde métallique, et l'enfant renvoyé chez lui. Des douches furent ordonnées; elles ont été pratiquées pendant environ trois mois. Pendant cet espace de temps, la miction devenait de plus en plus difficile ; le jet d'urine, de plus en plus fin, finit par être remplacé par un écoulement goutte à goutte, et J. D... fut bientôt atteint de rétention, n'urinant plus que par regorgement, ce qui lui amena fatalement une incontinence diurne et nocturne.

C'est dans cet état qu'il se présenta à la clinique de la rue Christine, le 7 juillet 1883, environ dix-huit mois après l'accident. Santé généralement très altérée, amaigrissement considérable.

Ce petit malheureux est constamment baigné dans l'urine, et l'on constate dans l'urètre, au niveau de la région bulbo-membraneuse, un rétrécissement dur, résistant et tout d'abord infranchissable.

Cet enfant est aussi porteur d'une élongation préputiale avec une étroitesse très accentuée de l'orifice du prépuce. Le cathétérisme avec les bougies les plus fines est tenté pendant plusieurs jours, sans que nous réussissions à franchir le rétrécissement. Plusieurs ponctions vésicales durent être pratiquées pour remédier à la surdistension. La palpation du périnée donne la notion assez précise d'un rétrécissement dur et un peu long situé sous la symphyse.

Nous nous décidons tout d'abord, et sans cesser de continuer les manœuvres de cathétérisme avec les bougies de baleine les plus fines, à faire la circoncision, qui fut pratiquée le 11 juillet 1883. A peine guéri de cette petite opération, le malade disparut pendant trois mois.

De retour au commencement de novembre, le cathétérisme fut de nouveau tenté et toujours sans résultat. C'est alors que, vers le milieu du mois de décembre, nous proposâmes de faire, sur la partie antérieure du rétrécissement qui ne laissait aucune bougie passer, une application de galvanocaustique chimique au moyen du galvanocautère sans conducteur, dont M. le docteur Mallez s'était servi lors des premières applications qu'il fit avec M. le docteur Tripier et qui lui avait souvent donné de très beaux résultats.

Cette galvanocaustique chimique fut faite le 14 décembre 1883.

Le petit malade fut chloroformé.

Nous introduisîmes le galvanocautère dans l'urètre, et son extrémité buttant sur le rétrécissement, le pôle négatif y fut appliqué, tandis que le pôle positif correspondait à la plaque posée sur la cuisse. Un courant de 18 éléments de la pile au chlorure de zinc de Gaiffe fut mis en action pendant quinze minutes. Le milli-ampère nous accusait 45 degrés.

Pendant ces quinze minutes d'action de la pile, le galvanocautère ne pénétra que très peu dans le tissu du rétrécissement qui offrait une résistance considérable. Nous avions eu soin, du reste, de ne pas exercer une forte pression, ne voulant avant tout que modifier la partie antérieure du rétrécissement et la rendre perméable aux bougies. Aucune tentative de cathétérisme ne fut faite après cette séance.

Six jours après, le malade revint et nous passâmes une bougie filiforme qu'on sentait fortement prise dans le rétrécissement.

Le cathétérisme fut suivi régulièrement deux ou trois fois par semaine, et vers la fin du mois de janvier 1884 nous passions un nº 9 de la filière Charrière. L'incontinence diurne s'était déjà modifiée, le malade passait quelques heures sans que l'urine coulât involontairement ; mais l'incontinence nocturne persistait.

Dans les premiers jours de février, la dilatation ne donna plus de résultat.

En présence de l'impossibilité de continuer la dilatation, et encouragés par les bénéfices que nous avions obtenus par une première séance de galvanocaustique, nous décidons d'en faire une seconde. Elle eut lieu le 15 février 1884. Nous la fîmes avec notre galvanocautère à lame courante, et la lame choisie fut la plus petite, celle qui, jointe au mandrin, mesurait le nº 13 de la filière Charrière.

Ce choix d'une petite lame fut basé sur la notion que nous avions de la dureté du rétrécissement, sur son étroitesse et sur une grande longueur possible.

Nous pensions pouvoir, avec une petite lame, parcourir toute la longueur du rétrécissement aussi lentement qu'il le faudrait pour établir une escarre sur tous les points parcourus.

La séance dura vingt-trois minutes ; 20 éléments de la pile au bisulfate de mercure de M. Chardin étaient employés. La lame franchit, assez facilement et sans trop de pression, le rétrécissement qui n'avait qu'un centimètre et demi de longueur. Après avoir franchi le rétrécissement, et cela se fit au bout de quatre minutes, nous ramenions la lame au point le plus rétréci et nous la laissions en place dix-neuf minutes, les vingt éléments donnant leur action.

Ici, nous ouvrons une parenthèse pour répondre à M. le docteur Fort qui, dans le nº 54 de la *Gazette des hôpitaux* du 8 mai 1884, publie un cas de rétrécissement, où il aurait échoué une première fois, mettant l'insuccès au compte de l'instrument (l'électrolyseur) qui, selon lui, a la lame de platine trop peu élevée. « Élevons la lame de platine, — nous dit le docteur Fort, — et nous éviterons les insuccès. »

Nous n'avons qu'une chose à répondre, c'est que, sur la branche femelle de notre instrument, nous pouvons placer à volonté une de nos sept lames mousses de platine, dont la plus petite mesure le nº 13, tandis que la plus grande offre le nº 25 de la filière Charrière ; les autres lames nous donnent les numéros intermédiaires.

Avant de parler du choix de la lame, nous dirons que dès le début de nos applications de galvanocaustique chimique, nous avons renoncé aux lames que nous avions fait faire tranchantes, voulant pénétrer le tissu du rétrécissement et y faire séjourner la lame pour produire plus sûrement une escarre. C'était de l'urétrotomie interne, compliquée de galvanocaustique et faite dans de mauvaises conditions. Nous avons également renoncé aux lames fixées aux mandrins, condition qui peut paraître avantageuse, mais qui, au fond, présente deux inconvénients très grands : d'abord d'obliger à enlever de l'urètre l'appareil en entier, quand il n'est pas nécessaire de changer la lame ; puis, ce qui est plus désavantageux, de ne pas permettre, dans bien des cas, de savoir si l'arrêt de l'instrument dans le canal est dû au rétrécissement ou à une autre cause.

GROSSESSE GÉMELLAIRE.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ NATUREL; INSERTION VICIEUSE D'UN PLACENTA UNIQUE ANOMAL; PHLEGMATIA ALBA DOLENS; GUÉRISON.

Par M. le docteur E. Daprey.

Mme R..., de Crécy, âgée de vingt-neuf ans, d'un tempérament lymphatique, est mariée depuis vingt-sept mois. Elle a eu d'abord une fausse couche de six semaines, après quatre mois de mariage, puis une grossesse normale et un enfant à terme le 20 mai 1883. Cet enfant est mort au mois d'août suivant.

Les règles sont revenues le 20 juin, un mois après l'accouchement et le 27 juillet, mais cette fois très peu. Au mois de novembre, perte de sang pendant quatre à cinq jours. Au mois de janvier, nouvelle perte de quelques jours. Le 14 février, perte abondante, coliques et menaces d'avortement; le toucher me fait reconnaître une insertion vicieuse du placenta. J'institue le traitement suivant qui est couronné de succès : laudanum en potion, compresses froides, lavement opiacé, repos absolu au lit.

Le 1er mars, Mme R... se lève, une nouvelle perte assez abondante se produit ; même traitement, même succès.

Le 19 mars, sans cause connue, une nouvelle perte très abondante avec violentes coliques nous oblige encore à recourir au laudanum; j'administre de plus une potion avec 30 gouttes de perchlorure de fer. Le travail s'arrête pendant vingt-quatre heures, mais les coliques reviennent peu après. Le ventre est très volumineux ; il a toujours été très sensible et la palpation et l'auscultation ne m'ont rien appris. Les mouvements actifs du fœtus ne sont perçus que d'un seul côté.

Le 20 mars, trois pertes assez abondantes pour me faire craindre d'être obligé de brusquer l'accouchement.

Enfin, le 21, après trente-six heures de souffrances continuelles, la malade accouche naturellement d'un enfant du sexe masculin, très chétif, du poids de 2 kilogrammes. Présentation du sommet. Je fais, par habitude, la section du cordon entre deux ligatures et voyant que le ventre n'est pas suffisamment diminué de volume, je constate par la palpation et le toucher la présence d'un deuxième enfant. Mais ce que je trouve aussi, c'est le placenta dont un des bords fait hernie par le col. D'ailleurs pas de nouvelle hémorragie. Je cherche à savoir si ce placenta, que je crois être du premier enfant, est libre : je m'égare à l'extrémité du cordon et j'arrête mes investigations de peur de provoquer de nouvelles pertes.

Le travail ne reprend que deux heures après; le deuxième enfant se présente également par le sommet, poussant devant lui la partie décollée du placenta qui coiffe complètement la tête à l'orifice du col. Je contourne le bord libre du placenta et je vais, derrière lui, percer la poche des eaux ; l'accouchement marche alors très vite, et le 22, à deux heures et demie du matin, nous avons un second enfant du sexe masculin, du poids de 2k,500. Le cordon est gros et beaucoup plus volumineux que le premier, l'enfant d'ailleurs est bien constitué ; mais il présente sur tout le corps une teinte rouge brique et ses pieds et ses mains sont durs et œdématiés. Il respire bien tout de suite et crie, tandis que j'ai eu bien du mal pendant une heure à faire respirer l'autre. — Entre les deux accouchements, il y eut un intervalle de cinq heures.

Vingt minutes après l'accouchement, l'utérus étant bien rétracté, j'amène, en tirant doucement, le délivre qui paraissait complètement détaché. A ce moment, il se produit une hémorragie. La malade est très excitée et ne veut plus admettre l'introduction de la main dans les organes; je comprime la matrice à pleines mains par la paroi abdominale, les caillots sortent et l'hémorragie s'arrête.

Je lui administre quatre dragées d'ergotine et je pratique une injection hypodermique d'un centimètre cube d'une solution d'ergotinine.

La malade est très pâle ; elle a perdu beaucoup de sang avant, pendant et après l'accouchement ; elle est glacée ; je lui fais prendre, malgré sa répugnance, un demi-verre de cognac étendu d'eau ; la chaleur revient un peu.

Dès le premier jour, bouillon, potages, vin généreux ; à part une extrême faiblesse, la malade ne souffre nullement. Le quatrième jour, légère fluxion des seins qui disparaît d'elle-même les jours suivants. Je prescris alors du quinquina et du fer.

Le premier enfant, très faible, a succombé après trente-six heures n'ayant pu prendre que quelques gouttes d'eau sucrée. Le deuxième, bien plus fort, a pris le sein le second jour, et, chose assez rare, il était allaité par sa grand'mère paternelle. Une épidémie de rougeole l'emporta à la fin du premier mois.

J'ai dit que le placenta était énorme ; il pesait, huit heures après l'accouchement, c'est-à-dire vide de sang, un peu plus de 900 grammes. Il représente assez bien une épaisse bande de 35 centimètres de long sur 12 de large. Les membranes s'insèrent sur lui et le divisent très inégalement en deux. Un des cordons, celui de l'enfant le plus fort, s'insère au centre de la plus grande moitié d'une façon normale ; cette partie correspondait au segment inférieur de la matrice ; l'autre cordon pénètre dans les membranes ; l'artère et les veines cheminent séparément dans leur épaisseur et vont se perdre au pourtour de la partie correspondante du placenta.

C'est une disposition que je ne trouve décrite nulle part ; j'ai d'ailleurs conservé le délivre et on peut s'en rendre compte.

Cette inégalité dans le partage du délivre explique, selon moi, la différence de poids et de vigueur des deux enfants.

Sur la face utérine de la plus grande partie on voit un caillot en nappe de 4 à 5 centimètres carrés qui s'est produit avant ou pendant l'accouchement et qui est la cause de la teinte rouge et de l'œdème que j'ai signalé plus haut chez le deuxième enfant.

C'est ce caillot et le bord voisin évidemment décollé qui nous donnent la clef du travail et l'explication des divers phénomènes de l'accouchement.

Les pertes causées par l'insertion vicieuse du placenta ont déterminé des contractions ; l'enfant placé le plus haut a été expulsé le premier ; de là la longueur du travail et la difficulté que j'avais eu à m'orienter sur le premier cordon. De plus, la présence sur le col d'un segment du placenta diminuant son diamètre, les deux têtes, quoique petites, ont été longtemps à franchir l'orifice.

Le 6 avril, alors que tout allait bien et que, cédant aux instances de la malade, je l'avais fait déposer sur un fauteuil, elle se plaignit de douleurs vives dans la cuisse et la jambe droite.

Le lendemain tout le membre inférieur était devenu énorme ; nous avions affaire à une phlegmatia alba dolens avec mouvement fébrile très accentué et douleurs très vives.

J'appliquai le traitement classique des frictions mercurielles belladonées ; je fis envelopper le membre de ouate et je luttai contre la fièvre avec le sulfate de quinine, qui, à la dose d'un gramme par jour en deux cachets, réussit parfaitement.

Aujourd'hui, 10 mai, la malade est levée, en pleine convalescence, la force et les couleurs reviennent, et elle fait seule le tour de sa chambre. Dans quelques jours la guérison sera parfaite.

Cette observation me semble remarquable à plusieurs titres :

D'abord : la grossesse double a été méconnue par suite de l'état de faiblesse d'un des enfants, qui ne remuait pas plus avant qu'après sa naissance ;

L'insertion vicieuse du placenta dans une grossesse gémellaire ; sa division inégale entre chaque enfant, et la composition absolument différente des cordons, tant dans leur constitution anatomique que dans leur terminaison placentaire ;

La présentation par le sommet des deux enfants et la naissance du plus petit en premier ;

L'hémorragie de la face interne du placenta qui n'a pas causé la mort du fœtus correspondant ;

Les deux enfants, quoiqu'ils ne puissent pas être âgés de plus de huit mois, ont vécu tous les deux.

HYDROLOGIE

Les indications de la médication alcaline.

Par M. le docteur C. Rousset.

Il nous a paru intéressant, à une époque de l'année où le médecin est si souvent consulté sur l'opportunité de telle ou telle médication thermale, de rappeler les principales indications qui peuvent l'aider à se faire une opinion au milieu des avis contradictoires journellement émis à ce sujet.

C'est surtout de la médication alcaline, de beaucoup la plus employée par les médecins et la mieux appréciée par les malades, que nous voulons entretenir nos lecteurs.

Les hydrologistes s'accordent avec Durand-Fardel à diviser les eaux alcalines en deux grandes classes : les bicarbonatées sodiques et les bicarbonatées calcaires. Dans la première classe : Vichy, Vals, etc. ; dans la deuxième : Alet, Condillac, Pougues, etc.

On serait tenté de supposer *a priori* qu'une eau, n'ayant pas les mêmes inconvénients que Vichy, ne doit pas avoir, au même degré, les mêmes vertus ; or l'expérience clinique démontre que non seulement on guérit à Pougues comme à Vichy des mêmes affections diathésiques, mais que Pougues triomphe plus aisément d'un groupe spécial d'affections, telles que les dyspepsies et les gastralgies (Durand-Fardel) et rend surtout de grands services dans le traitement de l'ulcère simple de l'estomac, ainsi que l'a très bien démontré l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, M. le docteur Gallard.

Ce sont là des applications assez précises pour qu'il ne soit pas nécessaire d'exagérer les propriétés de cette eau comme l'avait fait Mialhe, qui allait jusqu'à préconiser son emploi contre la scrofule, parce qu'elle contient des traces d'iode.

La sphère des indications thérapeutiques de Pougues est, du reste, assez étendue pour qu'il soit inutile d'aller au delà. Ainsi la gravelle, que nombre de praticiens considèrent comme spécialement tributaire de Contrexéville, résiste beaucoup moins à l'action des eaux de Pougues, qui produisent en effet, dans ce cas, une modification de longue durée. Sans être aussi affirmatif que Rotureau, qui prétend que cette modification est permanente, Gubler, Durand-Fardel reconnaissent avec lui que l'action est énergique.

C'est surtout dans l'immortel ouvrage de Trousseau que les indications de Pougues ont été nettement formulées (*Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*). Partout les eaux de Vichy et de Pougues y sont placées au même rang dans le traitement soit du diabète (t. II, p. 697), soit des vertiges stomacaux (t. III, p. 17), soit de la cachexie palustre (t. III, p. 57), soit des coliques hépatiques (t. III, p. 237). La même opinion a été récemment exprimée par le professeur Hardy.

Dans le traitement de la gravelle, de la dyspepsie, Pougues y est recommandé tout spécialement (t. III, p. 48 et 58). Enfin, comme eau ferrugineuse, il y est dit, à la page 504, que l'eau de Pougues, avec ses quelques centigrammes de sels ferrugineux, guérit quelquefois plus vite une chlorose que la limaille de fer, l'éthiops martial, etc.

Et pour revenir à notre sujet, il nous semble que, pour atténuer les effets qu'amène fréquemment l'abus des eaux minérales alcalines, il y a lieu de préférer Pougues à Vichy dans toutes les maladies où ces deux eaux sont simultanément indiquées.

Pougues paraît, en effet, combattre plus de symptômes, s'adresser à plus d'affections morbides, et offrir beaucoup moins de contre-indications.

Ainsi, dans les maladies des femmes, M. Desnos, médecin de l'hôpital de la Charité, a signalé dans ces termes leurs effets thérapeutiques :

« Les troubles de la digestion sont un accompagnement fréquent des maladies de matrice dans lesquelles leur prédominance symptomatique commande l'usage des eaux qui sont en possession du traitement de la dyspepsie, d'autant mieux que ces eaux, lorsqu'elles sont convenablement choisies, sont par elles-mêmes propres à effectuer la résolution de l'inflammation utérine. — C'est ainsi que, dans la classe des bicarbonatées alcalines, *on conseillera les eaux de Pougues.* »

Les indications générales de la médication alcaline peuvent, du reste, être nettement formulées dans les conclusions suivantes :

1° Chez toutes les femmes prédisposées à l'anémie ou frappées par elle, comme chez tous les individus cachectiques, si la médication est reconnue nécessaire, l'eau de Pougues sera préférée ;

2° Chez tous les malades, quels qu'ils soient, quand la médication par les alcalins doit être poursuivie longtemps, c'est à l'eau de Pougues qu'on s'adressera avec le plus de sécurité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juin 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Eugène Ory, inspecteur de l'Assistance publique, accompagnant l'envoi d'un travail intitulé : *Protection de l'enfant et de l'adulte ;*

2° Un pli cacheté ayant pour titre : *Étude sur la busserole et l'arbutaire*, déposé par M. Dalmon, pharmacien à Paris (Accepté).

M. Legouest, à propos du procès-verbal, revenant sur la communication des expériences de M. Duclaux, faite par M. Fournier à la dernière séance, rappelle que deux médecins militaires, MM. Duperet et Boinet, avaient précédé M. Duclaux dans cette voie. Leur étude a porté sur le *clou de Gafsa*, qui n'est autre chose que le clou de Biskra mitigé. Or le malade de M. Fournier est atteint lui-même d'un *clou de Gafsa.* Sur des soldats de Tunisie, MM. Duperet et Boinet ont observé soixante-huit cas de cette affection au camp de Sathonay. Ils ont recherché la cause du mal, qu'ils attribuent aussi à un micrococcus. Sous les yeux de M. Chauveau et Arloing, ils ont cultivé ce microbe, l'ont inoculé à des animaux grands et petits, y compris des chiens, des chevaux, des ânes, et dans un mémoire intitulé : *le Clou de Gafsa au camp de Sathonay*, mémoire publié dans le *Lyon médical*, ils ont fait connaître en détail le résultat de ces recherches. A eux donc revient la priorité.

COMMUNICATION

Synthèse totale de la xanthine. — M. Gauthier, en chauffant dans un tube scellé de l'acide cyanhydrique mélangé d'eau et d'acide acétique, à une température de 140 à 150 degrés, est parvenu à obtenir une certaine quantité de xanthine.

La xanthine est un des corps qui résultent normalement, chez les êtres vivants, des dédoublements et de l'oxydation ménagée des matières albuminoïdes. Ce corps diffère de l'acide urique, en ce qu'il contient un atome de moins d'oxygène, et de la sarcine, en ce qu'il en contient un atome de plus.

La production de la xanthine en dehors des forces de l'organisme vivant est le premier pas décisif dans la synthèse des matières albuminoïdes.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES HYDARTHROSES

M. Marc Sée, à propos de la communication faite par M. Labbé à la dernière séance, déclare posséder un mode de traitement bien supérieur aux lavages phéniqués en cas d'hydarthrose chronique. Depuis plus de quatre ans, il emploie la compression élastique de l'articulation malade au moyen d'une bande de caoutchouc. Ce moyen est incomparablement plus simple, plus inoffensif, mais non moins sûr que les injections d'eau phéniquée. Il a réussi constamment, sans aucune exception, et cela dans un temps extrêmement court, quelquefois en vingt, trente ou quarante-huit heures.

A part les collections purulentes, tous les épanchements articu-

laires, à quelque cause qu'ils se rattachent, fatigue, rhumatisme, blennorragie, traumatisme, et quels que soient leur abondance et leur ancienneté, sont justiciables de la bande de caoutchouc et celle-ci a de plus l'avantage de combattre les épaississements de la synoviale et des tissus articulaires qui accompagnent généralement les hydarthroses chroniques et déterminent des récidives si difficiles à dissiper.

A l'appui de ces propositions, M. Marc Sée cite deux observations d'hydarthrose guérie.

DISCUSSION SUR LA SEPTICÉMIE

M. COLIN range également sous le nom de septicémie les résultats des expériences diverses d'inoculation de divers microbes et micrococcus, y compris le coccus étudié par M. Duclaux dans le clou de Biskra. Il résume ainsi son discours :

La septicémie ou plutôt les septicémies sont des états que nous ne connaissons pas bien et dans lesquels les altérations des liquides peuvent être dues à des causes ou à des agents multiples : organismes microscopiques, principes septiques, ptomaïnes, etc.

Ces états se produisent très facilement sur certains animaux comme le lapin, le cochon d'Inde et les oiseaux, et y acquièrent une extrême virulence, mais avec une très grande difficulté chez d'autres, le bœuf, le mouton, le chien et les solipèdes.

Chez les uns, ils restent locaux et sont bénins ; chez d'autres, ils se généralisent vite et tuent dans des délais très courts.

Ce qu'on voudrait appeler la septicémie gangreneuse n'est pas sûrement spécifique. Elle ne paraît pas bien distincte, au moins chez les animaux, des autres formes de septicémie. Il n'est pas prouvé que cette septicémie soit virulente autrement que par les liquides puisés dans les parties malades. Il n'est pas prouvé qu'elle soit transmissible par inoculation à tous les animaux ou seulement à ceux de l'espèce sur laquelle elle s'est développée.

Ce qu'on dit de l'influence de la dessiccation, de l'altération putride sur l'activité de ces produits est connu et s'applique à toutes les septicémies et à la plupart des autres produits virulents.

Ce qu'on dit de la contagion de la septicémie par les instruments suppose une virulence extrême, qui est douteuse, et la conservation de cette virulence malgré les lavages, conservation non démontrée dans les conditions expérimentales.

La neutralisation des produits septicémiques peut, quoi qu'on en dise, être obtenue par la température de l'ébullition. Elle peut l'être, sans trop de difficultés, en dehors de l'organisme, même à la surface des plaies, avant l'absorption, par une foule d'agents antiseptiques. Le difficile, souvent l'impossible, est la neutralisation une fois que les matières virulentes sont absorbées et disséminées dans l'organisme.

M. FOURNIER ne peut admettre que l'on donne le nom de septicémie aux accidents produits par l'inoculation du coccus du clou de Biskra. En effet, ce coccus a été recueilli dans le sang extrait du bout du doigt du malade et avec des précautions telles qu'elles doivent exclure toute supposition de l'introduction d'une matière septique.

Ce n'est pas non plus seulement une question de quantité, car les accidents sont d'autant plus graves que le coccus est dans un bouillon de culture plus récent.

Ce serait l'inverse s'il s'agissait d'une putridité véritable ; car plus le bouillon serait ancien, plus il contiendrait de matière putride.

M. COLIN. C'est un fait général que les infusions de substances, soit animales soit végétales, qui, inoculées alors qu'elles sont encore récentes, produisent des accidents graves sur les animaux, deviennent innocentes relativement quand, plus anciennes, elles sont tout à fait corrompues. Il se produit en elles des changements de nature inexpliquée, mais qui démontrent bien la succession graduée des espèces de microbes dans ce milieu changeant. Le bouillon de culture récent agit en tant que contenant des substances non pourries mais putrescibles, qui se décomposent dans les tissus.

LECTURES

Rapports existant entre le développement des circonvolutions de Rolando et les mouvements des membres inférieurs et supérieurs. — M. VOISIN. Les observations et les autopsies qui font le sujet de cette lecture permettent de dire que le retard dans la marche, dans la précision et dans l'habileté des mouvements des membres observé, chez les enfants, est causé par l'arrêt de développement intra-utérin et par l'atrophie des circonvolutions frontales ascendantes et des premières pariétales, principalement dans leur partie supéro-interne.

Les malades ont présenté quelques autres phénomènes qu'il est bon de retenir pour des observations ultérieures. Le retard dans la parole, la gêne et la gaucherie des membres supérieurs, la maladresse des mains, l'impossibilité ou la difficulté d'apprendre à écrire, les vices de conformation et l'asymétrie des oreilles, le développement incomplet des pieds et l'incontinence d'urine jusqu'à une période avancée de l'adolescence.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 14 juin 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATIONS

Transfusion du sang. — M. BOCHEFONTAINE présente une note de M. Afanassiew (de Saint-Pétersbourg) sur la transfusion du sang peptonisé.

M. DASTRES fait observer que transfuser un sang qui n'est pas coagulable ne semble pas répondre à l'indication principale de la transfusion ; or le sang peptonisé n'est pas coagulable.

En outre, il est extrêmement difficile d'avoir des peptones pures et il peut y avoir de grands inconvénients à injecter dans les veines des substances qui se trouvent habituellement mélangées à la peptone.

Enfin l'action des peptones sur le sang est encore très mal connue. Telles sont les trois raisons qui rendent bien douteux les succès que l'on peut obtenir par la transfusion du sang peptonisé.

M. BOCHEFONTAINE répond que M. Afanassiew a prévu une partie des objections de M. Dastres ; qu'il indique la provenance des peptones, qu'il a fait nombre d'expériences sur les animaux, qu'il est arrivé à arrêter des hémorragies et n'a jamais constaté d'accidents à la suite de l'injection de peptone dans les veines.

Influence des hautes pressions sur les poissons de mer. — M. REGNARD a répété sur les poissons de mer, au laboratoire du Havre, les expériences qu'il a faites sur les poissons d'eau douce relativement à l'influence des hautes pressions sur ces animaux (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 444). Les choses se passent de même que sur les poissons d'eau douce : quand on dépasse 400 atmosphères, l'eau pénètre dans les tissus, et l'animal s'endort ; il succombe si l'expérience dure assez longtemps.

Sur la crevette, par exemple, dont la carapace est transparente comme du cristal, on voit peu à peu les tissus devenir opalescents sous l'influence de cette pénétration de l'eau. Chez le crabe, la carapace qui le protège finit par se laisser traverser et devient blanchâtre. Un de ces crustacés qui s'était débarrassé de sa carapace fut remis aussitôt dans l'appareil et mourut en quelques minutes, n'étant plus protégé par sa carapace. Les actinies peuvent rester plusieurs heures sous la pression de 1,000 atmosphères sans en mourir, à cause de la propriété qu'ils ont ces poissons de se décupler en absorbant de l'eau. C'est pourquoi ils résistent beaucoup plus longtemps que les autres à la loi commune.

Le temps perdu de la fermentation. — M. REGNARD fait une communication sur ce sujet. On sait que dans le phénomène de la fermentation il existe un premier temps pendant lequel il ne se produit rien et que, pour cette raison, on appelle le temps perdu.

M. Regnard a recherché quelle pouvait être la cause de ce temps perdu de la fermentation. Après avoir montré qu'il fallait successivement éliminer, comme cause de ce temps perdu, l'imbibition de la cellule de levûre, la dissolution de l'acide carbonique, il a reconnu que plus la solution dans laquelle on opère est étendue, plus le temps perdu est long.

Anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme. — **M. AUBEAU** fait une communication sur ce sujet (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 555).

M. DUBOIS présente un nouvel appareil portatif, à l'aide duquel on peut pratiquer l'anesthésie par cette méthode. Cet appareil a fonctionné le matin même à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Péan, et il a donné de très bons résultats.

Un nouvel acide phénique. — **M. LABORDE** présente, de la part de M. Vigier, un acide phénique, l'acide orthoxyphénylsulfureux ou sulfo-carbol qui présente sur l'acide phénique ordinaire les avantages de n'être pas toxique, de n'avoir presque pas d'odeur ni d'action caustique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central qui doit s'ouvrir demain jeudi 19 juin 1884, est définitivement formé. Il se composera de MM. les docteurs Després, Horteloup, Terrillon, Guyon, Théophile Anger, Gillette et Ball.

— Le concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer s'est ouvert aujourd'hui mercredi 18 juin 1884, à une heure de l'après-midi. Le sujet de la question écrite (première épreuve) a été : 1° Description des vertèbres cervicales ; 2° symptômes et diagnostic du mal de Pott cervical.

— Par décret, en date du 16 juin, M. Morat, professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur de physiologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Par décret, en date du 16 juin, M. Teissier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Par arrêté ministériel en date du 14 juin, M. le professeur Brouardel a été nommé président du comité consultatif d'hygiène publique, en remplacement de M. Wurtz, décédé.

— En exécution de l'arrêté du 25 avril 1882, l'administration du Muséum ayant à présenter à la nomination du ministre de l'Instruction publique les candidats aux vingt bourses d'études instituées près le Muséum d'histoire naturelle de Paris, les candidats sont invités à se faire inscrire, avant le lundi 30 juin 1884, au secrétariat du Muséum ou au secrétariat des Académies dans les départements.

— Nous apprenons avec regret la mort, à Nemours (Seine-et-Marne), de M. le docteur Goupil des Pallières, doyen des correspondants nationaux de l'Académie de médecine, à laquelle il appartenait depuis 1834. M. le docteur Goupil était âgé de quatre-vingt sept ans.

— M. le professeur Chatin fera une herborisation publique le dimanche 22 juin, dans les bois de Chaville-Versailles.

Le départ s'effectuera de la gare Montparnasse à onze heures, pour la station de Chaville.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16355.

N° 72. — SAMEDI 21 JUIN 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 21 JUIN 1884. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Pleurésie purulente, résection de sept côtes, réunion par première intention. — Hypnotisme, somnambulisme, catalepsie, léthargie, simulation. La compression en chirurgie. — Société de Chirurgie. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pleurésie purulente, résection de sept côtes, réunion par première intention.

M. Nicaise a pratiqué dernièrement avec succès une des opérations les plus hardies de la chirurgie moderne, une de celles que la découverte des procédés anesthésiques a seule permis d'imaginer.

Il s'agit de l'opération dite d'Eslander, qui consiste en la résection de plusieurs côtes pour mobiliser la poitrine et en permettre le retrait en cas de pleurésie chronique.

Chez le malade de M. Nicaise, sept côtes ont été enlevées, sur une longueur de 8 à 11 centimètres, du côté droit de la poitrine. Le périoste a été conservé avec soin, la cavité pleurale n'a pas été ouverte. Les deux volets de peau résultant d'une incision en T renversé ont été ramenés sur la plaie; à la partie inférieure de laquelle on a placé un drain, et deux jours après, quand on a enlevé les points de suture, la réunion était complète. Pendant ces deux jours il y avait eu un peu de diarrhée et un peu de fièvre, ce que M. Nicaise attribue à la résorption de l'exsudation, purulente, mais non putride, qui avait pu être retenue au fond des culs-de-sac de cette plaie anfractueuse avant la complète cicatrisation. Aussi se promet-il, en cas pareil, de faire des incisions multiples parallèles à l'axe des côtes et recevant des drains à leurs extrémités afin de mieux empêcher la stagnation du pus.

Quoi qu'il en soit, il ne reste plus ni diarrhée ni fièvre. Cet homme va aussi bien que possible dans les conditions déplorables où il se trouve.

Chez lui, en effet, la pleurésie remonte déjà haut. Elle datait d'environ deux mois quand, le 7 décembre 1882, il est entré pour la première fois à l'hôpital, dans le service de M. Legroux. Trois ponctions, pratiquées à quinze jours de distance, ont fait sortir, en quantités énormes, d'abord de la sérosité, puis du pus. L'empyème, jugé nécessaire, fut pratiqué par M. Nicaise en mars 1883. Dans le mois de juin suivant, le malade, pris de variole, fut transporté à l'hôpital Saint-Louis. Puis, le 10 juillet, il rentra dans le service de M. Nicaise, où il s'épuisait de plus en plus par la sécrétion purulente si abondante que fournissait sa plaie.

Chez lui, depuis longtemps le retrait de la paroi costale s'était effectué dans la limite du possible ; il n'y avait plus rien à attendre de ce côté-là.

D'une autre part, le poumon, refoulé dans la gouttière vertébrale, bridé par des fausses membranes anciennes, par une couche de tissu inodulaire, n'était susceptible d'aucune expansion. En dehors de l'ablation des côtes, il n'y avait donc aucun moyen de voir se rétrécir la poche suppurante.

Chose à noter, chez ce malade qui ne respirait plus que par le poumon gauche, l'anesthésie fut obtenue de la façon la plus normale et sans aucun inconvénient. On l'opéra couché sur le dos.

Le résultat cherché fut atteint, en ce sens qu'on vit le feuillet pariétal de la plèvre s'affaisser et se rapprocher de l'autre feuillet. Mais la maladie est bien ancienne et dans l'état où est cet homme, malgré le succès opératoire, la guérison reste douteuse.

A cette occasion, M. Nicaise a indiqué les modifications qu'en Allemagne on a fait subir à l'opération d'Eslander.

Schœde ne se contente pas de l'ablation des côtes, mais il résèque aussi la plèvre.

Dernièrement un médecin de Dresde a proposé d'ouvrir la plèvre et de la tamponner, comme une cavité suppurante ordinaire. Il croit sans doute innover en cela, mais il ne fait qu'imiter Létiévant qui, dès 1875, avait procédé de la sorte.

Hypnotisme, somnambulisme, catalepsie, léthargie, simulation.

Dans ce même service, au n° 4 de la salle Malgaigne, se trouve un malade qui a su admirablement soutenir un rôle assez difficile. Étudié par des médecins qui sont bien au fait des découvertes si merveilleuses de M. Charcot et de ses élèves, il a fait paraître sous leurs yeux tout ce que l'on attendait de lui en fait de phénomènes extérieurs et psychiques se rattachant à l'hystérie.

Il a bien le physique de l'emploi. Pâle, émacié, la figure longue, encadrée par une forêt touffue de cheveux noirs, avec une seule mèche grisonnante sur le front, l'orbite excavé, le regard flottant, il a tout l'aspect d'un névrosique. Fort intelligent d'ailleurs, il affecte des goûts artistiques et littéraires, bien que vannier de profession.

Il se fit recevoir le 21 avril, racontant que quinze jours

plus tôt il avait été frappé violemment dans la région de l'estomac par le timon d'une voiture, qui l'avait projeté le dos contre un mur.

Il avait été pris alors de douleurs vives siégeant dans le ventre et dans le bas du dos, et de vomissements, d'abord sanglants, puis seulement bilieux et alimentaires, qui n'auraient pas cessé depuis. En même temps ses jambes se seraient affaiblies, d'abord la gauche, puis la droite.

Le fait est qu'une fois entré à l'hôpital, pendant huit jours il continua de vomir tout ce qu'il prenait. La sensibilité parut très affaiblie du côté droit, tout à fait abolie du côté gauche. La marche semblait impossible, la jambe gauche étant complètement paralysée; la jambe droite ne remuait qu'avec peine. Le bras gauche se prit à son tour. Les yeux ne pouvaient se porter à gauche, ni en bas. Le malade se disait sourd du côté gauche. Le sens de l'odorat s'était éteint à gauche. Le sens du goût s'éteignait à son tour. La moitié gauche de la face même, sans être entièrement paralysée, semblait moins mobile que l'autre. Il y avait un peu de ballonnement du ventre. La vue baissait rapidement; la cécité devint complète, avec sensation de lumière blanche du côté droit et de ténèbres du côté gauche.

L'analyse physiologique de ces symptômes n'ayant conduit à aucune localisation satisfaisante d'une lésion portant sur les centres nerveux, on dut songer à l'hystérie.

L'hystérie se développe souvent à l'occasion d'un traumatisme. En ce moment, il y a trois exemples de ce genre dans le service de M. Charcot.

La cécité rendait difficile le mode ordinaire d'hypnotisation. On y suppléa par une pression, d'abord modérée, sur le vertex. Cet homme s'endormit alors et répondit comme un somnambule. Non seulement il répondit, mais il recouvra pendant le sommeil toutes les facultés qu'il avait perdues. Il cessa d'être aveugle, sourd, paralytique. Il exécuta d'une façon passive tous les mouvements qu'on lui commandait. Il accusa toutes les sensations qu'on lui ordonnait d'éprouver. Il se figura boire des liqueurs fortes en buvant du lait, manifestant les signes d'une ivresse croissante quand on lui disait qu'il était ivre. Bien plus, il devint si impressionnable à la suggestion, que, une fois réveillé, il exécutait automatiquement tout ce qu'on lui avait recommandé pendant le sommeil somnambulique.

Un jour, à l'occasion d'une pression plus forte et plus prolongée sur le vertex, une nouvelle scène se déroula : cet homme devint cataleptique les yeux ouverts, et léthargique les yeux fermés. Par l'occlusion d'un seul œil, il était hémicataleptique et hémiléthargique. Les membres qu'on soulevait du côté de l'œil ouvert restaient immobiles dans la position où on les mettait, quelque difficile qu'elle fût à maintenir (peu importait d'ailleurs que ce fût le côté paralysé ou non à l'état de veille). Au contraire, ceux du côté de l'œil fermé retombaient flasques. Durant la léthargie, un simple frôlement à la surface de la peau suffisait pour faire contracter les muscles sous-jacents. Si l'on touchait un nerf, on provoquait des contractures dans les muscles qu'il animait.

Dans l'état de veille enfin, le phénomène du transfert se produisit avec la plus grande facilité. L'électricité, le diapason, la pression de la main, la pression d'un livre, suffisaient pour rendre mobile le bras paralysé et en même temps pour paralyser le bras mobile. La sensibilité, devenue tellement exquise que le malade reconnaissait, sans se tromper jamais, les personnes rien qu'en leur pressant la main dans la sienne, passait alors du côté gauche en s'éteignant du côté droit; mais le malade commettait, en ce cas, une erreur de lieu : il se figurait toucher toujours de la main droite.

L'action des métaux fut essayée : celle de l'argent était immédiate et puissante, des pièces de 5 francs appliquées sur les tempes rétablissaient aussitôt la vue (comme le faisaient, du reste, les courants continus); celle de l'or était plus faible et plus tardive; celle du cuivre, tout à fait nulle.

On voit que cet homme était vraiment fort.

Il avait su aussi arranger ses antécédents. Il racontait que dans son enfance il avait été frappé de la foudre, ce qui lui avait blanchi une mèche de cheveux.

Il y avait bien dans son tableau certaines ombres trop accusées, certains traits trop individuels.

Ainsi il disait se rappeler ce qu'il avait vu dans son sommeil somnambulique comme on se rappellerait un rêve. — Mais cela s'est déjà rencontré, très exceptionnellement il est vrai.

Les contractures, que l'on provoquait durant l'état de léthargie par le frôlement d'un muscle ou d'un nerf, étaient souvent mal limitées; — mais cela pouvait s'expliquer par des actions réflexes, dues peut-être à un ébranlement traumatique de certaines régions de la moelle.

Le transfert opéré par une simple pression rentrait assez mal dans la règle, etc., etc.; — mais on sait que dans l'hystérie les variétés ne sont pas rares.

On notait donc tout avec soin, quand, hier matin, revenant voir ce malade, qui nous avait été montré déjà par un jeune médecin fort instruit, lequel s'en occupait d'une façon spéciale, nous étant approché sans bruit, nous le vîmes tenant un livre et lisant attentivement.

Quand il se douta de notre présence, il laissa retomber le livre sur son lit et se mit à en tourner les feuilles. Nous lui demandâmes ce qu'il faisait. « Je m'amuse à calculer, dit-il, combien, à tant de lignes par page et à tant de lettres par ligne, cela fait de lettres dans ce livre. »

Les doutes étaient éveillés. Bientôt les preuves de la simulation furent surabondantes. D'autres que nous virent ce malade lire. Un des internes de l'hôpital, M. Clado, eut une idée fort ingénieuse qu'il mit aussitôt à exécution. Il nous parla devant cet homme d'une « expérience fondamentale de Rosenthal »; il s'agissait de soulever le bras paralysé en appliquant perpendiculairement, de haut en bas, un fort aimant le long du grand supinateur. L'expérience réussit à merveille. Le bras, agité des mouvements fibrillaires annoncés, raidi d'ailleurs, suivit l'aimant dans sa marche lente ascensionnelle; et il resta ainsi suspendu. Un autre interne, M. Wurtz, remplaça les pôles de l'aimant par deux bouteilles de section égale, sans que le malade s'en aperçût, et le résultat fut le même. Alors on se mit à se remémorer tout ce que ce fait offrait d'insolite. On s'étonna d'avoir pu admettre tant d'exceptions aux règles classiques. Les règles classiques, les observations si précises, si scientifiquement régulières, qui ont renouvelé à ce point de vue la science médicale, doivent être cherchées à l'école de M. Charcot.

Nous aurons l'occasion de revenir bientôt sur toutes ces questions dans une de nos prochaines revues cliniques.

La compression en chirurgie.

D'après la communication de M. Marc Sée à l'Académie de médecine, voilà la compression élastique devenue, contre

les arthrites et les épanchements articulaires, un mode de traitement non moins efficace que le massage contre les entorses.

Ce n'est point là, du reste, une méthode nouvelle, soit dans son idée fondamentale, soit même dans son application particulière. Il y a près de soixante ans que Verlet annonçait déjà avoir guéri, par l'emploi de la compression, « les phlegmasies articulaires connues sous les noms de rhumatisme articulaire aigu, rhumatisme fibreux, arthrite, etc. ». Mais il n'employait pas la bande de caoutchouc. Velpeau, Aran, etc., qui préconisèrent également la compression contre des arthrites de diverses formes, ne l'employaient pas davantage. En revanche, ce mode spécial de compression élastique avait déjà été essayé avec succès, surtout contre les épanchements articulaires chroniques, et, à cet effet, était entré dans la pratique usuelle plusieurs années avant que M. Sée en fît l'étude.

Voici comment s'exprimait à ce sujet M. Servet dans l'article COMPRESSION, publié par lui en 1877 dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales :*

« Appliquée sur des articulations atteintes d'hydropisie, la compression produit souvent les meilleurs effets. Les hydarthroses du genou, les plus fréquentes de toutes les hydropisies articulaires, ont fourni bien des fois la démonstration de ce fait. Il est bon d'insister sur les bons résultats qu'on peut attendre, dans ce cas, d'une thérapeutique sage et patiente, aujourd'hui surtout où des appareils, fort ingénieux sans doute, mais peut-être trop ambitieux, sollicitent le chirurgien à des tentatives au moins téméraires, que le rapide succès espéré ne vient pas toujours couronner. Quoique la compression ait été mise en usage dans des cas d'hydarthrose aiguë, c'est surtout dans les hydarthroses chroniques qu'il convient de l'employer. *Les bandes de caoutchouc, dans ces cas particuliers, constituent un bon appareil compressif.* »

Les éloges, on le voit, étaient modérés. A M. Marc Sée appartient le mérite de pouvoir affirmer aujourd'hui, sans réserves, qu'on réussit, dans tous les cas, aussi bien aigus que chroniques, avec une extrême promptitude. Ces résultats inattendus transformeront en méthode générale un procédé qui jusqu'ici n'avait obtenu qu'un succès d'estime assez modeste.

Quant au principe sur lequel reposent à peu près toutes les applications thérapeutiques de la compression, élastique ou non, c'est l'utilité de produire un certain degré d'anémie locale.

Le sang doit stagner presque immobile dans les capillaires dilatés, pour se prêter commodément aux extravasations multiples d'éléments liquides, de globules blancs, etc., qui sont la base du processus inflammatoire ou irritatif.

Les épanchements synoviaux, de même que tous les débuts de prolifération d'éléments jeunes que peut révéler le microscope, ont toujours ce point de départ.

La pression intravasculaire est, bien entendu, un agent qui facilite l'extravasation.

Or la compression a d'abord pour utilité de contre-balancer cette pression intravasculaire. Elle vide les vaisseaux jusqu'à un certain point, elle en efface en partie le calibre, et, quand elle est bien calculée, elle empêche toute stagnation de liquide, sans arrêter absolument la circulation et par conséquent la vie locale.

S'il s'agit, par exemple, d'une articulation pleine de sérosité, les conditions sont aussi bonnes que possible pour arriver à ce résultat. Le liquide enfermé dans une cavité close sert de coussin et d'appareil de transmission, pour ainsi dire, et répartit également sur tous les points de sa surface, à la manière de la presse hydraulique, la poussée qu'il subit. La pression intravasculaire est facilement dépassée dans les vaisseaux, de nouvelle formation ou anciens, de la synoviale et des tissus périsynoviaux, de telle sorte que le courant de dehors en dedans, *endosmotique*, tende à y remplacer le courant de dedans en dehors, *exosmotique*.

Avec la bande de caoutchouc, sorte de ressort tendu, l'action se continue, égale ou à peu près, durant longtemps; tandis qu'avec la compression non élastique, elle s'affaiblit et s'annihile, plus ou moins vite, proportionnellement à la déplétion qu'elle amène. Dès qu'il s'est produit un certain vide dans la cavité articulaire, par un commencement de résorption du liquide épanché, la pression intravasculaire reprenant le dessus, le courant osmotique tend à changer de direction et l'effet cherché se limite.

Quand on veut effectuer un changement de volume par la disparition d'une collection liquide, c'est donc la bande de caoutchouc qu'il faut choisir.

Dans d'autres cas, alors qu'il s'agit simplement de prévenir un changement de volume qui n'est point encore réalisé, en empêchant, autant que possible, l'extravasation d'éléments sanguins encore contenus dans les vaisseaux et en réalisant une anémie locale simplement relative, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à un ressort aussi puissamment continu.

La très médiocre élasticité des couches de ouate, que l'on comprime sous une bande ordinaire, suffit alors pour répartir convenablement la faible pression exercée.

C'est là, par exemple, le genre de pansement que, dans les services actuels de maternité, on oppose généralement à la fluxion exagérée des seins chez les femmes qui ne doivent pas nourrir.

On modère, par ce moyen, l'afflux du sang, le gonflement de la glande, et on arrive la plupart du temps à empêcher la production d'abcès mammaires chez les nouvelles accouchées.

Nous avons comparé plus haut, dans des épanchements articulaires, la compression élastique au massage et nous verrons prochainement que leur principe est analogue dans les entorses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juin 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie vaginale dans les cas de cancer. — M. DEMONS (de Bordeaux), à l'occasion de la communication de M. Jules Bœckel et pour répondre à l'appel de M. Verneuil (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 525), adresse une note contenant la relation de sept extirpations totales de l'utérus qui ont été pratiquées par divers chirurgiens de Bordeaux. Voici le résumé de ces sept observations :

1er cas : femme de trente ans, carcinome du col et du corps utérins, hystérectomie vaginale pratiquée par M. Demons le 9 décembre 1882, péritonite consécutive, phlegmatia alba dolens, guérison, récidive du cancer cinq mois après l'opération, vit encore aujourd'hui, dix-huit mois après.

2e cas : femme de trente-quatre ans, cancer du col et du corps,

opération pratiquée le 6 janvier 1883 par M. Dudon; aujourd'hui, dix-huit mois après, pas encore de récidive.

3e cas : carcinome très étendu, hémorragies très abondantes, anémie profonde, mort prochaine si on abandonne la malade à elle-même; opération pratiquée le 22 février 1883, par M. Mandillon, neuf mois de santé parfaite, récidive, mort de généralisation un an après l'opération.

4e cas : femme de trente-six ans, carcinome du col et du corps, opération pratiquée par M. Dudon, mort de péritonite quatre jours après.

5e cas : opération pratiquée par M. Demons, éponge laissée par mégarde dans l'abdomen, péritonite, mort quatre jours après.

6e cas : mort de péritonite six jours après l'opération.

7e cas : opération pratiquée par M. Demons le 28 février 1884, guérison un mois après et qui s'est maintenue depuis.

En résumé, sur ces 7 cas, il y a eu 3 décès par péritonite immédiatement consécutive; 4 survies avec récidives cinq mois, neuf mois, un an, dix-huit mois après l'opération; une seule vit encore sans traces de récidive dix-huit mois après.

Cette statistique est, en somme, peu brillante et l'hystérectomie vaginale pour des cas de cancer ne doit être acceptée qu'avec une grande réserve. Faut-il la proscrire absolument? Tel n'est pas l'avis de M. Demons. Cependant, chaque fois qu'il sera possible de prolonger l'existence des malades et de soulager leurs souffrances par des pansements ou de petites opérations sans danger, il faudra préférer ces moyens palliatifs. De même, si un examen attentif permet de reconnaître que l'ablation seule du col suffit pour enlever bien largement tout le mal, un chirurgien serait coupable d'aller au delà et de tenter, dans ces cas, l'ablation totale par le vagin qui est une opération dangereuse.

Donc l'extirpation totale ne devra être tentée que dans des cas exceptionnels, chez des malades vouées à une mort prochaine et affreuse. En effet, si, dans certains cas, cette opération a entraîné la mort par péritonite ou a été suivie très promptement de récidive, dans d'autres celle-ci n'est survenue qu'un assez long temps après et les malades ont pu tirer de l'opération le bénéfice d'une survie encore assez longue et sans souffrances. M. Demons, sans se montrer partisan enthousiaste de l'hystérectomie vaginale, dans les cas de cancer utérin, croit que cette opération est indiquée dans un certain nombre de cas et qu'elle peut rendre quelques services.

M. VERNEUIL présente une note de M. Dudon (de Bordeaux) sur le même sujet. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Terrillon et Terrier.

De la conicité physiologique des moignons. — **M. VERNEUIL** fait un rapport sur un travail de M. Kirmisson relatif à un cas de conicité physiologique d'un moignon d'amputation.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans qui a été amputé de la jambe à l'âge de quatre ans. Jusqu'à sept ans, il a marché avec des béquilles; de sept à quatorze ans, il a marché avec un appareil; à quatorze ans, l'os commença à s'allonger; à seize ans, il continue à croître en longueur et des douleurs assez vives apparaissent; à dix-huit ans l'allongement s'arrête, mais les douleurs persistent et même augmentent. A vingt ans il se présente à M. Kirmisson, souffrant toujours. On voit, sur le moule qu'a fait prendre M. Kirmisson, deux petites saillies comme des manchons qu'il est facile de reconnaître pour le tibia et le péroné soudés ensemble. M. Kirmisson pratique la résection de ces deux os sur une étendue de 10 centimètres; il a beaucoup de peine à trouver le nerf tibial enclavé dans l'épaisseur du moignon. Après cette résection, il cherche à obtenir la réunion par première intention, mais celle-ci fait défaut; il y a de la suppuration, la cicatrisation se fait avec une grande lenteur, mais le résultat définitif est très satisfaisant.

M. Verneuil rappelle que l'étude de cette question se trouve presque tout entière dans les bulletins de la Société de chirurgie. Les premiers vestiges de cette étude datent de 1855. Denonvilliers, Guersant, Bouvier, M. Marjolin, y ont tour à tour attaché leur nom. Puis sont venus les travaux de M. Ollier sur l'allongement des os, travaux par lesquels il a démontré que le développement des os en longueur se fait par les cartilages de conjugaison qui sont précisément conservés dans les amputations. M. Verneuil a appliqué ces données à l'étude de la conicité physiologique des moignons et a ainsi expliqué sa rareté dans les amputations de la cuisse, l'allongement du fémur se faisant aux dépens du cartilage épiphysaire inférieur.

Après avoir rappelé ces faits, M. Kirmisson conclut, dans son travail, qu'il faut éviter autant que possible les amputations dans le jeune âge, et qu'il faut faire dans les amputations des lambeaux très longs.

M. FARABEUF a examiné des moignons coniques; il croit que, dans ces moignons, c'est la dernière portion seule du tégument qui subit la distension. Il ajoute que lorsqu'on recherche la réunion par première intention, il arrive que la peau seule se réunit et que les tissus musculaires et aponévrotiques se rétractent sans même adhérer à l'os ni entre eux, ce qui pourrait, jusqu'à un certain point, expliquer la formation de certains moignons coniques.

M. TRÉLAT n'accepte pas l'explication fournie par M. Farabeuf. Quand on fait, dit-il, une amputation à lambeaux, qu'on recherche et qu'on a la réunion par première intention, on obtient toujours l'accolement des parties profondes. Ce n'est que dans certains cas où la méthode antiseptique n'a pas été ou a été mal employée, qu'on a la réunion de la peau seule et qu'on perçoit au-dessous des clapiers. Mais quand on a obtenu le résultat cherché, on a la réunion primitive des parties profondes. Il y a même des cas où la réunion des parties superficielles n'est pas complète alors que celle des parties profondes l'est déjà. Les moignons dont vient de parler M. Verneuil résultent d'amputations datant de quinze, seize et vingt ans. Aucun de nous, à cette époque, n'était en possession des moyens antiseptiques que nous possédons aujourd'hui et qui nous permettent d'obtenir, presque à coup sûr, des réunions primitives parfaites. Il est permis de penser que, dans une vingtaine d'années, on trouvera moins de moignons coniques datant d'aujourd'hui qu'on en trouve aujourd'hui datant de vingt ans.

M. BERGER signale une cause de conicité du moignon dans l'âge adulte qui a été décrite dans les Archives de Langenbeck; c'est la production d'ostéophytes à l'extrémité du moignon. M. Berger a observé un cas de gangrène spontanée ayant nécessité, après l'amputation spontanée, une résection du tibia et du péroné; M. Berger avait eu soin de conserver beaucoup de peau; malgré cela, deux mois après, l'os a dépassé les parties molles de 7 à 8 centimètres. Cet allongement était dû à la production d'ostéophytes. Il est indiqué, pour éviter cette complication, d'enlever le périoste.

M. FARABEUF persiste à croire à la rétraction possible des muscles et rappelle que, pour les amputations de cuisse, il faut prendre des quantités énormes de parties molles.

M. POLAILLON dit que ce qui empêche la conicité des moignons, c'est de faire la suture des muscles au devant de l'os. Toutefois il ajoute qu'on ne connaît pas encore toutes les causes de la conicité des moignons. Il préfère, quant à lui, la méthode circulaire.

M. FARABEUF insiste sur la rétraction des muscles qui continue à s'opérer après l'amputation. C'est là ce qui explique la production de la conicité.

M. BERGER trouve que M. Farabeuf fait jouer aux muscles un rôle trop important. Il ne faut pas faire intervenir les muscles pour expliquer la conicité, puisque lorsqu'on dissèque les meilleurs moignons, on n'y trouve ni muscles ni aponévroses. Donc ce n'est pas la rétraction musculaire qui est la cause de la conicité.

M. VERNEUIL affirme que la conicité des moignons n'a aucun rapport avec la forme, l'épaisseur, la constitution des lambeaux, pas plus qu'avec les réunions immédiate ou secondaire. Disséquez les plus beaux moignons, vous ne trouverez que du tissu fibreux et de la graisse. Il n'y a qu'un seul élément qui entre en jeu, c'est l'inflammation ou la septicémie. M. Verneuil ne recherche jamais la réunion par première intention dans ses amputations et il obtient toujours de très beaux moignons. L'apparition

de la fièvre sous l'influence d'une phtisie ou d'une cachexie quelconque, telle est la seule étiologie de la conicité des moignons.

M. TRÉLAT répond à M. Verneuil qu'il a fait six fois la résection secondaire de moignons d'amputations circulaires pratiquées par d'autres chirurgiens.

M. VERNEUIL maintient qu'il n'y a point de conicité de moignon sans inflammation ou cachexie.

Traitement des fistules vésico-vaginales. — M. HERGOTT (de Nancy) emploie depuis quelques années la méthode de Bowmann pour le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. Il insiste tout particulièrement sur les avantages de la méthode dite préparatoire, qui consiste à préparer longtemps d'avance, par diverses manœuvres, les tissus pour l'opération. Il fait également ressortir la nécessité, dans certains cas, de la position genu-pectorale des opérées, adoptée d'une façon générale par le chirurgien américain, les avantages du spéculum univalve, etc. Il a eu affaire à six petites fistules dont l'une a présenté de grandes difficultés; elle a été opérée trois fois et la malade n'est pas encore sûrement guérie. Les cinq autres petites fistules ont été guéries immédiatement.

M. Hergott passe en revue ses diverses observations. Dans la troisième observation, la fistule a été très difficile à trouver. La guérison a été obtenue par première intention. Le quatrième cas a été suivi de guérison. Le cinquième est un insuccès complet; M. Hergott exprime le regret de n'avoir pas, dans ce cas, eu recours à la méthode préparatoire de Bowman. Les sixième, septième et huitième observations ont été suivies de guérison après une seule opération. La neuvième, qui était un cas très difficile, en apparence inopérable, a été suivie de guérison avec rétroversion intentionnelle du col. Enfin, dans le dixième cas, la malade n'a pu être opérée que dans la position genu-pectorale.

En terminant, M. Hergott insiste sur les avantages de cette méthode auxiliaire ou préparatoire dans le traitement des fistules souvent rebelles à toute action chirurgicale.

Blépharostat (fig. 9). — **M. TERRIER** présente un blépharostat construit par M. Collin d'après un modèle de M. le docteur Faucher. Le blépharostat ordinaire a le défaut d'appuyer sur le globe de l'œil et si le malade fait effort pour fermer les paupières, la pression s'exerce sur l'œil par l'intermédiaire des crochets de l'instrument, ce qui peut provoquer des accidents lorsque la cornée a été incisée.

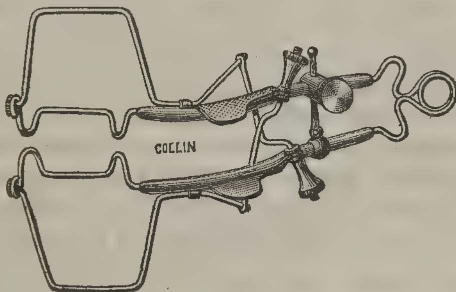


Fig. 9.

Avec le nouveau blépharostat, non seulement les paupières sont écartées l'une de l'autre, mais encore elles sont écartées du globe de l'œil : deux points d'appui, pris sur l'arcade orbitaire et sur la pommette, supportent l'appareil qui ne peut toucher le globe de l'œil, même si le malade fait effort. L'instrument se place comme le blépharostat ordinaire sans aucune manœuvre accessoire, par le rapprochement des branches, les pièces d'appui se soulèvent et ne gênent pas pour introduire les crochets sous les paupières : ces pièces s'abaissent et viennent prendre un point d'appui quand les branches s'écartent. Avant de placer l'appareil, on l'adapte à la conformation du sujet en réglant, au moyen de deux vis disposées à cet effet, l'arc que doivent décrire les pièces d'appui pour soulever les paupières au degré convenable ; ainsi la pièce frontale devra s'abaisser moins que la pièce de la joue si l'arcade orbitaire fait une saillie prononcée; les deux pièces devront s'abaisser davantage si l'œil est peu enfoncé dans l'orbite.

Pour régler l'instrument, on invite le malade à fermer les paupières; on place l'écarteur ouvert sur les paupières et l'on serre la vis d'arrêt; on règle alors les vis des leviers de manière que les crochets touchent à peine les paupières et ne s'appuient pas sur elles quand on presse sur l'instrument. On peut alors placer l'appareil, et les paupières seront soulevées de façon à laisser voir les culs-de-sac de la conjonctive : sans déplacer le blépharostat, on peut encore achever de régler le soulèvement des paupières s'il en est besoin. L'emploi de cet instrument rend impossibles les accidents mis sur le compte du blépharostat et rend inutile la présence d'un aide chargé de soulever l'instrument en cas de besoin.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XIV

Séjour à Lyon.

Je séjournai trois jours dans cette cité manufacturière avec un aimable co-voyageur, jeune officier du génie, qui la connaissait à fond. Nous visitâmes successivement la place Bellecour, dont une seule façade reste debout, les maisons des trois autres ont été rasées par des révolutionnaires enragés; l'Hôtel de Ville, qui est le plus bel édifice de Lyon, son architecture est noble, riche, élégante; l'église de la cathédrale Saint-Jean, édifice gothique de la plus grande beauté, on y admire son horloge d'un mécanisme fort compliqué, à plusieurs cadrans, sur l'un desquels l'aiguille ne fait le tour que tous les soixante-dix ans; les quais du Rhône très spacieux et supérieurement construits; le pont de la Guillotière en pierre, formé de trente-deux arches, et le pont Morand en bois, d'une architecture élégante; les allées de Perrache formées de magnifiques peupliers pyramidaux; l'Hôtel-Dieu, l'un des hôpitaux les plus beaux de France, sur le quai du Rhône, salles de malades nombreuses, parfaitement aérées, mais les lits y sont trop multipliés, salles distinctes pour les blessés, les opérés, les fiévreux, les fous, les enragés, chambres particulières pour les étrangers, pour les employés de l'hôpital malades; pharmacie supérieurement tenue par les sœurs de la Charité; ordre et propreté règnent partout.

Le lendemain, j'employai vainement une partie de la matinée à rechercher, dans un quartier qui m'avait été indiqué, une famille Dufour, dont un membre médecin et notre parent avait accueilli mon père en 1765, lorsqu'il se rendait de Montpellier à Paris pour terminer ses études médicales. J'appris que, lors de la Révolution, ces parents avaient émigré en Suisse et s'y étaient fixés; il est possible que le général Dufour, qui s'est acquis de la célébrité dans les troubles du Sonderbund, en 1847, soit issu de notre souche.

Je fis une visite plus fructueuse au professeur Gilibert, médecin botaniste; il me fit l'accueil le plus honnête; il est possesseur de l'herbier de M. de La Tourette, et, comme ce dernier s'était beaucoup occupé de lichénographie et avait eu des relations avec le célèbre lichénologue Hoffman, je m'empressai de parcourir soigneusement les paquets qui renfermaient les lichens; j'y trouvai des espèces à l'infini et des notes précieuses. Le professeur Gilibert était traducteur et éditeur du *Systema naturæ* de Linné.

Je trouve Lyon beaucoup au-dessous de sa réputation. Quand on revient de Paris, on serait tenté de l'appeler un immense village : ville longue et étroite, resserrée entre le Rhône et un coteau dont

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juin 1884.

la base est sillonnée par la Saône; rues en général fort peu larges et plus ou moins obscures ; pavé formé de petits cailloux pointus qui blessent les pieds; maisons la plupart hautes, d'une architecture mesquine, criblées de croisées jusqu'à leur sommet, fort souvent récrépies et peintes d'une couleur jaunâtre; habitants assez tristes, ennemis du luxe et cependant très enrichis du produit de leurs nombreuses manufactures; peu d'activité extérieure, peu de voitures dans les rues; beaucoup de manufactures de soieries. On dîne à midi et on soupe comme en province; peu de restaurateurs, beaucoup de tables d'hôte; les cafés y sont peu nombreux et peu fréquentés; la vie n'y est pas très chère; on y brûle beaucoup de charbon de terre.

De Lyon à Montpellier par Avignon et Beaucaire.

Le 5 avril, je quittai Lyon pour descendre, en galiote ou diligence fluviatile, le Rhône jusqu'à Avignon. En suivant le cours majestueux du fleuve, on aperçoit sur ses bords tantôt des rochers arides et déchirés, quelquefois des coteaux parés de vignobles, rarement un pays de plaine. Au milieu des montagnes du Forez qui s'élèvent à droite, on distingue le pic sursaillant du mont Pilat, du côté de Givors; on passe devant Vienne et l'on aperçoit dans le lit du Rhône les restes d'un antique pont romain; on dîne à Condrieux, renommé par son vin généreux, et la halte du coucher se fait à Tain, la patrie du fameux *vin de l'Ermitage*, mais le vin qu'on nous servit à l'auberge était détestable. Avant le souper, je traversai le Rhône dans la barque à traille pour aller à Tournon visiter le collège assez célèbre qui a deux cents élèves; l'édifice ne présente rien de remarquable.

De Tain à Valence, des montagnes stériles du côté de la rive droite, une plaine bien cultivée du côté gauche. A Valence, je cherche vainement une curiosité à observer, sauf le beau point de vue sur le plateau des promenades au-dessus de la ville.

Notre diligence flottante nous fait entrevoir l'antique et triste capitale du Vivarais, Viviers, dont les maisons, fuligineuses comme les rochers contre lesquels elles sont adossées et les murs tapissés de lierre, donnent à cette petite ville un air de vétusté et de tristesse qui fait peine à l'observateur. Vers la chute du jour, nous traversons le pont bien plus redouté que redoutable de Saint-Esprit. L'arche sous laquelle on passe est assez large pour laisser circuler plusieurs bateaux comme le nôtre sans se heurter, malgré la rapidité sensiblement augmentée du cours du fleuve. Depuis Pont-Saint-Esprit, le Rhône ne se trouve plus guère encaissé au milieu de rochers escarpés et arides ; les montagnes qui le bordent se radoucissent et se couvrent de vignes et de bois; le fleuve peut s'épancher au loin lors des inondations. On nous signale à gauche, dans le lointain, Orange; à droite les coteaux de Tavelle, patrie du vin exquis de ce nom, Montfaucon, Roquemaure, Châteauneuf, plusieurs forts huchés çà et là sur des rochers, le mont Ventoux, si célèbre pour la botanique et que j'envisageai d'un œil de convoitise.

Le 5, vers onze heures, mon voyage fluviatile se termine à Avignon ; c'est ici que commence la zone végétale méridionale; elle est inaugurée par la culture de l'olivier; mais, dans l'Avignonais, cet arbre est de petite taille, rabougri; son élévation et son développement sont progressifs jusqu'à Toulon, où l'on voit les plus beaux oliviers, les plus productifs de notre France.

Une cahotante carriole, que j'abandonnai après le passage de la Durance, transporta mes effets à Beaucaire; je parcourus à pied les quatre lieues qui séparent Avignon de Beaucaire. Un nouveau costume de tête frappa mes regards dans cette campagne. Toutes les paysannes et les femmes du peuple ont une coiffure dont la partie antérieure est enveloppée d'un fichu jaunâtre, tâché de noir, dont le limbe flottant déborde d'un pouce au moins et a l'air rongé plutôt que découpé sur ses bords. Cette coiffure s'observe particulièrement chez les femmes qui ne sont pas de la première jeunesse. Les jeunes filles portent des coiffures blanches dont le fond est large et épaté comme chez les femmes de la Bourgogne; les paysannes portent aussi de larges chapeaux rabattus comme les anciens chapeaux à la chouanne.

Je traversai le Rhône sur le double pont de bateaux qui conduit de Tarascon à Beaucaire et j'allai passer quelques jours chez mon excellent ami, condisciple et savant confrère Blaud. J'employai ces heureuses journées à explorer la botanique et l'entomologie du pays avec César Blaud, pharmacien, frère du médecin ; nous parcourûmes les montagnes connues sous le nom de *Marguillier* et qui semblent être la patrie de prédilection des lichens, elles sont formées d'un calcaire grisâtre homogène. Nous visitâmes le *Château de Saint-Roman,* vieil édifice implanté sur le roc au sommet d'une montagne boisée et qui était autrefois un monastère; c'est là que, pour la première fois, sous les pierres des décombres qui entourent ce bâtiment ruiné, je trouvai vivants le *scorpion* (*europæus*) et la gigantesque *Scolopendre* (*morsitans*) : la vue et la prise de ces deux articulés me transportèrent de joie; je cueillis aussi un joli *narcisse* nouveau pour moi (*Narcissus dubius* Gouan) et la *grande pervenche* spontanée. La petite ville de Beaucaire est des plus tristes; les allées d'ormeaux près du Rhône et la vaste prairie, qui est le théâtre de la fameuse foire du mois de juillet, sont ce qu'il y a de plus remarquable.

Le 12 avril, je quittai mes bons hôtes de Beaucaire pour me rendre à Montpellier. Nous convenons que je reviendrai chez eux avec mon ami Dufau dans le mois de mai, pour excursionner ensemble au Pont du Gard et à Vaucluse. J'avais pris place dans un mauvais fourgon, dont les soubresauts insupportables me décidèrent très promptement à me remettre sur mes pieds jusqu'à Nîmes où je passai la nuit. J'allai, en courant, entrevoir les Arènes, la Maison Carrée, la Tour Magne, le Temple de Diane, en me réservant de les observer plus tard en détail. Le trajet de Nîmes à Montpellier nous tint toute la journée; on fit halte à Lunel pour dîner; la bouteille du fameux vin de muscat s'y vend trois francs; il était exquis. Au soleil couchant, j'arrive au *Mons Pessulanus*, *Mons puellarum*, Montpellier.

Séjour à Montpellier.

Je m'étais rendu à Montpellier, où m'attendait mon ami Dufau, pour connaître, comme complément de nos études médicales, cette école jadis si célèbre; nous y séjournâmes trente-six jours pour suivre les cliniques et quelques cours publics; nous fûmes très médiocrement satisfaits de l'enseignement des successeurs de Barthez.

Investigateur zélé de la nature, je fis plusieurs excursions dans les riches localités des environs de Montpellier, et, comme j'étais tout neuf pour les productions du midi oriental de la France, j'y fis une abondante moisson de plantes et d'insectes. J'explorai ou seul ou avec des naturalistes éclairés et pratiques le bois de Grammont souvent cité par le grand Linnæus; les rochers si fertiles de Castelnau, dont la base est baignée par la petite rivière du Lez; Grabels, dont les roches volcaniques offrent au minéralogiste le *shorl noir*, substance luisante, cristallisée; le monticule et le château de Montferrier, du côté des aqueducs qui conduisent l'eau à Montpellier; le pic Saint-Loup, au milieu des montagnes rocailleuses et stériles ; Mirval (*Mira vallis*, vallée admirable), au sud-ouest de la ville et sur la route de Cette, où l'on visite une grotte dont Strabon, dit-on, fait mention (c'est un antre profond et obscur au fond duquel coule un ruisseau), le port de Cette, où, pour la première fois, j'eus le spectacle de la mer calme; enfin la plage renommée de Maguelonne.

J'extrais de mon journal de 1806 le récit détaillé de cette dernière course.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

174. M. Humbert. De l'alimentation artificielle. — 175. M. Houel. Contribution à l'étude de la congestion pulmonaire compliquant les traumatismes cérébraux. — 176. M. Motel. Étude sur un cas de mort subite par embolie pulmonaire. — 177. M. Verchère. Des

portes d'entrée de la tuberculose. — 178. M. Hernandez. Hémorragies successives. Hémophilie. — 179. M. Bonnet. Du sublimé en obstétrique et en particulier dans la putréfaction fœtale. — 180. M. Valette. Application de la loi Roussel dans le Calvados. Ses résultats. — 181. M. Testelin. Des œdèmes dans la diathèse arthritique. — 182. M. Benoit. Des formes cliniques de la fièvre intermittente chez les enfants. — 183. M. Bouchet. De la folliculite blennorragique chez la femme et de son traitement. — 184. M. Coudray. Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 juin, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le docteur Dreyfus, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les docteurs Paillard, Brulet, Lebeuf, Laurent, Éloi, Baraduc, Varaillon, Matignon, Chabert, Boureau, Chabrier, Verrier, Coffier, Raguit, Piou, Gaudrez, Gendron.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — M. Barbin.

— Par décret, en date du 9 juin, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le docteur Locquin, médecin de l'hôpital de Dijon.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les docteurs Chervin, Pachot, François, Sirot, Boillerault, Jannin, Cassos, Bouchard, Guérard, Desbrosse, Viard, Durand, Weil, Gager, Balle, Regnault, Leriche, Biot, Valat, Dezautière, Verneuil, Jourdan, Cotel, Brigault, Marault, Herpin, Cibiel, Piorry, Sigaud, Cosnard, Paul-Boncour.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe. — MM. Mercier, Guillot, Papon, Dupont, Gastineau, Naud.

— Par décret, en date du 17 juin, M. Fournier, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé à un emploi du même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 juin, la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour la production de leurs titres.

— Le ministre de la marine et des colonies vient de désigner M. Rochard, inspecteur général du service de santé, pour représenter le département de la Marine au Congrès international d'hygiène et de démographie de la Haye.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Racapé est nommé préparateur de minéralogie et géologie, en remplacement de M. Constantin, retraité.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Alphonse Gratiot, décédé à Paris, le 11 juin, à l'âge de soixante-douze ans.

— *Muséum.* — M. le professeur Bureau fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 22 juin 1884, dans les bois de Beauchamps. Le départ s'effectuera par la gare du Nord, à onze heures vingt-cinq minutes du matin pour la station d'Herblay.

— M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera sa prochaine excursion géologique le dimanche 22 juin 1884, à Savigny-sur-Orge, Longjumeau, Palaiseau et Orsay.

Le rendez-vous est, à sept heures quarante-minutes du matin, à la gare d'Orléans, où l'on prendra le train pour Savigny. Le retour à Paris aura lieu à six heures dix minutes du soir.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, il est indispensable de verser le montant de la demi-place (1 fr. 50) au laboratoire de géologie avant samedi soir quatre heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16367.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. La syphilis du cerveau : Accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — MALADIES DES VOIES URINAIRES. Rétrécissement traumatique et rétrécissement valvulaire de l'urètre; galvanocaustique chimique; guérison. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La syphilis du cerveau (1).

ACCIDENTS NERVEUX MULTIPLES. — TROUBLES INTELLECTUELS.

II

ÉTIOLOGIE. — Avant d'aller plus loin, laissez-moi vous indiquer les conditions qui semblent favoriser en quelque sorte la localisation encéphalique de la syphilis. Voyons également au milieu de quelles circonstances s'accomplit le plus souvent cette localisation.

Il est difficile de déterminer avec quelque précision le degré de fréquence de la syphilis cérébrale. Les divergences qui existent entre les différentes statistiques s'expliquent peut-être par les situations dissemblables dans lesquelles se sont trouvés les auteurs qui les ont dressées. Ces statistiques d'ailleurs visent plutôt les divers accidents de la syphilis du cerveau que la maladie envisagée en bloc. Quelques chiffres sont intéressants à citer, bien qu'ils me paraissent un peu exagérés.

D'après M. Fournier, sur dix sujets devenant hémiplégiques avant l'âge de trente-cinq ou quarante ans, il y a neuf syphilitiques. Neuf fois sur dix, dit le même auteur, l'épilepsie qui survient après vingt-cinq ans est d'origine spécifique. Soixante-quinze fois sur cent, la vérole serait la condition déterminante des paralysies oculaires. Au dire d'Altham, il y a 5 p. 100 d'aliénés syphilitiques dans l'hôpital que dirige ce médecin.

Ces statistiques qui, vous le voyez, nous renseignent tout au plus sur la fréquence relative des divers groupes d'accidents d'origine syphilitique, par rapport aux accidents analogues dus à une autre cause, ne nous apprennent pas grand'chose quant à la fréquence absolue de la syphilis cérébrale envisagée en général. Retenez simplement ceci, c'est que les déterminations encéphaliques de la vérole quelle que soit la forme qu'elles revêtent, sont loin d'être des manifestations rares.

On s'est demandé à quel âge de la maladie se produisent les accidents cérébraux. D'une façon générale, on peut dire que c'est à la période tertiaire qu'on les rencontre. Ils se montrent d'ordinaire de trois à dix ans après l'accident primitif. Mais ils peuvent être différés et ne se développer qu'après vingt ou trente années. Quelquefois, dans les cas de syphilis maligne précoce, ils font au contraire partie des accidents de la période secondaire.

Les causes spéciales qui favorisent la localisation de la syphilis sur le cerveau sont souvent impossibles à préciser. Dans un grand nombre de cas, la syphilis cérébrale s'explique au contraire par la fatigue, le surmenage du cerveau. On observe communément les déterminations encéphaliques de la vérole chez les individus qui s'adonnent par profession aux travaux intellectuels. M. Fournier rapporte l'observation très topique d'un médecin distingué qui, atteint de syphilis constitutionnelle, disait : « Je mourrai de syphilis cérébrale. » L'évènement ne tarda pas à démontrer le bien fondé de ce fâcheux présage.

Les émotions morales, les excès de tout genre et plus spécialement les excès sexuels, agissent comme les excès de travail cérébral, en déprimant le système nerveux. M. Fournier, par exemple, cite le cas d'un malade qui, ayant eu déjà une première attaque d'hémiplégie, se maria malgré ses conseils et fut ramené mourant de son voyage de noces, après dix jours de mariage. J'ai observé un cas de ce genre, et j'ai vu succomber, après deux mois de mariage seulement, à la suite d'accidents délirants, un homme de trente-quatre ans, ancien syphilitique, qui venait de commettre avec sa jeune femme de grands excès sexuels.

L'alcoolisme tient aussi une grande place parmi les causes prédisposantes de la syphilis du cerveau. Les lésions artérielles qu'il détermine semblent être un adjuvant pour la vérole.

Certaines syphilis paraissent avoir plus de tendance que les autres à se déterminer sur l'encéphale. Broabdent range parmi elles celles qui ont été bénignes dans la période secondaire. Peut-être cela tient-il à ce que ces syphilis sont moins souvent traitées que les syphilis graves d'emblée ?

SYMPTÔMES. — *a.* Quels que soient les accidents qui vont révéler la syphilis cérébrale, il est un symptôme qui précède fréquemment celle-ci et permet, dans une certaine mesure, de la prévoir. C'est la *céphalalgie*, ou mieux la *céphalée,* sur laquelle je dois tout d'abord appeler votre attention.

La céphalalgie n'est pas toujours un symptôme de syphilis cérébrale. Elle peut notamment apparaître à une époque relativement précoce de la maladie, au cours de la période secondaire. Même dans ces cas, elle révèle évidemment un trouble quelconque, circulatoire ou autre, du côté de l'en-

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 juin 1884.

céphale, mais elle n'est pas d'habitude le prélude des accidents que je vais avoir à décrire.

Tout autre est la céphalée de la période tertiaire. Les caractères de cette céphalée, dont l'apparition est un avertissement souvent précieux et permet de dépister une syphilis cérébrale commençante, sont variables. Tantôt il s'agit d'une douleur gravative, avec sensation de pesanteur, d'autres fois d'une douleur constrictive ; il semble au malade que la tête va éclater. Enfin, dans quelques cas, la céphalée se traduit par des élancements, par une sensation de martellement excessivement pénible.

D'ordinaire, ces douleurs apparaissent sous forme d'accès, surtout pendant la nuit. Elles sont d'habitude unilatérales, ou même limitées sur un point du crâne à la région frontale ou occipitale. La circonscription de la céphalée peut être telle qu'elle rappelle de loin le clou hystérique. M. Fournier a insisté à juste titre sur les caractères un peu spéciaux de ces douleurs. D'après cet auteur, « un mal de tête intense, violent, à exacerbation nocturne, à durée longue, chronique et à retours fréquents, est un symptôme qui atteste presque infailliblement la vérole, qui doit toujours, pour le moins, en éveiller le soupçon ».

Parmi les autres manifestations qui marquent aussi, dans un certain nombre de cas, le développement commençant des lésions encéphaliques, figurent les *vertiges*, les *éblouissements*, les *attaques apoplectiformes*, qu'accompagnent soit une résolution générale du système musculaire, soit des paralysies localisées et passagères. Enfin il peut arriver que la syphilis cérébrale se révèle à ses débuts par un *coma* subit et profond « sidérant et malin », suivant l'expression d'un auteur et qui, comme les autres manifestations de la vérole, est justiciable du traitement spécifique.

Quel que soit le mode de début de la syphilis du cerveau, qu'elle se révèle à sa première étape par les accidents initiaux dont je viens de parler, ou qu'elle se traduise d'emblée par l'une ou l'autre des manifestations qui me restent à décrire, elle donne, suivant les cas, naissance aux différents symptômes que je résume dans le tableau suivant :

- 1° SYMPTÔMES D'ORDRE MOTEUR.
  - *a.* Symptômes convulsifs (accès épileptiformes à forme d'épilepsie partielle et à forme de mal comitial).
  - *b.* Symptômes paralytiques.
    - *a.* Paralysies par lésions des nerfs ou périphériques.
    - *b.* Monoplégies.
    - *c.* Hémiplégies.
- 2° SYMPTÔMES D'ORDRE SENSITIF.
  - *a.* Troubles de la sensibilité générale coïncidant d'ordinaire avec les paralysies du mouvement.
  - *b.* Troubles de la sensibilité spéciale (ouïe, vue, goût, odorat).
- 3° SYMPTÔMES D'ORDRE PSYCHIQUE.
  - *a.* A forme dépressive.
  - *b.* A forme maniaque.
  - *c.* A forme de paralysie générale (pseudo-paralysie générale syphilitique).

Entrons maintenant dans le détail.

1° SYMPTÔMES D'ORDRE MOTEUR.

A. *Symptômes convulsifs (accès épileptiformes à forme d'épilepsie partielle et à forme de mal comitial).*

Les convulsions épileptiformes constituent l'une des manifestations fréquentes de la syphilis cérébrale. Vous ne vous en étonnerez pas si vous vous rappelez que les lésions spécifiques possèdent deux des caractères qui prédisposent une altération du cerveau à engendrer l'épilepsie symptomatique : 1° méningées ou corticales, elles sont périphériques ; 2° elles occupent avec une certaine prédilection les lobes antérieurs du cerveau, et, par conséquent, intéressent fréquemment la zone motrice.

L'épilepsie syphilitique se présente sous deux formes différentes. Tantôt elle revêt la physionomie de l'épilepsie partielle ou jacksonnienne, tantôt celle du mal comitial et, dans ce dernier cas, elle peut affecter soit les allures du grand mal, soit celles du petit mal.

a. Épilepsie syphilitique à forme d'épilepsie partielle. — Je crois inutile de vous la décrire par le menu ; j'aurais en effet à refaire l'histoire de l'épilepsie partielle, dont vous connaissez certainement les traits principaux. Je me contenterai de vous rappeler les modalités diverses qu'affecte cette forme de syphilis convulsive.

Avec ou sans aura, le malade est pris subitement de secousses toniques ou cloniques qui, toujours *localisées* et *unilatérales*, au moins au début de l'accès, intéressent tantôt exclusivement la face, le membre supérieur ou l'inférieur d'un côté (monospasme), d'autres fois simultanément les membres thoraciques et la face (monospasmes associés) ; enfin, dans un certain nombre de cas, la face et les deux membres (forme hémiplégique).

L'accès quelle que soit sa durée, et cette durée peut être assez prolongée, ne s'accompagne pas d'habitude de perte de connaissance. L'épilepsie partielle syphilitique est, comme on l'a dit, une épilepsie *consciente*.

Les phénomènes convulsifs, dans quelques cas, ne se limitent pas au membre ou au côté du corps affecté primitivement. Ils s'y localisent sans doute au début de l'accès, mais pour se généraliser bientôt et envahir, dans une seconde phase de la crise, la moitié du corps qui n'avait pas tout d'abord pris part aux convulsions. Il n'est pas exceptionnel de voir, dans ces cas, la perte de connaissance accompagner la généralisation des secousses.

Ces accès d'épilepsie partielle, à forme de monospasmes ou à forme hémiplégique, peuvent se reproduire en assez grand nombre, les uns à la suite des autres. On voit alors cinq, dix, quinze accès, souvent davantage, se succéder. Il est assez fréquent de constater à leur suite des parésies ou même de vraies paralysies des membres primitivement affectés par les spasmes. Ces paralysies, sur lesquelles je reviendrai dans un instant, sont d'ordinaire passagères, quelquefois définitives.

L'épilepsie partielle emprunte-t-elle à son origine syphilitique des caractères particuliers qui permettent d'en préciser la nature ? Non. C'est de l'épilepsie partielle vulgaire, de l'épilepsie partielle identique (je ne dis pas analogue) à celle que peut déterminer une lésion cérébrale quelle qu'elle soit, un kyste hydatique ou un foyer d'encéphalite, par exemple. C'est donc ailleurs que dans les caractères des phénomènes convulsifs eux-mêmes qu'il vous faudra chercher les éléments de votre diagnostic ; c'est dans l'étude des antécédents des malades, dans la constatation des symptômes paralytiques (oculaires ou autres) ; enfin dans le critérium thérapeutique. Mais ces éléments divers, en même temps qu'ils nous permettent de déterminer la nature de l'épilepsie partielle spécifique, nous autorisent à en affirmer la réalité. Un grand nombre, le plus grand nombre peut-

être, des cas d'épilepsie jacksonnienne chez l'adulte, dépend de la vérole. Voilà une proposition qu'il ne me paraît pas possible de contredire.

b. Épilepsie syphilitique à forme de mal comitial (*grand et petit mal*). — Mais si la syphilis cérébrale engendre souvent l'épilepsie partielle, peut-elle aussi donner naissance aux convulsions généralisées telles qu'on les observe dans le grand mal, aux vertiges et aux absences rappelant les phénomènes analogues du petit mal?

Entendons-nous bien! que la syphilis puisse jouer le rôle de cause déterminante et légitime du mal comitial (grand ou petit mal), la chose n'est pas soutenable et n'a pas été soutenue, que je sache. Il ne s'agit donc pas de rechercher s'il y a des cas d'épilepsie vraie qu'on soit en droit de rattacher à la vérole, mais il importe de savoir si la syphilis ne peut pas emprunter le masque du mal comitial, ce qui est bien différent.

Le fait n'est pas douteux : oui, il est des malades chez lesquels la syphilis cérébrale se révèle, à un moment donné, par l'appareil symptomatique soit du grand mal, soit du petit mal. Ces malades ne sont pas pour cela des épileptiques, mais simplement des syphilitiques. Les convulsions à forme de grand mal constituent même assez souvent la manifestation précoce de la syphilis cérébrale. Or ces convulsions diffèrent si peu de celles du *morbus sacer*, qu'il serait véritablement impossible de les en différencier, si l'on ne tenait compte des éléments d'appréciation dont j'ai parlé à propos de l'épilepsie partielle. L'absence habituelle du cri initial n'est pas un fait assez important pour qu'on puisse faire grand fond sur lui. Mais l'épilepsie spécifique, si l'on n'intervient pas par un traitement approprié, marche plus vite que l'épilepsie vraie vers la déchéance cérébrale et aboutit rapidement à des paralysies souvent incurables. Il est vrai qu'en pratique cet élément de diagnostic est comme nul et non avenu, ~~car~~ c'est avant l'apparition des graves conséquences qu'il importe de reconnaître l'épilepsie syphilitique et de la traiter.

La vérole s'approprie donc la symptomatologie du *morbus sacer*, comme elle s'approprie celle de l'épilepsie jacksonnienne : voilà le fait.

Mais quelle importance convient-il d'assigner à ce faux mal comitial dans la statistique des crises épileptiques de l'adulte? Je crains bien qu'on n'ait, à cet égard, commis des exagérations au profit de la syphilis. M. Fournier, par exemple, n'hésite pas à avancer que l'épilepsie vraie « ne fait jamais son premier début à l'âge adulte et à l'âge mûr ». Ce qui revient à dire que tout accès épileptiforme apparaissant, sans précédent, chez un individu arrivé à l'âge moyen de la vie, relève de la fausse épilepsie, et le plus souvent de l'épilepsie syphilitique.

Eh bien, il n'est malheureusement pas permis d'accepter cette proposition, qui serait singulièrement rassurante si elle exprimait la vérité, puisque nous pouvons beaucoup contre l'épilepsie syphilitique et que nous pouvons moins contre le mal comitial. Le mal comitial, sachez-le, peut faire sa première apparition à des époques plus ou moins tardives de l'existence, chez l'adulte et même chez le vieillard. Je n'en veux pour preuve que les observations nombreuses et concluantes qu'a recueillies, dans ces derniers temps, M. Delanef (1). Voici, au surplus, un exemple des cas de cet ordre. Je voyais, il y a quelques mois à l'Infirmerie spéciale près le dépôt de la préfecture de police, un individu, ancien capitaine au long cours, qui la veille avait été pris, rue Saint-Honoré, d'une crise convulsive. Le malade avait été relevé et transporté chez un pharmacien. Une fois revenu à lui, en apparence, il avait fait mine de sortir, s'était emparé d'un bâton, avait brisé les bocaux de la pharmacie et roué de coups le pharmacien. Cet homme, qui n'avait gardé, lorsque je le vis, aucun souvenir de ce qui s'était passé la veille, était un épileptique avec crises délirantes consécutives aux attaques. Nous en avions la preuve dans un certificat délivré par un médecin d'Anvers et qu'on retrouvait dans la poche du malade. Or cet individu, que nous avons pu observer et suivre, avait eu son premier accès d'épilepsie vers l'âge de trente-cinq ans ; son second accès, un an plus tard à Amsterdam. Il était indemne de toute syphilis. Les accidents chez lui étaient bien épileptiques, non épileptiformes.

Les faits de ce genre ne sont malheureusement pas exceptionnels. Que de cas analogues n'ai-je point observés! Sachez donc que si, en présence d'une première attaque convulsive chez un adulte, il y a des chances pour que vous ayez affaire à la vérole, il est également très possible que vous vous trouviez en face du mal comitial le plus franc, quel que soit l'âge du sujet. J'affirme notamment avoir traité plus de dix ou douze femmes, n'ayant jamais été syphilitiques et qui sont devenues épileptiques, à l'âge de la ménopause.

(1) Delanef, *De l'épilepsie tardive*. — Th. de Paris, 1883.

MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. Mallez.

Rétrécissement traumatique et rétrécissement valvulaire de l'urètre; galvanocaustique chimique, guérison (1).

(Observations recueillies par M. le docteur Jardin.)

II

Mais revenons au choix de la lame : malgré le grand nombre de lames que nous avons, nous ne nous servons guère que des petites, et nous évitons autant que possible d'employer les grandes lames, les lames élevées auxquelles le docteur Fort semble donner la préférence.

Cela tient à plusieurs faits que nous avons observés dans les applications de galvanocaustique chimiques que nous avons pratiquées sur l'urètre, et dans les expériences que nous avons faites sur des animaux et sur de la viande. Nous ne citerons que les deux faits principaux qui, à eux seuls, nous donnent raison.

Nous savons que, dans notre organisme, le sang est un des meilleurs conducteurs de l'électricité; si donc, dans une galvanocaustique chimique, la lame de platine, mise au contact du tissu du rétrécissement, se trouve baignée dans quelques gouttes de sang, le courant sera dévié et les phénomènes d'électrolyse qui doivent produire ceux de galvano-caustique chimique se feront à un point plus ou moins éloigné du rétrécissement : d'où insuccès, malgré la lame de platine élevée, ou plutôt à cause de la lame élevée; car, quand un instrument vient à entrer à frottement sur une muqueuse irritée, congestionnée, il y a toutes chances pour avoir un peu de sang.

D'un autre côté, on pourrait croire qu'avec une haute lame, la pression étant plus forte sur le tissu du rétrécissement, l'escarre produite sera plus profonde qu'avec une lame moins élevée. Cette idée est erronée ; car, si vous placez sur un morceau de chair de bœuf la lame de platine, et que vous fermiez le courant par un

(1) Fin. — Voir le numéro du 19 juin 1884.

large tampon sur ce même morceau de viande, vous verrez que l'étendue et la profondeur de l'escarre n'est pas proportionnelle à la pression exercée, mais bien au temps et au nombre de couples mis en action.

De ces considérations nous croyons pouvoir tirer la conclusion que les insuccès que nous avons eus au début et l'insuccès dont le docteur Fort nous fait part, ont tenu à l'une des causes que nous venons d'énumérer et non à un défaut de l'instrument. En lisant l'observation que le docteur Fort a publié dans la *Gazette des hôpitaux*, nous voyons qu'il précise qu'à la seconde séance où il était muni d'une lame élevée il a franchi le rétrécissement en *vingt-cinq secondes* et qu'il a eu un succès.

Dans ce cas, nous ne nions pas le succès, il existe, puisque le docteur Fort nous le dit ; mais il est dû à une divulsion bien faite, car il n'y a pas de galvanocaustique possible en vingt-cinq secondes. La divulsion directe a donné de beaux résultats dans les mains des chirurgiens habiles.

Revenons à notre observation.

Nous avions fait, le 15 février 1884, une séance de vingt-trois minutes, employant 20 éléments au bisulfate de mercure. Il n'y eut pas une goutte de sang, et, pendant dix jours, le malade ne fut pas touché. Il urina plus largement et l'incontinence diurne disparut. Il y eut même quelques nuits sans mictions involontaires. Il est vrai de dire que la mère de l'enfant avait soin de l'éveiller au moins une fois par nuit.

Le 27 février 1884, nous reprenons la dilatation trois fois par semaine. Le tissu du rétrécissement semble avoir perdu de sa dureté, et nous arrivons, au bout de très peu de temps, très facilement au n° 13 de la filière Charrière.

Dans le courant du mois de mars, l'incontinence diurne et nocturne avait complètement disparu.

La santé de cet enfant s'améliora promptement et la dilatation nous mena jusqu'au mois de mai, époque à laquelle nous nous décidâmes à pratiquer une nouvelle séance de galvanocaustique chimique pour (d'après l'expression du docteur Tripier) jeter plus d'éléments négatifs dans le tissu du rétrécissement, et par suite diminuer sa tendance à la rétraction.

Le 9 mai 1884, nouvelle séance de galvanocaustique de vingt minutes : 20 éléments au bisulfate de mercure. La lame employée mesurait avec le mandrin le n° 17 ; elle franchit le rétrécissement, au bout de trois minutes ; puis, ramenée dans le rétrécissement, y resta dix-sept minutes. Nous n'avons également pas, cette fois, trace de sang, condition éminemment favorable et même indispensable pour l'action directe sur le rétrécissement.

Le 19 mai, nous passons facilement au n° 15.

Une chose à noter, c'est qu'après chacune des séances de galvanocaustique, cet enfant n'a pas eu un seul accès de fièvre.

En résumé, voilà un rétrécissement traumatique, c'est-à-dire formé de tissus fibreux, durs, inextensibles, et faisant qualifier d'incurable ce genre de rétrécissement, qui, à la suite de trois séances de galvanocaustique, arrive à admettre un n° 15 et qui, modifié dans sa texture, a perdu l'extrême facilité qu'il avait de se rétracter très promptement.

Passons maintenant à l'observation d'un rétrécissement pénien et valvulaire, qui céda à la galvanocaustique chimique, alors qu'il avait résisté à d'autres moyens.

Obs. II. — Le colonel F... se présente au docteur Mallez, au mois de mars 1881.

Il éprouve une difficulté extrême à uriner, sans cependant que le jet soit très diminué de volume.

Le malade affirme que c'est la troisième fois que de pareils accidents lui arrivent. Une première fois, en 1879, éprouvant une peine extrême à émettre son urine et sentant comme une sorte de point d'arrêt dans le canal, il s'adressa au docteur Heurteloup, qui diagnostiqua un rétrécissement pénien et appliqua sa méthode d'excision.

Pendant quelques mois, une amélioration sensible s'était maintenue, mais il y avait à peine une année d'écoulée que les premiers symptômes reparurent. Le docteur Heurteloup fit une seconde excision en 1880, et la difficulté pour uriner disparut, mais la miction restait toujours un peu douloureuse. Au bout de quelques mois, la difficulté dans l'émission de l'urine reparut, s'accentuant progressivement.

Dans les premiers mois de 1881, le malade dut souvent se servir d'une petite sonde pour faciliter la sortie de l'urine. C'est alors que le colonel consulta le docteur Mallez, qui diagnostiqua un rétrécissement pénien valvulaire et décida d'y appliquer la galvanocaustique chimique. L'application eut lieu en avril 1881. Elle dura quinze minutes ; la pile employée était composée d'éléments au chlorure de zinc. Le docteur Mallez se servit d'un galvanocautère formé d'une olive métallique portée par une tige également métallique recouverte d'un corps isolant. Une longue bougie fine servait de conducteur. L'olive, maintenue contre le rétrécissement, dépassa la valvule au bout de peu de temps, mais fut remise en contact pendant un temps suffisant pour produire l'escarre voulue. Il n'y eut pas d'accès de fièvre et le colonel, le lendemain, pouvait reprendre sa vie habituelle.

Dès le premier jour la miction se fit très bien, et pendant trois ans il ne se présenta rien d'anomal du côté de l'urètre.

Ce ne fut que dans le mois d'avril 1884 que la diminution du volume du jet attira l'attention du malade.

Devant les trois années de miction facile que le malade avait obtenu, le docteur Mallez, de nouveau consulté, conseilla la même méthode et fit, dans le courant d'avril, une séance de galvanocaustique chimique de quatorze minutes. Seize éléments d'une pile au bisulfate de mercure furent mis en action.

L'olive du galvanocautère passe le rétrécissement au bout d'une demi-minute. Elle y est ramenée et maintenue pendant quatorze minutes.

Dès ce jour, le jet reprit sa force et son volume normal et, dix jours après, le docteur Mallez constatait que le canal pouvait admettre sans difficulté un n° 18 de la filière Charrière.

Ces deux observations, par leur importance, méritent tout à fait l'attention des médecins ; la première surtout, sur laquelle nous venons de nous étendre le plus longuement, et qui est relative à un cas de rétrécissement traumatique de l'urètre. Elle offre, en effet, un exemple très intéressant de guérison, obtenue à la suite de trois séances de galvanocaustique chimique, d'une affection qui jusqu'ici avait résisté à tous les moyens employés contre elle et qui était considérée jusqu'à présent comme parfaitement incurable, nous pouvons presque dire, quoi qu'on fasse.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 21 juin 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Le système dentaire des Fuégiens. — M. GALIPPE, en son nom et au nom de M. Hyades, fait sur ce sujet une communication dont voici le résumé :

« Les auteurs, dit-il, ont été frappés par le développement considérable des maxillaires supérieurs et inférieurs, dont ils ont donné les mensurations et présenté des spécimens. La forme du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur est très régulière et très harmonieuse et décrit une courbe en plein cintre. Le prognathisme est peu prononcé, chez les Fuégiens, comme on peut le constater sur des photographies et des moulages. Rarement alvéolo-dentaire, il est plutôt dû au développement considérable des arcs maxillaires qu'à l'implantation oblique des dents qui, le plus souvent, sont au contraire implantées perpendiculairement à

la direction de l'axe des maxillaires. La voûte palatine est horizontale. Les auteurs ont insisté sur l'expression de la bouche chez les Fuégiens qui ne connaissent ni le sourire ni le baiser.

Les dents des Fuégiens sont longues et fortes, quoique peu épaisses au niveau du collet. Les canines ont un développement en rapport avec celui des autres dents. La surface triturante des grosses molaires est large, elle présente assez rarement des tubercules supplémentaires, sa largeur va en décroissant de la première à la troisième grosse molaire quelquefois atteinte de nanisme. Cette constatation est en opposition avec les idées de Darwin qui d'une part considère que chez les races élevées la dent de sagesse est en voie de disparition, tandis que d'autre part il regarde les Fuégiens comme les êtres les plus inférieurs de la race humaine, ce qui est inexact.

Les propriétés physiques des dents ont été également étudiées et leur densité s'est montrée généralement supérieure à celle des dents de notre race. Les Fuégiens sont droitiers et leurs dents sont plus denses à droite qu'à gauche.

Les docteurs Hyades et Galippe ont noté la fréquence de la persistance de la canine supérieure caduque et l'évolution de la canine permanente en dehors de l'arcade dentaire.

L'usure des dents est très fréquente chez les Fuégiens ; elle ne peut servir à la détermination de l'âge parce qu'on la rencontre chez des enfants et des adultes. Elle tient à l'usage que les Fuégiens font de leurs dents, en guise d'étau, et aussi à la dureté de quelques-uns de leurs aliments. Les dents de certains individus résistent tandis que les autres s'usent.

L'évolution dentaire se fait plus tôt chez les Fuégiens que dans notre race. C'est ainsi que la dent de sagesse apparaît vers l'âge de douze à treize ans.

La carie est rare chez les Fuégiens.

Leur hygiène dentaire est à peu près nulle. »

De l'indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux. — M. DUMONTPALLIER, en son nom et au nom de M. Bérillon, communique une note ayant pour titre : *Indépendance fonctionnelle des hémisphères cérébraux; Hallucinations bilatérales simultanées de la vue dans l'hypnotisme; Persistance à l'état de veille.*

Dans plusieurs communications, M. Dumontpallier avait déjà attiré l'attention de la Société sur les illusions, les hallucinations unilatérales ou bilatérales provoquées chez les hystéro-épileptiques, dans l'état d'hypnotisme (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1882, p. 515, 653, 1165).

Les hallucinations bilatérales du goût, de l'odorat, de la vue, avaient été, dans les expériences précédentes, produites par l'intermédiaire de l'appareil auditif.

Nous voulons aujourd'hui établir la possibilité de déterminer chez une hystéro-épileptique, en état de somniation provoquée, des hallucinations doubles de la vue en agissant directement sur la rétine.

Un dispositif fort simple nous a conduits à ce résultat.

Nous nous bornerons à citer une des expériences : une malade hystérique, voyant également bien des deux yeux, est mise d'emblée en somnambulisme par pression légère sur le vertex.

On fixe dans le plan vertical médian de la figure du sujet en expérience un écran disposé de telle façon que chacun de ses yeux ne puisse voir que les objets situés du côté correspondant de l'écran.

Un des assistants place son visage dans le champ visuel de l'œil droit du sujet ; un autre en fait autant dans le champ visuel de l'œil gauche.

L'expérimentateur, par un geste, simule alors une difformité ridicule sur le visage placé du côté droit et une difformité repoussante sur le visage placé du côté gauche.

La face de la malade prend à droite l'expression de la gaieté la plus franche, tandis qu'à gauche elle revêt l'expression d'une horreur profonde.

On retire alors l'écran et on réveille la malade par légère pression sur le vertex.

Après le réveil, la double expression faciale persiste. De plus, il se produit un mélange bizarre d'éclats de rire et de cris d'horreur qui se confondent de telle sorte qu'il n'est pas permis de douter qu'il existe dans le cerveau du sujet réveillé deux hallucinations de la vue de nature différente, dont le point de départ a été une excitation rétinienne, dans l'état d'hypnotisme, et dont le siège appartient à un hémisphère cérébral différent.

On presse alors de nouveau sur le vertex de la malade. Elle retombe en somnambulisme ; et le début du sommeil provoqué est précisément marqué par la disparition de toute manifestation bruyante. L'expression faciale n'en persiste pas moins.

Le dispositif étant rétabli comme au début de l'expérience, il suffit de faire le geste d'effacer sur le visage des assistants la difformité qu'on y avait simulée pour voir aussitôt la face du sujet devenir indifférente.

L'hallucination disparaît avec l'image qui l'avait fait naître, et la malade réveillée ne garde aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Cette expérience démontre qu'en agissant simultanément sur les deux hémisphères, chez certaines hystériques hypnotisables, par l'intermédiaire de la rétine on peut déterminer des manifestations fonctionnelles simultanées, en un mot mettre en évidence l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères.

De l'action anti-coagulante des peptones sur le sang. — M. E. GLEY, à propos de la communication présentée dans la dernière séance de la Société par M. Afanassiew relative à l'action anti-coagulante des peptones sur le sang, rapporte des expériences analogues qu'il a faites cet hiver. M. Gley recherchait chez le chien les effets des excitations sensorielles et des émotions sur la pression sanguine, et prenait cette pression à la fois dans le bout central et dans le bout périphérique d'une carotide ; pour éviter la formation si fréquente des caillots, il eut l'idée de faire des injections intra-veineuses avec un liquide obtenu par le moyen qui a servi à M. Ch. Richet pour l'étude du suc gastrique. On prend un estomac frais de porc, on le lave, on sépare la tunique muqueuse qu'on divise ensuite en petits morceaux, on met ceux-ci en contact avec une solution contenant par litre 3g,5 ou 4 grammes de HCl ; on laisse pendant vingt-quatre heures à la température de 25 degrés environ, puis on décante, on filtre et on ajoute au liquide filtré du carbonate de soude de manière à le rendre très légèrement alcalin. C'est ce liquide complexe qui contient la pepsine de l'estomac, des peptones, etc., que M. Gley a injecté dans la saphène de trois ou quatre chiens (250 ou 300 grammes en une demi-heure) ; et, grâce à ce moyen, il a pu enregistrer pendant une heure et demie et deux heures la pression sanguine dans les deux bouts d'une artère, sans qu'il se formât de caillots.

Il y aurait, remarque l'auteur, différentes questions à examiner à ce propos : Quelles sont, dans le liquide employé, les substances plus particulièrement anti-coagulantes ? Quelle est la quantité minime nécessaire pour obtenir l'effet utile ? Mais M. Gley a cru intéressant de signaler dès maintenant le fait physiologique, d'autant plus que dans une première expérience il avait injecté sans résultat des peptones de provenance allemande.

De l'idéoplastie. — M. OKOROWICZ rappelle cette loi générale : Partout où il y a transformation d'une force a en force b, il peut y avoir transformation de la force b en force a. En d'autres termes : Partout où il y a transformation directe de deux forces, il peut y avoir la transformation inverse. Les phénomènes de suggestion ou l'idéoplastie n'échappent pas à cette loi générale. A côté de l'idéoplastie des sensations passives, hallucinations, existe une autre catégorie de sensations négatives. Par exemple, l'expérimentateur peut se rendre seul invisible pour le sujet soumis à la suggestion ; s'il fume une cigarette, celle-ci sera également invisible ; mais s'il allume une seconde cigarette, cette dernière deviendra seule visible pour le sujet en expérience, sans que lui, l'expérimentateur, cesse de rester invisible.

Dans une deuxième catégorie, le présentateur étudie l'idéoplastie des mouvements ; il cite plusieurs exemples d'individus soumis à la suggestion, s'appliquant, sous l'influence d'une volonté étran-

gère, à rédiger leur propre acte d'accusation, faisant un testament en faveur de l'expérimentateur qu'ils n'avaient jamais vu, accomplissant un meurtre ou un suicide sous l'influence de cette volonté, etc. Si, par exemple, l'expérimentateur trace une ligne imaginaire sur le sol, jamais le sujet ne pourra franchir cette ligne. Ce n'est pas là de la paralysie musculaire, mais plutôt de l'amnésie des mouvements.

Dans une troisième catégorie se trouve l'idéoplastie matérielle, c'est-à-dire un changement réel, objectif, palpable, s'accomplissant sous l'influence de la suggestion. Si, par exemple, vous dites à un individu qu'il fait froid, il aura froid ; si vous persistez, vous obtiendrez sur quelques sujets une action réelle localisée; par exemple, vous augmenterez la température périphérique, vous déterminerez une sueur assez abondante ou la chair de poule, à volonté ; vous ferez disparaître non seulement la douleur qui accompagné une fluxion dentaire, mais la fluxion elle-même, etc.

Il y a aussi l'idéoplastie matérielle négative, consistant par exemple à rendre le système nerveux réfractaire à des agents réels.

M. DUMONTPALLIER fait observer que la plupart de ces faits se trouvent consignés dans le livre de M. Durand.

M. PAUL BERT dit que ces faits sont très anciennement connus; il a fait lui-même, il y a trente ans, des expériences de magnétisme dans lesquelles se retrouvent beaucoup de ces données.

Anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme. — **M. PAUL BERT**, après avoir rappelé la communication de M. Aubeau relative aux 120 opérations qui ont été pratiquées dans le service de M. Péan avec cette méthode d'anesthésie (voyez *Gazette des hôpitaux*, p. 555), déclare qu'à l'avenir le gazomètre sera remplacé par l'appareil de M. Dubois. Malgré les bons résultats fournis jusqu'ici par cet appareil sur les animaux, M. Bert a encore perfectionné le procédé en y apportant la modification suivante :

Jusqu'à présent il a été toujours employé, dans les anesthésies chez l'homme, la même dose de 8 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air. En continuant cette dose plus de deux heures et demie, on arrive à donner la mort. Il était donc important, pour des opérations longues, comme l'ovariotomie, de chercher à éviter ce danger. Dans ce but, après avoir anesthésié le malade avec cette dose de 8 p. 100, M. Bert a démontré qu'on peut maintenir cette anesthésie parfaitement complète en n'employant qu'une dose de 7 ou même de 6 p. 100. Dans ces conditions, la mort ne peut survenir que six ou sept heures après.

M. Paul Bert a de nouveau cherché à éclaircir cette question de l'absorption du chloroforme. Toutes les méthodes employées jusqu'ici, le refroidissement, le barbotage, la chaleur, etc., ont été défectueuses. C'est à la chaux sodée à chaud que M. Bert donne encore la préférence. Il est arrivé ainsi à démontrer que le chloroforme agit par la tension de ses vapeurs et non par la quantité absorbée.

M. BROWN-SÉQUARD, à l'occasion de la première partie de la communication de M. Bert, rappelle qu'il a fait tenir un épileptique sous l'influence du chloroforme pendant huit jours de suite.

ÉLECTION

M. VIGNAL est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de botanique (1), par Van Tieghem.

Le neuvième fascicule est consacré à l'étude des phanérogames, qui forment le quatrième embranchement de M. Van Tieghem.

(1) In-8°. — Prix : 30 francs. — Paris, F. Savy.

Le savant professeur admet deux sous-embranchements, celui des Gymnospermes et celui des Angiospermes.

Les Gymnospermes comprennent trois familles (cycadinées, conifères et gnétacées).

Les Angiospermes sont ou monocotylédones ou dicotylédones.

Les Monocotylédones se divisent en quatre ordres (graminidées, joncinées, liliinées et iridinées). Cette partie se termine par un tableau résumant la division de la classe des Monocotylédones en ordres et familles.

Les Dicotylédones sont divisées en apétales, dialypétales et gamopétales. Elles comprennent six ordres : 1° les Apétales supérovariées; 2° les Apétales inférovariées; 3° les Dialypétales supérovariées; 4° les Dialypétales inférovariées; 5° les Gamopétales supérovariées, et 6° les Gamopétales inférovariées.

Après avoir distribué toutes les familles sous ces divers ordres, l'auteur résume l'étude des Dicotylédones et dresse le relevé général qui se résume ainsi :

« Somme toute, l'embranchement des Thallophytes a offert 45 familles, celui des Muscinées 8, celui des Cryptogames vasculaires 16, celui des Phanérogames 176, ce qui porte à 243 le nombre des familles que l'on a distinguées dans le règne végétal et étudiées dans la partie spéciale de ce traité. »

M. Van Tieghem aurait pu arrêter là son œuvre. Il n'a pu résister à l'envie de jeter un dernier coup d'œil sur l'histoire des végétaux, et ce chapitre, d'un très vif intérêt, a pris le titre de : Distribution des plantes à la surface de la terre.

Étudiant l'influence du milieu sur cette distribution, l'auteur nous fait connaître l'aire des espèces; il nous indique les grands traits des flores naturelles et termine son *Traité* par l'étude des faunes végétales pendant les périodes géologiques.

L'œuvre est terminée et tous les amis de la science ne peuvent qu'exprimer toute leur reconnaissance au maître qui nous a donné un livre si honorable pour la science française.

Cours de minéralogie (1), par M. A. de Lapparent.

Non content de nous avoir donné dans son *Traité de géologie* une œuvre qui fait le plus grand honneur à la science française, M. le professeur de Lapparent n'a pris aucun repos avant d'avoir, dans un *Cours de minéralogie*, complété son œuvre d'érudition et d'enseignement.

Ayant accepté, — au prix des plus grands sacrifices personnels, — l'honneur d'une chaire à l'Institut catholique de Paris, l'ancien ingénieur au corps des mines n'a plus eu qu'une pensée, mettre en œuvre sa science profonde et la placer au niveau des intelligences qui lui étaient confiées. C'est le cours professé depuis 1876 par M. de Lapparent qui paraît aujourd'hui.

Dans sa modestie de vrai savant, l'auteur n'a pas eu la prétention de faire un traité complet de minéralogie. Il a seulement voulu mettre à la disposition des étudiants français un livre répondant largement aux exigences du programme de la licence ès sciences comme aux besoins des études lithologiques de détail. En même temps, il a cherché à faciliter, pour les esprits curieux de belles doctrines, l'accès de ces théories cristallographiques qui sont, on peut le dire, l'honneur de la science française.

M. de Lapparent s'est encore proposé un autre but.

Chaque jour met davantage en lumière la nécessité des connaissances minéralogiques pour tous les géologues qui ne se bornent pas systématiquement à l'étude des terrains stratifiés. Il est impossible de s'occuper des roches cristallines sans s'être familiarisé avec les principales données de l'optique des cristaux et une sérieuse préparation s'impose de plus en plus à ceux qui veulent aborder les études lithologiques.

Dans ce but, M. de Lapparent insiste particulièrement sur les espèces constitutives des roches et, de plus, il s'est efforcé de substituer aux classifications purement cliniques un mode de groupe-

(1) In-8°. — Prix : 15 francs. — Paris, F. Savy.

ment des espèces qui tienne le plus grand compte de leurs affinités de gisements.

Cette courte analyse montre l'esprit de cet ouvrage, que l'auteur divise en trois livres : 1° cristallographie géométrique ; 2° cristallographie physique ; 3° description des espèces minérales.

Le premier livre est divisé en deux sections, dont l'une est consacrée aux notions générales sur la symétrie cristalline, et la seconde à l'étude des systèmes cristallins.

Le second livre nous fait connaître les propriétés optiques des cristaux, les propriétés physiques diverses, les groupements cristallins et la cristallogénie.

Le troisième livre, divisé en cinq sections, après les généralités sur les espèces minérales, nous présente la description des éléments des roches fondamentales et des gîtes minéraux, la description des minerais métalliques et enfin celle des combustibles minéraux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La première épreuve éliminatoire (épreuve clinique) du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central s'est terminée vendredi soir. Ont seuls été admis à subir la seconde épreuve (épreuve orale), les candidats dont les noms suivent :

MM. les docteurs Barié, Barthélemy, Béclère, Béringier, Brault, Brissaud, Brocq, Bruchet, Chantemesse, Comby, Dreyfous, Faisans, Faucher, Gauchas, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Leroux, Lorey, Lucas-Championnière (P.-E.), Martin, Mathieu, Merklen, Petit, Renault, Robert, Robin, Stackler, Talamon et Variot.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16376.

N° 74. — JEUDI 26 JUIN 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 26 JUIN 1884. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Deux cas de phtisie galopante. — Hôpital de la Pitié. I. Ablation d'une portion de la mâchoire, érysipèle, mort. — II. Tumeur cancéreuse de l'os hyoïde. — III. Coup de feu dans la poitrine. — Académie de Médecine. — Variétés. Documents relatifs à la fondation de l'Université de Paris et de la Sorbonne au XIIIe siècle. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le choléra de Toulon préoccupe tellement les esprits qu'on a pour ainsi dire contraint M. Fauvel à en dire au moins quelques mots.

Il est convaincu, a-t-il déclaré, qu'il ne s'agit pas du vrai choléra, épidémique, capable de se propager au loin, mais d'un certain nombre de cas simultanés d'une maladie sporadique, engendrée par des causes locales et devant bientôt s'éteindre sur place. Il a adjuré l'Académie de ne pas ouvrir de discussion sur ce sujet avant huit jours, car il n'en faut pas davantage pour qu'on sache avec certitude à quoi s'en tenir.

M. Bucquoy a raconté l'histoire d'un cocher qui est mort en quelques jours d'un farcin aigu contracté par contagion d'un cheval morveux. La porte d'entrée de la maladie chez cet homme paraît avoir été une excoriation du mollet. On ne parvint pas à retrouver chez lui le microbe récemment décrit comme caractéristique de cette maladie, mais on reproduisit la morve en inoculant à des animaux ces mêmes produits pathologiques dont la culture restait stérile.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Deux cas de phtisie galopante.

Nous avons à vous montrer aujourd'hui le résultat de deux autopsies qui semblent devoir nous présenter des lésions anatomo-pathologiques en tous points semblables. Du reste, par une bizarrerie singulière, les deux malades qui viennent de succomber sont entrés presque en même temps dans nos salles, — à deux jours d'intervalle, — ils ont présenté une symptomatologie identique; la maladie a eu une même marche chez tous les deux, il n'y a en réalité de différence que dans le sexe, l'un étant une jeune femme, l'autre un jeune garçon. Tous deux étaient des tuberculeux, des phtisiques.

Le premier de ces malades est une femme, âgée de vingt ans. Elle était fille de brasserie, ce qui est assez dire les excès alcooliques et autres auxquels elle se livrait quotidiennement. Elle est tombée malade au mois d'août de l'année dernière. C'est à cette époque qu'elle a commencé à tousser, toux s'accompagnant bientôt d'expectoration. Puis, elle a maigri assez rapidement; elle s'est promptement affaiblie; enfin, elle avait une fièvre à peu près continue.

Cependant elle n'est entrée dans notre service qu'il y a un mois et deux jours. A son entrée, il était facile de reconnaître que nous avions affaire à une malade atteinte de phtisie affectant une marche aiguë. Elle présentait des phénomènes généraux graves; les sueurs étaient profuses la nuit. L'amaigrissement de la poitrine était des plus prononcés, celle-ci était très étroite, son diamètre antéro-postérieur était notablement diminué, les clavicules étaient saillantes. La toux était quinteuse, l'expectoration liquide et solide tout à la fois, les crachats un peu arrondis, presque nummulaires. Les forces s'en étaient allées de jour en jour.

A l'auscultation et à la percussion nous trouvions : — à droite, en haut, en arrière et en avant, une matité absolue; — à gauche, rien, ou très peu de chose; — à droite, des vibrations thoraciques plus accentuées; — à gauche, une sonorité et des vibrations normales; — à droite, sous la clavicule et dans l'aisselle, en haut, en avant et en arrière, des râles de gargouillements, râles gros ou fins, selon les points, à l'expiration et à l'inspiration; à gauche, des râles plus fins, plus disséminés, avec une respiration normale par places; — à droite, un retentissement très prononcé de la voix, de la bronchophonie d'abord, de la pectoriloquie plus tard; à gauche, rien.

En somme, d'après tous les caractères physiques et l'ensemble des phénomènes généraux, le diagnostic a été : à droite, cavernes du sommet, phtisie au deuxième et au troisième degré; à gauche, cavernes rudimentaires et bronchite capillaire, phtisie au premier et au second degré.

Bientôt les signes physiques ont été en s'accentuant, les râles ont été en augmentant, les cavités du poumon se sont agrandies, tout le poumon droit s'est pris, semblant se convertir en une vaste éponge et la malade a succombé hier.

La marche de la maladie a nettement accusé une phtisie galopante, phtisie qu'il ne faut pas confondre avec celle à laquelle on a donné le nom de phtisie aiguë; celle-ci, caractérisée principalement par des granulations tuberculeuses disséminées, a reçu surtout le nom de granulie, et ne présente à l'autopsie que peu ou point de cavernes. La phtisie galopante n'en a pas moins une marche aiguë, évoluant jusqu'à la mort dans un court espace de temps, deux, quatre, cinq

ou six mois. Elle diffère de la phtisie ordinaire, chronique, dont la durée peut être de plusieurs années, parfois paraissant s'arrêter pour reprendre quelque temps après.

Chez notre malade nous avons pu constater l'existence de ce nouvel élément de diagnostic, c'est-à-dire la présence de bacilles dans les crachats.

— Notre seconde autopsie est celle du malade qui était couché au n° 3 de la salle des hommes, — la femme était également au n° 3 de sa salle, — d'un garçon de dix-huit ans, ouvrier cannier, entré à l'hôpital dans la même semaine que la jeune femme dont nous venons de parler. Chez lui, la maladie a présenté la même marche que chez celle-ci. Il avait déjà perdu un frère et une sœur, morts également de phtisie pulmonaire.

Lorsqu'il est arrivé à la Charité, il était malade depuis quatre mois environ. C'est à la fin de l'automne qu'il a commencé à tousser, d'une toux quinteuse, coqueluchoïde, comme la jeune femme du n° 3, et suivie, comme chez elle également, — ce que nous avions omis de mentionner, — de vomissements surtout après les repas. Cette toux, suivie de vomissements, est un phénomène qui doit toujours attirer l'attention des médecins, car souvent déjà, alors que le diagnostic ne s'impose pas, elle permet de soupçonner une phtisie commençante.

Notre malade a donc continué à tousser et à vomir, puis la fièvre est venue, puis l'amaigrissement, la perte des forces, etc., enfin il s'est décidé, il y a un mois, à entrer dans nos salles.

La marche de l'affection a été absolument la même que chez la précédente malade; elle a présenté les mêmes caractères généraux et locaux : mêmes phénomènes à l'auscultation et à la percussion, même aplatissement de la poitrine; mêmes râles, mêmes gargouillements, bronchophonie, pectoriloquie, matité à droite et dans les mêmes régions; excavation pulmonaire considérable au sommet droit. Mêmes phénomènes du côté gauche que chez la jeune femme, vibrations et sonorité normales, peu de matité, râles plus fins, plus disséminés que du côté droit, avec respiration à peu près normale par places; pas de bronchophonie ni de pectoriloquie.

En résumé, le diagnostic porté chez ce malade a été le même, identiquement, que chez la jeune femme : phtisie galopante parvenue au troisième degré du côté droit, avec vaste caverne au sommet, et parvenue au deuxième degré un peu plus bas; phtisie galopante au premier et au deuxième degré du côté gauche, caractérisée par la présence de granulations disséminées, probablement sans cavernes du poumon, ou tout au moins de cavernes très petites, rudimentaires.

Cet homme est mort à deux jours de distance de l'autre malade.

Chez lui, le tracé fébrile nous a montré, comme dans la fièvre rémittente, une défervescence relative le matin (39°), une exacerbation le soir (41°).

En résumé, ces deux malades ont donc présenté une identité absolue dans la symptomatologie, dans la marche et dans la terminaison du mal dont ils étaient atteints.

Voici maintenant les résultats de l'autopsie que nous venons de faire ce matin même :

1° *Femme :* Caverne considérable au sommet du poumon droit; infiltration tuberculeuse et très petites excavations dans le poumon gauche.

2° *Homme :* Caverne considérable au sommet du poumon droit; infiltration tuberculeuse dans toute l'étendue du poumon gauche.

Chez tous les deux, le foie est augmenté de volume.

Les bacilles ont été recherchés après la mort comme ils l'avaient été pendant la vie dans les crachats, et leur présence a été également démontrée chez les deux individus. Dans le liquide examiné nous avons trouvé quelques granulations amorphes, quelques leucocytes, quelques globules sanguins et des bâtonnets, en quantité considérable, caractéristiques des bacilles de Koch.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Ablation d'une portion de la mâchoire inférieure, érysipèle, mort. — II. Tumeur cancéreuse de l'os hyoïde. — III. Coup de feu dans la poitrine.

Depuis quelque temps, nous avions été assez heureux pour vous donner chaque semaine de bonnes nouvelles de nos opérés; mais la roche Tarpéienne est près du Capitole. C'est ainsi que deux de nos plus récentes opérations viennent de se terminer fatalement.

La première avait consisté dans l'extirpation d'une large portion de la mâchoire inférieure et l'ablation de ganglions volumineux. L'opération avait très bien réussi; mais le malade avait été reconduit à son lit, voisin d'un individu convalescent d'érysipèle, le seul que nous ayons en ce moment dans nos salles. Dès le troisième jour il était atteint à son tour de cette affection, et avant-hier, pendant la visite du soir, il était pris brutalement d'un accès de suffocation tellement violent que l'on dût pratiquer d'urgence la trachéotomie. Le soulagement fut instantané. Néanmoins cette suffocation indiquait l'existence de quelque œdème de la glotte en rapport avec les accidents érysipélateux. Le lendemain l'amélioration était notable, néanmoins la persistance d'une température élevée nous avait porté à émettre un pronostic très mauvais. Et de fait notre malade succombait quelques heures plus tard.

II. Il y a deux jours, nous avons pratiqué une autre opération pour un cas assez insolite, pour une tumeur de la région sous-hyoïdienne s'étendant pour ainsi dire d'une oreille à l'autre, recouvrant la face externe de la mâchoire inférieure, mais laissant parfaitement intactes la déglutition, la respiration et la prononciation; en somme, n'ayant donné lieu à aucun phénomène de voisinage. Cette tumeur était un ostéosarcome du corps de l'os hyoïde, pesant près de 500 grammes.

Je ne discuterai pas la question du diagnostic de cette tumeur osseuse, mais je vous entretiendrai de préférence de certain incident.

La chloroformisation avait été très laborieuse, quoique très bien faite par un de mes internes. Tout à coup le pouls avait disparu complètement et nous avions eu de très grandes difficultés à attirer la langue de la malade hors de la bouche; enfin, après un certain moment d'anxiété, la respiration était très bien revenue, régulière, et l'air pénétrait convenablement dans les poumons. L'opération fut alors continuée; elle fut longue, laborieuse, la malade perdit peu de sang lorsque nous coupâmes la veine faciale au voisinage de la veine jugulaire interne; mais, à trois ou quatre reprises, nous fûmes forcés, sous peine d'accident, d'interrompre

l'emploi du chloroforme. Cependant, dès que nous le cessions complètement, la femme se débattait violemment et à chaque effort elle perdait une rosée sanguine. Enfin l'opération put être terminée sans autre incident.

J'avais cru nécessaire, l'os hyoïde étant fracturé en trois morceaux par le cancer, de l'extirper sans ouvrir le pharynx. Mais, comme nous venions de perdre, quelques jours auparavant, d'un œdème de la glotte, le malade dont je vous ai dit quelques mots tout à l'heure, je cédai à la tentation d'ouvrir la trachée et d'y placer une canule comme un sûr garant contre tout accès de suffocation.

Mais, si la sensibilité paraissait bien rétablie, cependant la malade ne se réveilla pas très franchement, nous fimes le pansement : réunion, drainage et canule dans la trachée, puis elle fut reportée à son lit. Trois heures et demie plus tard elle succombait sans qu'il y ait eu ni hémorragie ni accès de suffocation quelconque. Pourquoi cette femme mourait-elle ? Il ne m'était pas possible de le dire. La quantité de sang perdu n'était pas considérable pour une opération de cette importance : trois palettes de sang environ. Était-ce là un exemple de mort par choc opératoire (expression qui ne signifie rien, soit dit entre parenthèses)? En tous cas, l'autopsie était réellement capitale. Elle a pu être faite et voici les résultats qu'elle a donnés : foie très sain ; rate également normale, aucune trace de septicémie, bien entendu, puisque la malade est morte trois heures et demie après avoir été opérée ; cerveau sain. Les poumons, par contre, renferment des noyaux secondaires énormes.

Or je crois bon de rappeler que notre service est certainement l'un de ceux où l'on examine le plus consciencieusement l'état d'un malade, avant de procéder à une opération. Eh bien, l'examen de cette malheureuse femme, fait avec le plus grand soin, avait été absolument négatif. Veuve d'un pharmacien de province, son médecin, qui me l'avait amenée, la connaissait de longue date et m'avait dit et répété qu'en dehors de la tumeur pour laquelle elle venait réclamer notre intervention, elle était absolument bien portante. Sauf une petite attaque de rhumatisme, il y a cinq ou six ans, elle n'avait jamais été malade.

La tumeur avait commencé à paraître il y a cinq ans et n'avait progressé rapidement que depuis quelques mois. Jusque-là son évolution avait été des plus lentes. Nous avions examiné les urines, elles étaient parfaitement normales. La respiration était excellente. En somme, nous n'avions découvert aucun état pathologique.

J'ai eu ici, un jour, la douleur de perdre un malade du chloroforme, malade que j'allais opérer de fistules multiples à l'anus. Il était phtisique. J'allais intervenir, on l'endort et il meurt séance tenante. Chez lui, le chloroforme n'a eu cette néfaste influence que par l'addition d'une tuberculose pulmonaire cent fois plus formidable que l'auscultation ne nous l'avait révélé. La thèse que M. Cerné, professeur suppléant à l'École de médecine de Rouen, a faite sur mes conseils, rapporte aussi le cas d'une femme opérée d'une tumeur du sein et morte au huitième jour avec plus de trois livres de cancer dans la poitrine, cancer qu'aucun signe ne nous avait révélé. Il en a été de même chez la malade que nous avons perdue avant-hier.

La morale à tirer de ce nouveau fait, c'est que cette femme n'est pas morte de ce qu'on appelle le choc, mais bien de spasmes, par le cœur et par les poumons, spasmes dont les noyaux cancéreux de la poitrine ont été le point de départ. Elle n'est pas morte du chloroforme, bien que celui-ci ait certainement joué un rôle dans la terminaison fatale. En résumé, la mort ici doit reconnaître trois facteurs : l'opération, le chloroforme et surtout les noyaux cancéreux. Nous devons donc nous rappeler que, lorsque l'on opère un malade porteur de noyaux secondaires, une mort prompte peut toujours survenir. Mais, malheureusement, rien n'est plus difficile que de pouvoir constater la présence de ces noyaux. Un seul fait nous eût permis peut-être de les soupçonner : l'accroissement brusque et rapide d'une tumeur restée stationnaire pendant des années.

III. Un cas étonnant, paradoxal au suprême degré, est celui d'un jeune homme atteint d'un coup de feu dans la poitrine. Ce garçon s'est tiré un coup de pistolet à bout portant ; la balle, de gros calibre, est restée logée quelque part dans la cavité thoracique. La poitrine est pleine de sang, d'air et de sérosité ; nous constatons un hémato-pneumothorax. La température se maintenait aux environs de 40°. J'étais tenté d'intervenir, car on m'accuse quelquefois, peut-être avec raison, de trop de timidité ; mais, avant tout, j'aime à savoir ce que je fais.

Or donc, mon malade ne respirait que très mal ; il était devenu blême, pâle, la température était à 40° et, ne sachant à quoi était due la fièvre (pneumonie traumatique, poitrine pleine de septicémie?) faute de pouvoir faire un diagnostic raisonnable, je ne me résolvais à rien. Il ne pouvait s'agir d'une pneumonie franche ; le sang d'une saignée que nous avions pratiquée ne présentait pas la moindre couenne ; le pouls n'était ni plein ni large. La septicémie paraissait plus probable et je songeais à l'empyème et aux injections antiseptiques. Bref, j'avais remis à hier l'opération, lorsque, l'escarre de la plaie étant tombée, un flot de liquide séro-sanguinolent, abondant et n'ayant pas la moindre odeur, s'est écoulé, rejetant bien loin toute hypothèse d'un liquide putride et septicémique. Le malade fut immédiatement soulagé, la température est tombée presque aussitôt à 37°,4 et tous les phénomènes, si graves encore le matin, ont disparu, sans que nous puissions encore nous expliquer la cause d'une fièvre aussi intense en l'absence d'une pneumonie traumatique, d'une pleurésie, enfin de la moindre septicémie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juin 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre par laquelle M. le docteur Henri Bergeron demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé par lui le 12 février 1878 et relatif au traitement de la diphtérie par les fumigations d'acide fluorhydrique (renvoyé à la Commission du prix Saint-Paul) ;

2° Un mémoire intitulé *Considérations sur une épidémie de diphtérie observée à Marseillac (Hérault)*, par le docteur Ernest Durand (renvoyé à la Commission des épidémies).

COMMUNICATION

Sur le choléra de Toulon. — **M. Fauvel** aurait préféré attendre encore avant d'entretenir l'Académie du choléra de Toulon. Cependant, comme le Conseil de la savante Société a insisté pour qu'il prît la parole, il va exposer l'opinion qu'il a déjà exprimée lundi devant le Conseil supérieur d'hygiène et de salubrité. Le choléra de Toulon n'est pas le véritable choléra épidémique, capable de se propager de proche en proche. C'est une maladie tout à fait locale

qui s'est développée par suite des conditions vraiment déplorables dans lesquelles se trouvent les troupes casernées à Toulon. Il y a là plus de 25 000 hommes entassés soit sur les vaisseaux, soit dans des bâtiments malsains et trop étroits. Dans des circonstances analogues, on voit souvent en Angleterre se développer un choléra semblable, qui est et reste sporadique. Il ne s'étend jamais en dehors de son foyer, et c'est rapidement qu'il s'éteint sur place aussitôt qu'on prend les mesures d'hygiène appropriées. M. Fauvel ne doute donc pas qu'il en soit ainsi à Toulon, et il demande seulement un crédit de huit jours avant d'avoir à appuyer son affirmation par des preuves. Il rappelle que jusqu'ici toutes ses prédictions relatives au choléra se sont réalisées, parce qu'elles sont basées sur une longue expérience. Aujourd'hui toute discussion serait prématurée. Dans huit jours on pourra savoir à quoi s'en tenir. En effet, MM. Brouardel, Proust et Rochard sont partis pour Toulon. Ils y vont ouvrir une sérieuse enquête, et ceux qui voudront, la semaine prochaine, prendre part à la discussion auront entre les mains des pièces officielles.

M. JULES GUÉRIN. M. Fauvel ne devrait-il pas indiquer des chiffres? mettre l'Académie au courant de la situation? dire quand le mal a éclaté? combien on a compté de morts jusqu'à présent? Ce sont là des faits indépendants de toute opinion individuelle.

M. FAUVEL. La maladie est en décroissance; elle avait atteint son maximum (12 décès) avant-hier dimanche. Hier il n'y a plus eu que 5 décès. Ce n'est pas la marche habituelle du vrai choléra épidémique, qui, lorsqu'il se développe au sein d'une population agglomérée, s'y dissémine dès les premiers jours et frappe dès le début tous ceux qui sont prédisposés. Ainsi, sur un navire que le choléra envahit, tous ceux qui doivent mourir meurent dans les trois jours. Le reste a acquis après ce temps une immunité qui met obstacle à toute invasion nouvelle.

M. BOULEY. Je tiens à dire à l'Académie qu'en dehors de MM. Brouardel et Proust, MM. Straus et Roux doivent partir ce soir même pour Toulon afin d'y étudier le choléra.

M. BÉCLARD. Ces Messieurs partent par suite d'une mission toute volontaire et spontanée. Ils n'ont reçu aucune commission officielle.

LECTURE

Relation d'un cas de farcin aigu chez l'homme. — M. BUCQUOY a reçu dans son service à l'hôpital Cochin, le 19 novembre de l'année dernière, un malade chez lequel on crut d'abord à l'existence d'une fièvre typhoïde, à cause de l'élévation de la température, atteignant 39 degrés : le pouls était fréquent, la peau chaude, la langue blanche et humide, l'appétit complètement perdu.

Cet homme, cocher et en même temps souteneur de filles, ivrogne, adonné à tous les excès, avait eu un chancre induré environ deux mois plus tôt. Il présentait sur toute la surface de la peau une éruption de nature parasitaire. Il était malade depuis quinze jours. Dès le début il avait perdu l'appétit, souffrait de la tête, éprouvait une grande lassitude et des douleurs aiguës dans les membres. Depuis douze jours il tenait le lit. Et cependant au troisième septénaire de cette maladie il n'avait pas eu d'épistaxis, pas de céphalalgie, pas de diarrhée, il ne présentait pas de taches rosées lenticulaires, pas de sensibilité ou de gargouillement dans la fosse iliaque.

Le diagnostic, quoique probable, restait donc douteux. Un examen méticuleux fit reconnaître à la partie interne de la jambe droite une petite ulcération arrondie de la largeur d'une pièce de vingt centimes, à bords décollés et amincis, offrant une teinte violacée. Un peu plus haut, sur la cuisse du même côté, on découvrit un petit foyer circonscrit, gros comme une noisette, fluctuant, recouvert d'une peau amincie et violacée. La température monta le lendemain 10 à 39°,9, le surlendemain 11 à 41°, et elle dépassa ce chiffre de deux dixièmes le 12. A ce moment on fit appliquer des lotions froides vinaigrées, à la suite desquelles la température retomba, le 13, le matin à 40°,1 et le soir à 39°,5. Mais ce même jour il y eut un frisson prolongé et le 14 on vit apparaître sur l'articulation tibio-tarsienne droite un gonflement œdémateux manifestement phlegmoneux.

L'état du malade s'aggrava ; il y eut du délire, d'abord momentané, puis continu à partir du 18. La température avait remonté peu à peu et le 18 au soir elle était de 41°,5.

Le malade ne recouvra plus la connaissance depuis ce moment jusqu'au 22, jour de sa mort. Plusieurs articulations se prirent successivement.

Le 20, il s'était fait sur toute la surface du corps une éruption de bulles de volume variable (entre celui d'une petite lentille et celui d'une pièce de deux francs), remplies d'un liquide d'abord séreux, mais qui ne tarda pas à devenir purulent.

Ce fut alors que l'on soupçonna la nature de la maladie et qu'on commença à la rattacher à la profession de cet homme. L'autopsie ne donna pas de résultats probants ; les seules lésions observées étaient celles que l'on rencontre dans les cas ordinaires d'infection purulente, un énorme abcès du foie avec deux autres plus petits, des épanchements purulents dans plusieurs articulations. Les poumons, le cerveau, les intestins, les fosses nasales n'offraient rien de particulier.

Mais ce qui fut pathognomonique, ce furent les résultats des inoculations sur les animaux. M. Leblanc, qui, averti par M. Bucquoy, avait fait constater par les agents de son service de police sanitaire vétérinaire la présence d'un cheval morveux chez le loueur de voitures qui employait ce cocher, avait procuré les moyens de pratiquer sur les animaux des expériences, qui furent complètement probantes. Le jour même de la mort du malade, avec un bistouri trempé dans le pus provenant de l'abcès situé au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, deux piqûres furent faites sur un âne, l'une sur la muqueuse nasale, l'autre en haut de la partie interne de la cuisse.

Au bout de quelques jours, l'âne commença à dépérir; son poil se hérissa et prit une teinte sombre. L'animal avait de la fièvre; on le voyait trembler et accuser, en se couchant fréquemment, un sentiment de lassitude. Les plaies d'inoculation avaient en même temps changé d'aspect. Elles formaient des ulcérations grisâtres, à bords festonnés et renversés, sanieuses, irrégulières, d'où partaient des cordons durs aboutissant à des glandes ou à des boutons farineux. En un mot, tous les signes de la morve aiguë se manifestèrent; et l'animal mourut dix jours seulement après l'inoculation. A l'autopsie on constata toutes les lésions caractéristiques du côté des fosses nasales, des poumons, etc.

Un cobaye inoculé avec le muco-pus nasal de cet âne mourut quinze jours après, présentant une hypertrophie considérable de la rate et des nodules purulents disséminés dans le foie et les poumons. Un autre cobaye, inoculé avec le pus du genou de l'homme, mourut de même et présenta des lésions semblables.

Ce fut d'ailleurs en vain que l'on chercha dans le pus, le sang, la salive, le mucus nasal, etc., de cet homme, les microbes de la morve décrits par M. Bouchard.

A ce propos, M. Bucquoy lit une lettre de M. Leblanc, actuellement à Londres, qui s'appuie sur ce fait et sur d'autres semblables pour demander le rétablissement d'un service d'inspection récemment supprimé par une commission du Conseil général de la Seine. C'est depuis cette suppression que les cas de morve peuvent être dissimulés par les propriétaires des chevaux et amener, par contagion, des accidents mortels, même chez des hommes.

RAPPORT

M. DEVILLIERS lit un rapport sur deux mémoires de Mme Paquereau, sage-femme de première classe à Alger, qui propose l'établissement de sages-femmes de colonisation en Algérie.

Les conclusions de ce rapport doivent être discutées dans la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Documents relatifs à la fondation de l'Université de Paris et de la Sorbonne au XIII[e] siècle.

Parcourant depuis quelques années les bibliothèques et les archives des différents États de l'Europe pour réunir les matériaux d'une histoire de l'Université de Paris et des ordres mendiants dans la première moitié du XIII[e] siècle, un savant religieux, le P. Henri Denifle, a découvert un certain nombre de documents entièrement inédits ou publiés, dit-il, d'une façon très défectueuse.

Nous empruntons à une première notice de l'auteur, parue ces jours derniers dans les *Mémoires de la Société de l'histoire de Paris,* les trois pièces suivantes qui nous ont semblé plus particulièrement intéressantes pour nos lecteurs (1).

I

PRIVILÈGE DE PHILIPPE-AUGUSTE EN FAVEUR DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Juillet [?] 1200)

Parmi les privilèges que l'Université de Paris reçut des rois de France, celui de Philippe-Auguste, daté de l'an 1200, est le plus ancien (Delisle, *Catalogue des actes de Philippe-Auguste*, n° 629), Guillaume le Breton dit, il est vrai, que Louis VII avait déjà octroyé des privilèges à l'Université (*Recueil des historiens des Gaules,* XVII, 82), mais aucun acte de ce genre n'est venu jusqu'à nous, et Philippe-Auguste, dans l'acte qu'il donna en faveur de l'Université de Paris, ne fait allusion à aucun privilège antérieur. Depuis longtemps on a considéré comme perdu l'original de cet acte de Philippe-Auguste. Fontanon (*Édits et ordonnances des rois de France*, Appendice, IV, 942), Du Boulay (*Hist. univ. Paris,* III, 2), l'auteur de l'*Origo vera Universitatis Parisiensis* (Biblioth. de l'Université, ms. U. I.1), de Laurière (*Ordonnances des rois de France,* I, 23), autant que j'en puis juger par le texte qu'ils en ont donné, n'ont pas connu l'original; ils n'ont eu que des copies à leur disposition : aussi, dit le P. Denifle, cet acte n'a-t-il jamais été publié avec l'exactitude qu'il mérite.

Cela s'explique d'autant mieux que, dès 1229, dans le *vidimus* de Louis IX qui en fut fait, on trouve en plusieurs endroits des modifications au texte original, faites à dessein ou simplement par inadvertance du copiste; de là deux textes d'un même acte de Philippe-Auguste : l'un, dans son premier état avec de nombreuses fautes; l'autre, dans le *vidimus* de Louis IX, reproduit dans les *vidimus* de Philippe III, de Philippe IV et du prévôt de Paris en 1297 (Jourdain, n° 334), avec quelques corrections arbitraires de Du Boulay, qui ont passé après lui dans le *Recueil des historiens des Gaules*, XVII, 606.

La pièce ci-dessous reproduit donc le texte exact de l'acte original de Philippe-Auguste, avec la résolution des quelques abréviations qui s'y trouvent. Les variantes fournies par l'original du *vidimus* de Louis IX sont désignées en note par la lettre *L.*

In nomine sancte et indiuidue Trinitatis. Amen (2). Philippus, Dei gratia, Francorum rex. Noverint uniuersi presentes pariter et futuri, quod propter enorme illud (1) flagitium, quo Parisius clerici simul (2) et laici quinque numero a quibusdam maleficis interfecti sunt, talem iusticiam faciemus, quod Thomam (3) illum tunc prepositum, de quo super omnes (4) alios scolares (5) conquesti sunt (6), quia factum negat, in perpetuis uinculis detinebimus (7), in arta (8) custodia et paupere uictu quandiu uixerit, nisi forte elegerit Parisius publice aque (9) subire iudicium (10), in quo si ceciderit dampnatus erit, si liberatus fuerit, numquam Parisius deinceps uel alibi usquam (11) in terra nostra propria prepositus noster vel balliuus erit (12), nec alibi (13), dum id euitare (14) possimus per rationem, nec Parisius intrabit de cetero. Et si per bonam et legitimam inquisitionem quam commisimus duobus fidelibus nostris Galtero (15) Cameracensi et Philippo de Liuiis (16), sine omni personarum acceptione facienda, sub adiuratione fidei qua Christiani sunt quamque nobis domino suo ligio debent (17), et per iuramentum quod nobis fecerunt de honore et consilio nostro, intelligere potuerimus (18), quod amplius inde facere possimus aut debeamus, sine ullo arrestamento faciemus, salvo honore Dei et nostro.

De aliis autem qui in captione sunt pro eodem forifacto (19) hoc faciemus, quod in perpetuis uinculis in captione nostra eos detinebimus (20) nisi iudicium aque (21) subire maluerint et innocentiam suam Deo teste purgare (22), in quo si qui ceciderint, habebimus eos (23) pro dampnatis, nisi forte aliqui ex eis per bonam inquisitionem innocentes inuenti uel in culpa leuiore per intercessionem (24) scolarium a captione per nos fuerint liberati. Eos autem qui fugerunt, eo ipso pro dampnatis habebimus (25), et omnes prepositos terre nostre jurare faciemus, quod diligenter inquirent eos, et si quem ex eis capere poterunt (26), capient et nobis mittent Parisius.

De securitate autem scolarium in posterum Parisius (27) consilio hominum nostrorum hoc ordinauimus, quod omnes ciues Parisienses jurare faciemus, quod si alicui scolari ab aliquo laico iniuriam fieri aliquis uiderit (28), quod (29) super eo testimonium perhibebit ueritati, nec se substrahet (30) aliquis ne uideat. Et si contigerit quod aliquis (31) scolarem percusserit, nisi super se defendendo, si scolaris maxime armis percutiatur, aut fuste, uel (32) lapide, omnes laïci qui uiderint bona fide comprehendent illum malefactorem (33) uel malefactores et tradent iusticie nostre, nec se substraent (34) ne uideant vel comprehendant uel testimonium ueritati perhibeant (35). Siue autem malefactor captus sit super ipsum forifactum (36), siue non, nos legitimam inquisitionem faciemus et fidelem (37), siue per clericos siue per laicos seu (38) per quascumque legitimas (39) personas; et prepositus noster et iusticie nostre idem facient. Et si intelligere potuerimus (40) per bonam (41) inquisitionem, uel iusticie nostre intelligere potuerint, quod ille cui imponitur fecerit illud forifactum, statim inde faciemus iusticiam siue (42) iusticie nostre hoc (43) facient secundum qualitatem et (44) modum

---

(1) Nous avons tenu à respecter scrupuleusement l'orthographe de ces documents originaux : ainsi l'*u* remplace presque constamment le *v* et l'*i* le *j*. — (2) *Litteræ confirmatoriæ Ludovici IX incipiunt :* In nomine sancte et indiuidue Trinitatis. Amen. Ludovicus, Dei gratia, Francorum rex. Nouerint uniuersi presentes pariter et futuri nos cartam inclite recordationis Philippi aui nostri, quondam Francorum regis illustris, inspexisse in hec verba.

(1) *L* illud enorme. — (2) *L* deest simul. — (3) *L* Th. — (4) *L deest* omnes. — (5) scolares] clerici *L*. — (6) *L* sunt conquesti. — (7) *L* detinebimus vinculis. — (8) *L* arcta. — (9) *Primitus scriptum erat* Dei, *quod abrasum et correctum fuit in* aque. — (10) *L* nisi forte ipse elegerit subire iudicium aque Parisius publice. — (11) *L deest* usquam. — (12) *L* erit prepositus noster vel balliuus noster. — (13) *L* etiam alibi. — (14) *L* vetare. — (15) *L* G. — (16) *L* Ph. de Leuiis. — (17) *L* quamque nobis debent... — (18) *L* poterimus. — (19) *L* forisfacto, *et sic semper deinceps.* — (20) *L* quod in captione perpetua eos detinebimus. — (21) *Primitus scriptum erat* Dei, *quod abrasum et correctum fuit in* aque. — (22) *L* Nisi iudicio aque innocentiam suam purgauerint, Deo teste. — (23) *L* eos habebimus. — (24) *L deest phrasis* innocentes..... intercessionem. — (25) *L* habemus. — (26) *L* potuerint. — (27) *L* scolarium clericorum Parisiensium in posterum. — (28) *L* quod si aliquis alicui scolari ab aliquo laico iniuriam fieri uiderit. — (29) *L deest* quod. — (30) *L* subtrahat. — (31) *L sic continuat :* alicui scolari ab aliquo laico iniuriam fieri uiderit, si scolaris, *etc.* — (32) uel] aut *L.* — (33) *L* malefactorem illum. — (34) *L* subtrahent. — (35) *L* perhibeant veritati. — (36) forifactum] malefactum *L.* — (37) *L deest* et fidelem. — (38) seu] siue *L.* — (39) *L deest* legitimas. — (40) *L* poterimus. — (41) bonam] legitimam *L.* — (42) siue] vel *L.* — (43) *L deest* hoc. — (44) *L deest* qualitatem et.

forifacti, non obstante eo, quod malefactor ille (1) factum negabit, uel quod dicet se paratum esse (2) defendere se (3) per monomachiam, uel purgare per iudicium aque (4).

Preterea prepositus noster uel iusticie nostre pro nullo forifacto in scolarem manum mittent, nec in captionem nostram mittent, nisi forifactum scolaris tale uisum fuerit, ut debeat arrestari; et tunc arrestabit eum iusticia nostra (5) in eodem loco sine omni percussione, nisi se defenderit, et reddet eum iusticie ecclesiastice (6) que eum custodire debet pro satisfaciendo nobis et iniuriam passo. Et si forifactum grande uisum fuerit, ibit uel mittet iusticia nostra ut uideat quid de scolari fiet. Si uero se scolaris non defenderit in arrestatione illa (7) et iniuriam passus fuerit, nos secundum predictam (8) inquisitionem et per iuramentum predictum exinde (9) ultionem capiemus (10).

Ad hec in capitale Parisiensium scolarium (11) pro nullo forifacto iusticia nostra manum mittet; sed si uisum fuerit illud (12) esse arrestandum, per iusticiam ecclesiasticam arrestabitur et arrestatum custodietur, ut de illo capitali fiat quod per ecclesiam fuerit legitime iudicatum (13). Quod si tali hora fuerint scolares arrestati (14) a preposito nostro, quod non possit ecclesiastica iusticia (15) inueniri vel statim haberi (16), faciet prepositus noster in aliqua scolaris domo eosdem sine omni iniuria sicut supra dictum est custodiri (17), donec iusticie ecclesiastice (18) tradantur (19).

De seruientibus laicis scolarium (20) qui non debent burgensiam nobis uel residentiam nec uiuunt de mercaturis et unde scolares non faciant iniuriam alii (21), sic erit quod in eis (22) manum non mittemus nec iusticia nostra, nisi forifactum apparens fecerint (23), propter quod (24) in eos debeamus manum mittere (25) uel (26) iusticia nostra.

Pro tenore siquidem priuilegii quod scolaribus Parisiensibus (27) contulimus, nolumus ut canonici Parisienses et eorum seruientes in hoc priuilegio contineantur, sed uolumus ut seruientes canonicorum Parisiensium et eiusdem uille canonici eamdem libertatem habeant quam eis predecessores nostri obseruare debuerunt, et nos eisdem obseruare debemus (28).

Occasione autem predictarum conuentionum uel occasione huius carte in causam trahi non poterimus nisi in curiam nostram.

Vt autem hec cautius custodiantur et stabili imperpetuum iure firmentur statuimus, ut prepositus nunc (29) noster et populus Parisiensis (30) omnia que predicta sunt in conspectu scolarium (31) se bona fide seruaturos iuramento confirment. Et de cetero semper quicumque officium prepositure Parisiensis administrandum a nobis acceperit, inter ipsa prepositure sue initia, dominica scilicet (32) prima uel seconda, in una ecclesiarum Parisiensium, postquam exinde summonitus fuerit (33), coram scolaribus predicta omnia se bona fide seruaturum publice juramento (34) confirmabit. Que (35) ut perpetuam obtineant stabilitatem presentem paginam sigilli nostri auctoritate et regii nominis karactere inferius annotato precepimus confirma.

Actum apud Bestisiacum, anno incarnati uerbi millesimo ducentesimo, regni nostri anno uicesimo primo, astantibus in palatio nostro quorum nomina supposita sunt et signa. Dapifero nullo. Signum Guidonis buticularii. Signum Mathei camerarii. Signum Droconis constabularii.

PHILIPPUS (1). Data vacante cancellaria (2).

(1) *L deest* ille. — (2) *L* esse paratum. — (3) *L deest* se. — (4) aque *sine correctura*. — (5) *L* justicia nostra arrestabit eum. — (6) *L* ecclesiastice iusticie. — (7) *L* in arrestatione illa non deffenderit. — (8) *L* supra dictam. — (9) exinde] inde *L*. — (10) capiemus] faciemus *L*. — (11) *Sine abbreviatura legitur* Parisiensium. *L* in capitale scolarium Parisien.; *et sic deinceps omnes litterae, quibus reges posteriores praedictum actum confirmant. Du Boulay proprio marte, ut videtur, mutavit:* in capitale Parisiensis studii scolarium (*Histor. univ. Paris.*, III, 3). — (12) *L* illum. — (13) *L* ' iudicatum ' legitime. — (14) *L* fuerint arrestati scolares. — (15) *L* iusticia ecclesiastica. — (16) haberi] inueniri *L*. — (17) ' Sicut supra dictum est ' sine omni iniuria custodiri. — (18) *L* ecclesiastice iusticie. — (19) tradantur] reddantur *L*. — (20) scolarium] clericorum scolarium *L*. — (21) alii] aliis *L*. — (22) *L* eos. — (23) fecerint] fuerit *L*. — (24) propter quod] pro quo *L*. — (25) *L* debeamus in eis manum mittere. — (26) vel] aut *L*. — (27) *L* Parisiensibus scolaribus. — (28) *L deest phrasis* et nos.... debemus. — (29) *L deest* nunc. — (30) *L* Parisiensis populus. — (31) *L addit* tantum.— (32) scilicet] videlicet *L*. — (33) *L deest phrasis* postquam.....fuerit. — (34) *L* iuramento publice.— (35) *Quæ sequuntur desunt in L, ubi pergitur:* Nos autem predicta omnia approbamus et volumus, et sigilli nostri auctoritate regii nominis karactere inferius annotato precepimus confirmari. Actum apud Fontem Bliaudi, anno dominice incarnationis M° CC° vicesimo nono, mense Augusti, regni vero nostri anno tercio. Astantibus in palatio nostro quorum nomina supposita sunt et signa. Dapifero nullo. S. Roberti buticularii. S. Bartholomei camerarii. S. Mathei constabularii.

LUDOVICUS. Data vacante cancellaria.

(1) Philippus *monogrammate exprimitur*.

(2) Arch. nat., M. 66ª. — N° 1. Diplôme de Philippe-Auguste. Le sceau a disparu. Il ne reste que les lacs de soie rouge.

N° 2. Diplôme de Louis IX. Le sceau en cire verte pend à moitié brisé à des lacs de soie rouge et verte.

N° 6. Lettres de confirmation de Philippe III : « Actum Parisius, anno Domini millesimo ducentesimo septuagesimo quinto, mense Januario, » avec sceau en cire verte pendant à des lacs de soie rouge et verte.

N° 9. Lettres de confirmation de Philippe IV : « Actum Parisius, anno Domini millesimo ducentesimo nonagesimo septimo, mense Maio, » avec sceau en cire verte pendant à des lacs de soie rouge et verte.

N° 10. Lettres de confirmation de Philippe IV, avec nouveaux règlements (voy. *Ordonnances des rois de France*, XI, 394) : « Actum Parisius, anno incarnationis Dominice millesimo trecentesimo primo, mense Martii, » avec sceau en cire verte très bien conservé, pendant à des lacs de soie rouge et verte.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 21 juin, M. Duplay, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'opérations et appareils à ladite Faculté, en remplacement de M. Le Fort, appelé à d'autres fonctions.

— Par décret en date du 21 juin, M. Labry, médecin de 2ᵉ classe de la marine, démissionnaire, a été nommé à un emploi du même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décisions ministérielles, en date des 12 et 13 juin, les mutations suivantes ont eu lieu dans le corps des officiers de santé de l'armée de terre :

Médecins-majors de deuxième classe : M. Julié passe du 2ᵉ hussards aux hôpitaux de la division d'Alger; — M. Bedel passe du 50ᵉ d'infanterie au 2ᵉ hussards; — M. Zimmermann passe du 88ᵉ au 21ᵉ d'infanterie; — M. Baills passe du 21ᵉ au 88ᵉ d'infanterie; — M. Loillier passe du 7ᵉ dragons au bataillon du 109ᵉ d'infanterie stationné à Belfort et sera détaché à l'hôpital thermal de Bourbonne-les-Bains, pendant la deuxième saison; M. Bouneix, détaché à l'hôpital de Bourbonne-les-Bains, passe au 7ᵉ dragons.

Médecin aide-major de première classe. — M. Galzin passe des hôpitaux de la division d'Alger au 50ᵉ d'infanterie.

— Par arrêtés ministériels en date du 21 juin, la chaire de pathologie externe et la chaire de chimie médicale sont déclarées vacantes à la Faculté de médecine de Paris,

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— Ont été désignés pour faire partie, en qualité de membres français, du jury de l'Exposition internationale d'hygiène de Londres :

MM. le professeur Arnoult (de Lille), le professeur Brouardel, le docteur Gariel, le docteur Henry Guéneau de Mussy, le professeur Layet (de Bordeaux), le docteur Liouville, député, le docteur Napias, le docteur Proust, le docteur Vallin.

— Afin de favoriser l'assistance au Congrès d'hygiène industrielle qui doit être tenu à Rouen, les samedi 26 et dimanche

27 juillet, des billets, à destination de Rouen, seraient délivrés à prix réduit dans la plupart des gares de son réseau et seraient valables jusqu'au lundi soir 28.

— Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 4 août 1884, à quatre heures de l'après-midi, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 1, à partir du lundi 30 juin, tous les jours de onze heures du matin à trois heures du soir, jusqu'au jeudi 16 juillet inclusivement.

— Une souscription publique est ouverte en France pour l'érection d'une statue à la mémoire de J.-B. Dumas.

La Faculté de médecine de Paris, à laquelle appartenait notre illustre maître et dans laquelle son enseignement a brillé d'un éclat incomparable, tenant à honneur de s'associer à ce témoignage de reconnaissance nationale, un registre de souscription est dès maintenant ouvert au secrétariat (bureau de la comptabilité) tous les jours de midi à quatre heures.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Baillon fera dimanche prochain, 29 juin 1884, une herborisation à l'Isle-Adam.

Le départ aura lieu de la gare du Nord pour la station de Fresles par le train de sept heures cinquante minutes du matin. Retour à Paris (gare de l'Ouest) à six heures dix minutes du soir.

— M. Chatin, professeur à l'École supérieure de pharmacie, fera sa prochaine herborisation publique, le dimanche 29 juin 1884, aux environs de Bouray-Lardy.

Le rendez-vous est à six heures un quart du matin à la gare d'Orléans-Paris, le train partant à six heures et demie pour la station de Bouray. Le retour de Bouray s'effectuera à quatre heures quarante-sept minutes du soir.

— *Muséum.* — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, fera dimanche prochain, 29 juin 1884, une excursion géologique publique à Creil, Fleurines et Pont-Sainte-Maxence.

Le rendez-vous est à la gare du Nord où l'on prendra, à six heures très précises du matin, le train pour Creil. On sera rentré à Paris à quatre heures cinquante-huit minutes du soir.

Pour profiter de la réduction de 50 pour 100, il est indispensable de verser le montant de la demi-place au laboratoire de géologie avant samedi soir quatre heures.

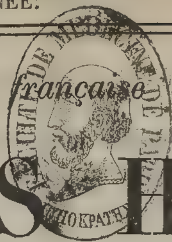
Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16385.

N° 75. — SAMEDI 28 JUIN 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 28 JUIN 1884. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française



Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Leçons de M. Charcot à la Salpêtrière sur l'idée et sur le langage. — Amnésie verbale par surmenage cérébral. — Le massage dans les entorses. — Sur deux cas de suture secondaire du nerf médian avec rétablissement rapide de l'innervation dans les parties paralysées. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. Documents relatifs à la fondation de l'Université de Paris et de la Sorbonne au XIIIe siècle. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Leçons de M. Charcot à la Salpêtrière sur l'idée et sur le langage.

M. Charcot étudie cette année, le vendredi, à la Salpêtrière dans une série de conférences semi-philosophiques et semi-médicales les relations de l'objet et du mot qui le représente avec l'idée, et de l'idée avec la parole et ses autres modes d'expression. C'est le grand problème des rapports du monde extérieur avec l'être pensant, du *non moi* avec le *moi*, et réciproquement ; mais envisagé cette fois à un point de vue physiologico-pathologique et soumis à une analyse qui puisse concorder avec le principe des localisations cérébrales.

Parmi les organes encéphaliques qui peuvent entrer en fonction lorsqu'il s'agit de concevoir l'idée et de la traduire, il faut distinguer en premier lieu les centres sensoriaux de réception, particulièrement ceux de la vision et de l'audition. C'est en eux que se grave d'abord l'image de l'objet et celle du signe conventionnel qui s'y rattache ; subordonnés au centre pensant, ce sont eux qui la lui transmettent ; puis elle se reporte dans d'autres centres destinés à son expression, soit par la parole articulée qui se fait entendre, soit par l'écriture ou par d'autres signes qui parlent aux yeux.

C'est ainsi que M. Charcot, écartant pour plus de simplicité les notions, d'ailleurs beaucoup moins compréhensives, que peuvent ajouter l'odorat, le goût, le toucher, les sensations de diverses sortes à la notion de l'objet, individualisé dans le centre intellectuel à proprement parler, représente par un schéma, au-dessous de celui-ci, d'abord les centres sensoriaux en rapport direct avec l'ouïe et avec la vue, puis, plus bas, deux centres moteurs présidant l'un à la parole, l'autre à l'écriture. Ces divers centres superposés ou juxtaposés, communiquant les uns avec les autres par des fibres commissurales, constitueraient la chaîne ou, pour mieux dire, la trame unissant l'objet au mot prononcé.

Les images, une fois gravées dans les divers centres, y pourraient rester d'une façon durable, avec une égale intensité, se répondant aussitôt de l'un à l'autre quand la pensée les met en jeu. Ce serait la mémoire complète et la faculté du langage aussi développée que possible.

Mais, il ne faut pas l'oublier, le plus souvent chez la plupart des hommes, entre l'idée conçue et son expression extérieure, il existe un intermédiaire obligé, qui passe souvent inaperçu si on n'y fait pas attention.

Cet intermédiaire, c'est l'image correspondant à l'objet, évoquée, consultée, présente dans un des centres subordonnés. Chez nous, avec nos langues parlées et les habitudes d'esprit qui en résultent, c'est habituellement au centre auditif que la pensée a surtout recours : on se dit le mot à soi-même, on se le fait entendre intérieurement, on éveille par la mémoire la même sensation qu'il donne alors qu'on l'écoute prononcer, avant de l'écrire quand on compose, avant de le graver dans sa mémoire quand on prépare une leçon, une allocution, un plaidoyer. Il est même des orateurs qui parlent lentement dans le but de se laisser mieux entendre intérieurement les mots qu'ils répètent à haute voix et de calculer les intonations, etc., d'après les impressions qu'ils se sont faites d'abord à eux-mêmes. Chez d'autres, au contraire, le tout est si rapide, quand ils improvisent, qu'ils n'ont pas conscience de la parole interne, tant la parole articulée la suit de près ; mais ils n'en ont pas moins éveillé, au fur et à mesure, dans leur centre auditif, l'image du mot dont ils se servaient.

Si chez un de ces hommes qui ne peuvent se passer de faire appel à leur centre auditif quand ils veulent parler, ce centre se trouve un jour atteint d'une affection qui l'affaiblisse ou le paralyse, il en résulte une aphasie d'un certain genre.

On donne le nom d'amnésie verbale à cette aphasie quand l'image du mot, presque effacée sur un centre auditif parésié, y redevient nette et y est facilement retrouvée et perçue par le centre de l'idéation, si ce mot, prononcé par une voix extérieure, vient fortifier l'empreinte du souvenir par une nouvelle empreinte.

On lui donne le nom de surdité verbale quand dans ce centre paralysé le souvenir du mot est complètement éteint. Alors on a beau le crier à l'oreille du malade, qui pourtant n'est pas sourd, il ne lui représente plus rien et ne peut être prononcé par lui ; tandis que dans le cas précédent le mot, entendu, sera répété sans difficulté par le malade qui jusqu'alors le cherchait en vain.

Mais il est encore d'autres aphasies qui se rattachent à l'altération d'autres centres, celui de l'idéation restant intact ; et parmi celles-là, certaines se rapportent à des

habitudes d'esprit différentes des nôtres, à d'autres langages que notre langage parlé.

Cette question, que M. Charcot doit achever de traiter aujourd'hui même, sera résumée dans une prochaine revue clinique.

Amnésie verbale par surmenage cérébral.

L'amnésie verbale, qui se rattache à une affection du centre auditif, ne doit pas être confondue avec une autre amnésie verbale, dont M. Charcot n'a pas eu à parler, car elle n'a rien de pathologique.

Elle se présente chez des hommes dont tous les organes encéphaliques restent intacts, mais qui, par excès de travail, par excès d'efforts de mémoire, ont superposé trop d'images de mots et d'idées sur un tableau dont l'étendue ne pouvait suffire pour fournir toujours des places vides.

C'est là le grand inconvénient des modes d'éducation moderne.

La mémoire ne s'accroît pas, comme on se plaît à le répéter, par un exercice exagéré, par le surmenage scolaire : elle s'émousse, perd son relief, sa netteté, sa promptitude. Il en est des centres nerveux où l'image doit se graver dans ces cerveaux remplis de mots, comme d'une plaque daguerrienne, déjà plusieurs fois impressionnée et dont on se sert de nouveau. Les lignes des diverses épreuves, se superposant, se confondent; et rien ne ressort aussi distinct que sur une plaque encore vierge.

Moins on s'est fatigué le cerveau dans ses premières années, plus il se trouve apte à mettre en réserve et à conserver indéfiniment les impressions nouvelles qu'il reçoit. On cite des types de mémoire parmi les professeurs de la Faculté de médecine de Paris, et ce sont également des types d'élocution élégante et facile. Or il s'agit justement d'hommes qui se sont mis tard aux études, sans avoir subi dans l'enfance et dans la première jeunesse la nécessité des devoirs à faire et des leçons à débiter. Leur cerveau, non courbaturé, s'est trouvé d'une vigueur qui fit et fait encore l'admiration de leurs émules. Ils ne trouvèrent pas d'égaux dans les concours pour la puissance d'assimilation, d'expression, d'improvisation.

En effet, l'amnésie verbale relative, quelle qu'en soit la cause, a toujours pour effet prochain de diminuer proportionnellement les facultés oratoires.

Sans doute, à un moment donné, l'intelligence, surexcitée dans un cerveau d'ailleurs intact, pourra retrouver et discerner avec promptitude, occasionnellement, les images, même peu distinctes, dont il aura un pressant besoin. Une éloquence exceptionnelle, avec abondance suffisante de mots, n'est donc pas toujours incompatible avec un certain degré d'amnésie verbale habituelle. Mais combien il y a loin de là à l'état de ceux qui toujours peuvent avoir le mot sous la main!

Notons que chez les amnésiques de cette classe, de même que chez ceux dont le centre auditif a souffert, le mot prononcé par un tiers et entendu, réveillant l'impression trop incomplète que donnait la mémoire, le mot *soufflé*, peut être aussitôt mis à profit dans un mode d'expression.

Le massage dans les entorses.

Nous terminions samedi dernier notre Revue clinique sur la *compression en chirurgie* par une phrase qu'une double transposition, dont on s'est aperçu dans le cours du tirage, a complètement déformée sur un certain nombre d'exemplaires. « Nous avons comparé plus haut, disions-nous, la compression élastique dans les épanchements articulaires au massage dans les entorses et nous verrons prochainement que leur principe est analogue. »

En effet, quel est, de part et d'autre, le principe du traitement ?

La possibilité et l'urgence d'expulser, par une pression exercée suivant tel ou tel mode spécial, ce que les vaisseaux ont versé anomalement dans les tissus par endosmose inflammatoire ou autrement.

En cas d'entorse, il ne s'agit pas seulement, comme en cas d'arthrite, d'une exosmose inflammatoire de liquides, mais principalement d'une sortie directe du sang complet par l'orifice des nombreux petits vaisseaux rompus.

En effet, lorsque dans l'entorse une portion des ligaments chargés de maintenir une articulation se déchire par suite d'une tension trop forte, une multitude de capillaires qui suivaient cette voie comme étant la plus sûre, se trouvent en même temps brisés.

Le sang coule en bavant, envahit peu à peu les mailles du tissu cellulaire, non seulement au-dessus des ligaments, entre eux et la peau, mais au-dessous, dans le voisinage immédiat de la synoviale.

D'abord liquide, il tend à se coaguler dans les espaces qu'il occupe, comme le sang sorti des vaisseaux se coagule, par exemple, dans un vase où on l'a reçu ; et c'est cette coagulation, si on la laisse se produire sur place, qui, par la suite, sera la cause de tous les dangers de l'entorse.

En effet, le coagulum jouera le rôle de corps étranger, il provoquera tout autour de lui une inflammation considérable avec rougeur, chaleur, gonflement et douleur. Cela pourra aller si loin que le moindre mouvement communiqué au pied arrachera des cris au malade et qu'on ne pourra même le toucher dans le voisinage de l'articulation affectée sans lui causer des douleurs atroces.

Le massage, exercé à temps et d'une façon méthodique, prévient toutes ces complications. Il rend les suites de l'entorse aussi simples que celles d'une section sous-cutanée du tendon, telle qu'on en pratique dans un but orthopédique.

Après une section du tendon, il y a bien aussi sans doute quelques vaisseaux divisés : le sang remplit d'abord l'espace laissé vide entre les bouts du tendon coupé. Mais la ceinture ligamenteuse qui protège l'articulation est restée intacte, et le surplus du sang, s'il en coule davantage, trouvant un libre accès dans les mailles très lâches du tissu cellulaire qui facilitaient le glissement de ce tendon, peut s'y étaler aisément en nappe mince, de manière à y être facilement résorbé sans y avoir nulle part constitué de coagulum proprement dit.

Eh bien! c'est là précisément ce qu'on recherche dans l'entorse.

Tous les efforts du chirurgien doivent être dirigés dans ce but : étaler l'épanchement sanguin en nappe mince le plus loin possible de la rupture ligamenteuse, en exprimant soigneusement, par des pressions de plus en plus puissantes, toujours pratiquées de bas en haut, pour le faire remonter vers la racine du membre, le sang infiltré dans les tissus, tant superficiels que profonds, dans le voisinage de l'article.

Ceux qui font du massage une spécialité ont tenu à lui donner l'aspect d'une méthode très compliquée en divisant en plusieurs temps son application aux entorses. Ils sont

loin d'ailleurs d'être d'accord sur la succession et la nature des manœuvres à effectuer, et l'étude en paraît chose même assez délicate.

En réalité, tout se réduit au principe très simple que nous venons de poser, et il n'est pas besoin d'apprentissage pour quiconque l'a bien compris.

Au moment même de l'accident, le massage ne demande pas d'effort considérable. Le sang est complètement liquide; aucun mouvement inflammatoire n'est encore venu agglutiner les lames du tissu conjonctif. On peut donc, par des pressions douces, chasser sans peine le long de la jambe et au besoin le long de la cuisse ce qui vient s'infiltrer autour des ligaments.

On doit prolonger l'opération durant un temps plus ou moins long selon l'abondance de l'hémorragie. Il faut que le pied, quand on la cesse, ait repris sa forme normale, les malléoles leur saillie habituelle, la rainure très marquée qui sur le cou-de-pied s'enfonce entre le bord inférieur du tibia et la surface correspondante de l'astragale toute sa profondeur.

Ce dernier point surtout est d'une grande importance. En effet, si on le néglige, le pied aura beau sembler désenflé partout ailleurs, le coagulum qui se sera produit au fond de cette rainure mettra obstacle à la flexion du pied, et, par l'irritation que causera sa présence, pourra devenir l'origine d'accidents sérieux.

Quand on se sera assuré qu'il ne reste plus de gonflement autour de l'article, la première séance sera finie : et le malade devra pouvoir marcher. C'est ainsi que nous-même, un jour, en Suisse, près d'Interlaken, sur la montagne qu'on appelle la *Yungfrau*, ayant eu le pied pris dans un trou pendant que nous courions très vite, et nous étant fait une entorse des plus violentes, nous nous sommes trouvé en état, après trois quarts d'heure de massage, de redescendre cette montagne par des sentiers très peu commodes.

Mais il est rare qu'un premier massage puisse suffire, quelque complet qu'il ait été.

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques qui ont été brisés ne cessent pas tout de suite de laisser sortir des liquides fibrineux : bientôt le gonflement, l'empâtement se renouvellent, et il faut recommencer.

Généralement, c'est plus douloureux que la première fois, car il suffit qu'il ait pu se produire un peu de coagulum pour qu'on se trouve en présence d'un commencement de travail phlegmasique et de cloisonnement des mailles du tissu cellulaire. Il faut donc des efforts plus grands, plus péniblement ressentis à cause de l'inflammation même.

Mais c'est surtout quand le massage est fait pour la première fois après plusieurs heures depuis l'accident, qu'il est laborieux et pénible.

Le sang, coagulé sur place, forme une masse, qui se termine plus ou moins haut par un bourrelet saillant. Il faut avant tout attaquer ce bourrelet supérieur, le faire disparaître par des pressions très énergiques, qui puissent écraser, faire couler le caillot, déjà à l'état de gelée, le faire passer à travers les adhérences rompues, et ouvrir ainsi le chemin de bas en haut au reste de la masse, qu'il faut jusqu'au bout fractionner et mobiliser de la sorte.

On peut obtenir un bon résultat même alors que déjà le gonflement atteint le haut du mollet, alors que le pied, énorme, violacé, brûlant, ne peut être remué le moins du monde, ni même touché du bout du doigt, sans douleurs très vives. En pareil cas, bien entendu, il faut s'inspirer des circonstances, distraire le malade, en fixant ailleurs son attention par des questions ou des récits, n'arriver que progressivement à déployer la force nécessaire, et n'aborder qu'en dernier lieu les points les plus sensibles ; en un mot, s'arranger pour pouvoir longtemps, très longtemps prolonger les manœuvres, qui doivent aboutir au dégonflement complet du pied et à la complète disparition de toute rougeur inflammatoire.

Nous pourrions citer plusieurs exemples de gens qui, avant le massage, se trouvaient cloués dans leur lit sans pouvoir même remuer un orteil, et qui après ont pu marcher à peu près comme à l'ordinaire.

Ce qui persiste le plus longtemps, c'est la conséquence de la rupture, plus ou moins étendue, de tel ou tel ordre de ligaments.

Le pied, quand on n'y prend pas garde, quand on l'abandonne à lui-même, sans faire agir les muscles, a pendant plusieurs mois une grande tendance à se poser à faux, de telle sorte que la même entorse pourrait se reproduire; mais on est averti par la douleur, et rien n'est plus facile que de redresser aussitôt le pied par une contraction appropriée des muscles.

SUR DEUX CAS DE SUTURE

SECONDAIRE DU NERF MÉDIAN AVEC RÉTABLISSEMENT RAPIDE DE L'INNERVATION DANS LES PARTIES PARALYSÉES.

Par M. le Dr Tillaux, chirurgien à l'hôpital Beaujon (1).

On entend sous le nom de *suture secondaire* d'un nerf celle que l'on pratique plus ou moins longtemps après sa section, alors que les deux bouts se sont cicatrisés séparément, par opposition à la *suture primitive* qui se fait immédiatement après l'accident.

En 1864 Laugier communiqua à l'Académie des Sciences un cas de suture primitive du nerf médian qui fit grand bruit. « La nuit suivante, dit l'auteur, la sensibilité reparut dans les parties paralysées. » Vers la même époque des faits analogues furent publiés par Nélaton et par M. Richet, mais ils n'entraînèrent pas la conviction; le rétablissement de l'innervation fut attribué à l'influence des nerfs voisins du médian et à celle des anastomoses.

Il est évident que la même objection ne saurait être adressée aux sutures secondaires, lorsqu'une paralysie complète existe depuis des mois ou des années.

Les cas de suture secondaire des nerfs chez l'homme sont fort rares, et prêtent à des considérations de l'ordre scientifique le plus élevé; c'est pourquoi je me suis cru autorisé à en soumettre deux exemples à la haute appréciation de l'Académie des Sciences.

Les expériences sur les animaux sont sans nul doute très précieuses pour étudier les phénomènes si complexes du système nerveux, mais il est un point sur lequel elles nous renseignent d'une façon très incomplète : c'est la sensibilité. Comment apprécier sur un animal les divers degrés de ce phénomène, ses caractères multiples : sensibilité à la douleur, au toucher, à la température? L'homme seul est capable de fournir à cet égard des notions précises. Or les deux faits que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie présentent sous ce rapport toute la valeur d'une expérience physiologique.

En voici le résumé :

« Le 2 novembre 1883, S.·. (Caroline), âgée de 23 ans, en nettoyant des vitres, se fit une plaie transversale profonde à la face antérieure du poignet droit, le nerf médian fut sectionné complètement. On ne pratiqua pas de suture primitive. La plaie guérit, mais il resta une paralysie absolue de toutes les parties de la main innervées par ce nerf.

(1) Cette note a été lue à l'Académie des sciences dans la séance du 23 juin 1884.

Le 4 mars 1884, c'est-à-dire quatre mois après l'accident, cette jeune fille, incapable de travailler pour gagner sa vie, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon, demandant qu'on lui rendît l'usage de sa main droite.

Voici ce que nous révéla une exploration minutieuse et bien des fois répétée : au poignet existe une cicatrice rectiligne transversale, douloureuse à la pression. On sent à ce niveau une saillie nette, constituée probablement par le bout central du nerf sectionné. La face palmaire du pouce, de l'index, du médius, de l'éminence thénar, ainsi que la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius, sont totalement insensibles au contact, à la douleur et à la température. L'anesthésie est moins marquée, bien que très manifeste sur la moitié externe de l'annulaire. La malade peut, sans éprouver la moindre sensation, plonger dans l'eau bouillante l'extrémité des doigts paralysés ou bien ramasser des charbons ardents. Les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés, et le mouvement d'opposition du pouce est abolie. Des troubles trophiques existent sur l'index et le médius. Cette exploration délimite donc exactement la paralysie au territoire innervé par le médian.

Ajoutons que les parties paralysées sont plus froides que celles du côté opposé, et que la peau présente une teinte légèrement violacée.

L'état actuel de nos connaissances sur la physiologie du système nerveux n'était plus de nature à m'engager à intervenir par une opération. Moi-même, dans un travail publié en 1866, me basant sur les résultats fournis par des expériences sur les animaux j'avais considéré comme très douteux le rétablissement du courant nerveux par le bout périphérique d'un nerf coupé. Un échec était donc presque certain. Cependant, vivement sollicité chaque jour par la malade; convaincu, grâce aux progrès si remarquables de la chirurgie actuelle, de ne lui faire courir aucun danger, certain de ne pas aggraver son état en cas d'insuccès, je me décidai à agir.

L'opération suivante fut pratiquée le 19 mars. La malade étant endormie au chloroforme, les deux bouts du nerf médian furent mis à découvert à l'aide d'une incision verticale. Ils étaient distants l'un de l'autre de $0^m,01$ environ. Le bout central était renflé, le bout périphérique effilé.

Chacun d'eux fut excisé à son extrémité avec des ciseaux de façon à obtenir une surface de section fraîche et de même diamètre. Ensuite, sans se servir de pinces qui eussent pu contusionner les tubes nerveux, une aiguille très fine, armée d'un crin de Florence, fut passée d'un bout dans l'autre, le fil fut introduit de façon qu'il ne pût s'interposer entre les deux bouts du nerf. Il fut serré doucement jusqu'à juxtaposition parfaite des deux surfaces de section, évitant soigneusement que le névrilème se repliât vers l'axe du nerf, ce qui eût empêché la réunion. Le fil fut noué, coupé à ras du nœud et abandonné dans la plaie. On évite ainsi la manœuvre délicate et compromettante pour le succès définitif de l'enlèvement du fil dans les jours qui suivent l'opération. Mais l'abandon du fil ne doit se faire que s'il est de nature à être résorbé sur place.

La plaie extérieure fut ensuite drainée, réunie avec des fils d'argent et recouverte d'un pansement de Lister. Les précautions les plus minutieuses de la méthode antiseptique avaient été observées.

Que l'Académie veuille bien me pardonner ces quelques détails de médecine opératoire, mais ils me paraissent d'une importance capitale dans l'espèce. Pour qu'une suture nerveuse réussisse, il faut à tout prix une réunion immédiate, c'est-à-dire sans suppuration. Si la plaie suppure, la réunion manque. Or la plaie suppurera presque certainement, si l'exécution du manuel opératoire n'est pas irréprochable.

La main de la malade fut immobilisée dans la flexion et maintenue ainsi pendant huit jours sans qu'il fût touché au pansement. Au huitième jour, la réunion était complète. Que s'était-il passé du côté du nerf médian ? Dès le deuxième jour, la malade accuse des picotements, des élancements sur la face palmaire de l'index et du médius. Le troisième jour, l'index et le médius sentent le contact d'une épingle qu'on promène doucement à leur surface. La sensibilité reparaît de plus en plus les jours suivants. Bref, le 1er mai, six semaines après l'opération, la malade demande sa sortie. La sensibilité et les mouvements sont revenus à ce point qu'elle travaille à l'aiguille et au crochet. Elle se sent en état de reprendre sa profession.

Les faits exceptionnels se présentent rarement isolés. Il y avait à cette époque, dans le service, une jeune femme de 28 ans, entrée pour une affection abdominale. Elle nous apprit que quatorze ans auparavant, en 1870, étant tombée sur un fragment de bouteille, elle s'était fait une plaie profonde à la face antérieure du poignet droit. Le nerf médian avait dû certainement être sectionné, car cette malade présentait les mêmes symptômes paralytiques que la précédente.

Témoin du bonheur qu'éprouvait sa camarade d'infortune d'avoir recouvré l'usage de sa main, elle réclama à son tour une opération.

L'hésitation était bien permise. Suturer les deux bouts d'un nerf coupé depuis quatorze ans paraissait une entreprise presque téméraire. Cependant, pour les raisons que je donnais plus haut, je finis par céder aux instances de la malade.

Une opération à peu près identique à celle que je viens de décrire fut pratiquée le 30 avril. En voici le résultat : dès le lendemain la malade s'aperçut que ses doigts n'étaient plus insensibles; elle y ressentait aussi quelques élancements douloureux. On put constater les jours suivants que la sensibilité à la douleur, au toucher et à la température était complètement rétablie. J'ai revu plusieurs fois ces deux malades depuis leur sortie de l'hôpital, le résultat s'est maintenu.

Il est certain que ces faits sont en contradiction avec les données actuelles de la physiologie et de l'histologie.

Par quelle voie s'est rétablie l'innervation?

Il semble naturel de supposer que c'est par le rapprochement immédiat et la soudure rapide du bout central du nerf avec le bout périphérique et je ne conçois pas, jusqu'à nouvel ordre, qu'il en puisse être autrement. Mais c'est impossible, dit M. Vulpian, car le bout périphérique du nerf, fatalement dégénéré, avait perdu toute propriété de transmission, ce que démontrent invariablement les expériences sur les animaux. M. Ranvier, qui a bien voulu examiner les portions de nerf retranchées pour l'avivement, dit à son tour : C'est impossible, puisque les tubes nerveux, agents de la transmission, ont disparu dans le bout périphérique et qu'on n'y trouve plus que du tissu fibreux.

Je m'empresse de m'incliner devant de semblables autorités, mais j'ajoute : Quelle que soit la théorie, il est indéniable que mes deux malades ont recouvré la sensibilité. C'est indéniable, parce que ces faits ont été observés publiquement, dans un service d'hôpital, par un grand nombre de personnes compétentes; parce qu'ils ont été observés et contrôlés plutôt avec une forte prévention aussi bien de ma part que de celle de mes élèves.

Nous n'avons donc pu nous tromper ni être trompés sur la réalité du fait en lui-même.

On en trouve d'ailleurs un certain nombre d'analogues dans une Revue publiée par Wessenstein dans le *Centralblatt für Chirurgie*, 1884, nº 19, p. 304.

C'est à l'avenir qu'il appartient de les expliquer. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juin 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Conicité du moignon. — M. TRÉLAT, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Verneuil, fait observer que le processus de guérison n'est pas le même selon qu'on obtient une réunion par première intention ou que la cicatrisation se fait à ciel ouvert. La première donne des moignons

épais, souples, mobiles; il faut, dans ces cas, des lambeaux étendus, de forme et de taille irréprochables, pour que la coaptation soit parfaite.

M. Trélat tient les moules à la disposition de la Société.

Fracture pénétrante du crâne. — M. CHAUVEL lit un rapport sur une communication de M. Moti, intitulée : *Fracture pénétrante du crâne, fracture par contre-coup.*

Il s'agit d'un Arabe tué par un coup de feu tiré de très près. On voit une plaie au-dessus de l'oreille gauche; il existe une ecchymose palpébrale et sous-conjonctivale double. La balle a été retrouvée dans le lobe pariétal droit, après avoir contusionné l'os en ce point. On constate une fissure à la plaie d'entrée, son extension à l'étage supérieur, l'isolement absolu d'un fragment; une fracture des deux voûtes orbitaires isolées.

La conclusion à tirer de ce fait est que les pressions se transmettent à toutes les parties de la voûte du crâne d'après le principe de Pascal. Ensuite la pression peut redescendre brusquement; les os se renfoncent ou, à leur défaut, les parties molles.

Cette théorie peut être applicable aux fractures par contre-coup.

Cette conclusion, ajoute M. le rapporteur, qui ne présente rien de nouveau, n'est pas applicable à tous les cas. Dans certains cas, il faut faire intervenir l'action prépondérante des vibrations osseuses et le choc de l'encéphale.

Un seul fait, ajoute M. Chauvel, ne peut faire poser des règles. Encore moins peut-on appliquer celui-ci aux fractures par contre-coup simple.

M. BERGER dit que les fractures indépendantes de la base du crâne, sans aucune irradiation se reliant à la fracture principale, ne s'observent qu'à la voûte orbitaire, point faible par excellence. Ces lésions ne sont point spéciales aux fractures par coup de feu.

M. TRÉLAT a fait autrefois des expériences; les fractures les plus fréquentes, dans ces cas, sont de beaucoup les fractures irradiées; c'est presque toujours l'orbite qui est le siège de la fracture, quelquefois la partie supérieure du rocher, surtout quand la tête a été rembourrée de façon que le traumatisme soit réparti sur toute la surface.

Ces fractures sont indépendantes, mais semblent être dans le prolongement d'une fissure existante. M. Trélat s'étonne de voir ces fractures se produire après un coup de feu où la violence est très circonscrite.

M. MARC SÉE rappelle les expériences de Kocher sur les factures du crâne par coup de feu. On voit très souvent des fractures isolées de la base par augmentation brusque de la pression (éclatement).

M. DESPRÉS cite un exemple de fracture du crâne, au vertex, tr«s limitée en apparence, suivie de méningite et de mort rapide. A l'autopsie, on vit que la fracture descendait vers la suture temporo-sphénoïdale, s'était arrêtée un moment pour repartir au niveau des trous du sphénoïde jusqu'à la selle turcique. Ces fractures sont rarement constatées parce qu'elles amènent généralement une mort subite sur les champs de bataille.

M. CHAUVEL dit qu'il y a éclatement si le coup de feu est tiré de près, perforation simple s'il est tiré de loin. La même explication n'est pas applicable aux fractures par coup de feu et aux fractures par contusion.

M. TRÉLAT fait observer que les coups de feu des fusils actuels sont bien différents de ceux des fusils de 1851 qui n'étaient pas rayés.

Kyste hydatique de la prostate. — M. NICAISE fait un rapport sur une observation de M. Millet.

M. Nicaise a réuni 33 faits de kystes du bassin. Dans l'observation de M. Millet, il s'agit d'un homme de cinquante-neuf ans qui avait une rétention d'urine et une tumeur dans la région prostatique, tumeur résistante, perceptible par le toucher rectal, d'un grand volume, indolente. M. Nicaise propose la ponction qui est refusée. Un an après, nouvelle rétention, ponction. En cherchant à passer une sonde métallique, il s'écoule, par cette sonde, environ 700 grammes de liquide, contenant un peu d'albumine et des crochets. Par le toucher rectal on sent une dépression. Il y eut une inflammation de la poche, de la diarrhée. Des débris membraneux avec des vésicules sont expulsés par le rectum; il y a une surface granuleuse au niveau de la prostate. Le malade guérit. Il s'agissait donc d'un kyste de la région prostatique comprimant l'urètre et le rectum, kyste hydatique, contenant des crochets, des vésicules et quelques traces d'albumine par suite de l'inflammation du kyste.

Dans les 33 faits réunis par M. Nicaise, le diagnostic a été le plus souvent difficile. Sur ces 33 cas, on compte 9 guérisons, 11 morts par rétention d'urine ou ses suites, 13 morts par complications non urinaires; 6 fois il y eut une intervention chirurgicale : 5 guérisons et 1 décès.

Le traitement est le suivant : ponction, elle est quelquefois suffisante; sinon, incision et pansement iodoformé avec injections faites très prudemment.

Quel est le siège exact de ces kystes de la région prostatique? Les kystes hydatiques sont fréquents dans les tissus musculaire et cellulaire; mais peuvent-ils se développer dans la prostate? Jamais on ne l'a constaté anatomiquement d'une façon indiscutable.

M. TILLAUX rappelle un cas qu'il a présenté à la Société : en examinant ce malade, le siège du kyste dans la prostate lui a paru évident. Il pensa même avoir affaire à un abcès de la prostate. Pourquoi n'y serait-il pas? Où serait-il ailleurs? Il n'y a pas de place en arrière. M. Tillaux est donc absolument convaincu, bien qu'il n'y ait pas eu de constatation anatomique.

M. NICAISE ne nie pas la probabilité du siège prostatique de ces kystes, mais il n'y a pas de démonstration anatomique. Le kyste pourrait refouler la prostate et prendre sa place, sans s'y être développé.

Adénome du rectum. — M. POZZI communique une observation d'adénome de la paroi antérieure du rectum chez un adulte. Il s'agit d'une femme de trente-huit ans qu'il avait soignée autrefois pour une affection utérine. Des hémorragies rectales mirent sur la voie du diagnostic; on sent, en effet, une tumeur au niveau de la cloison recto-vaginale; il y a du ténesme, de la diarrhée. Au toucher rectal on sent, à un pouce de l'anus, une tumeur arrondie, sénile, framboisée. Opération : dissection et ablation par l'instrument tranchant; hémorragie immédiate assez forte, trois ligatures; suites bénignes; six semaines après guérison complète.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un adénome pur avec prédominance absolue du tissu glandulaire, pas très vasculaire.

M. Pozzi rapproche de ce fait un autre cas d'adénome pédiculé du rectum, tumeur du volume du poing, opérée par M. Trélat avec l'écraseur linéaire; structure identique.

Ce sont là des observations rares; M. Pozzi insiste sur les phénomènes pseudo-utérins chez la femme. Le diagnostic devient facile par l'exploration directe. Il est possible d'opérer ces tumeurs avec l'instrument tranchant, quand elles ne sont pas trop haut situées.

Encéphalocèle. — M. LE FORT communique une observation de tumeur congénitale faisant saillie des deux côtés de l'aile du nez. Il considère cette tumeur comme une méningocèle ou une encéphalocèle anomale.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Documents relatifs à la fondation de l'Université de Paris et de la Sorbonne au XIII[e] siècle (1).

II

ACTE DE FONDATION DE LA SORBONNE

(Février 1257)

Le document suivant est l'acte original de Louis IX pour Robert de Sorbonne, daté du mois de février 1256 (1257).

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 26 juin 1884.

On connaissait cet acte, mais depuis un siècle l'original en était regardé comme perdu, de telle sorte qu'on ne pouvait décider avec certitude l'année de cet acte si important, duquel date la fondation de la Sorbonne. Dubreul (*Théâtre des antiquitez de Paris*, p. 464) donne la date de 1250; Héméré (*Sorbonæ origines, disciplina, viri illustres*, ms. 1166, fol. 13, de la Bibl. de l'Arsenal), Pasquier (*Recherches de la France*, I, 917), Du Boulay (*loc. cit.*, p. 223 ss.) et d'autres l'ont suivi. Lebeuf (*Histoire de Paris*, éd. Cocheris, II, 69), Jaillot (*Recherches critiques etc. sur Paris*, quartier Saint-André, p. 136), comme le *Recueil des historiens des Gaules* (XX, 93), prétendent, au contraire, que l'acte portait la date de 1256. La question est désormais tranchée. Ceux qui se prononcent pour l'année 1256 (1257), entre autres aujourd'hui M. Jourdain (nº 150, rem. 2), sont dans le vrai. Héméré, le *Recueil des anciennes lois françaises* (I, 279), Petit-Radel dans l'*Histoire littéraire* (XIX, 295), affirmaient que Robert de Sorbonne était devenu dès 1253 chanoine de Paris, tandis que l'acte de Louis IX le désigne encore comme chanoine de Cambrai; Franklin (*la Sorbonne*, p. 7) accepte cette opinion. Mais déjà M. Jourdain avait prouvé, d'après le manuscrit 16069 de la Bibliothèque nationale, que Robert de Sorbonne a porté le titre de chanoine de Cambrai au moins jusqu'en décembre 1257; j'en ai trouvé, dit le P. Denifle, la confirmation aux Archives nationales dans des actes originaux, qui permettent en même temps de fixer l'année à laquelle il devint chanoine de Paris, c'est-à-dire entre décembre 1257 et décembre 1258.

Ludovicus, Dei gratia Francorum rex, universis presentes litteras inspecturis salutem. Notum facimus quod nos magistro Roberto de Soborne canonico Cameracensi dedimus et concessimus ad opus scolarium, qui inibi moraturi sunt, domum que fuit Johannis de Aurelianis cum stabulis que fuerunt Petri Poinlane contiguis eidem domui, que domus cum stabulis sita sunt Parisius in vico de Coupe Gueule ante palacium Termarum. Preterea permutavimus cum dicto magistro decem solidos augmentati census, quos habebamus super granchiam, que fuit Johannis de Balneolis sitam in dicto vico ad decem solidos augmentati census, quos idem magister habebat super domum que fuit Philippi de Fontaneto in eodem vico sitam, quos decem solidos idem magister nobis omnino quitavit et concessit et nos similiter eidem quitavimus et concessimus imperpetuum alios decem solidos antedictos. In cuius rei testimonium presentibus litteris nostrum fecimus apponi sigillum. Actum Parisius, anno Domini millesimo CCº quinquagesimo sexto, mense Februarii (1).

III

BULLE D'INNOCENT IV CONCÉDANT UN SCEAU A L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(30 octobre 1246)

Depuis que M. Jourdain a publié, sous le nº 94, la bulle d'Innocent IV, du 30 mai 1252, déjà signalée par M. Thurot (*De l'organisation de l'enseignement dans l'Université de Paris*, p. 12), et dans laquelle le pape accorde pour dix ans à l'Université le droit d'avoir un sceau, on en pouvait conclure que, pour la première fois, à cette date, l'Université était en possession d'un sceau, depuis que celui du cardinal-légat avait été brisé en 1225.

Mais, dans la bulle publiée par M. Jourdain, le pape fait allusion à une permission antérieure donnée par lui à l'Université d'avoir un sceau pour une durée de sept années. Nous trouvons le texte de cette permission dans une bulle du 30 octobre 1246. Ce n'est donc point en 1252, mais en 1246 que l'Université fut en possession d'un sceau. La bulle publiée par M. Jourdain sous le nº 94 se trouve aussi aux Archives nationales sous la cote M. 66ª, nº 3; c'est une copie adressée en même temps aux maîtres et écoliers de Paris.

Innocentius (1), episcopus servus servorum Dei, dilectis filiis universis magistris et scolaribus Parisiensibus salutem et apostolicam benedictionem. Dum nostre mentis presentamus oculis, quanta diligentia virtutum cultui desudatis, illis ex vobis qui sunt adepti honorem magisterii thesaurum scientie fideliter dispensare studentibus et vigilantibus aliis ut ipsius thessauri acquisitio eis proveniat cum fame titulo rutilantis, illo circa vos affectu ducimur, ut que digne cupitis non solum auditu percipere, sed in gratiam exauditionis deducere delectemur. Sane bone memorie R. Portuensis episcopus, tunc S. Angeli diaconus cardinalis, in partibus illis apostolice sedis legatus prout accepimus vestrum fecit confringi sigillum, pro cujus defectu sicut asseritis diversa incommoda sepissime sustinetis, dum privata et ardua vestra negotia cum queritis alieni sigilli remedium veniunt in notitia aliorum. Nos itaque vestre devotionis precibus annuentes ut sigillum proprium pro negotiis in quibus causa vestre utilitatis vel honoris agitur, de quo tamen sine vestre universitatis aut majoris partis regentium magistrorum assensu nulle littere sigillentur, usque ad septennium habere possitis fratrum nostrorum communicato consilio auctoritate vobis presentium indulgemus. Nulli ergo omnino hominum liceat hanc paginam nostre concessionis infringere vel ei ausu temerario contraire. Si quis autem hoc attemptare presumpserit indignationem omnipotentis Dei et beatorum Petri et Pauli apostolorum ejus se noverit incursurum.

Datum Lugduni, III Kal. Novembris, pontificatus nostri anno quarto (30 Oct. 1246) (2).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

185. M. Portafax. Quelques considérations sur la dissolution de la pierre dans la vessie. — 186. M. Flous. De l'ulcération des artères due au contact du pus. — 187. M. Castrosoffia. Recherches expérimentales sur la recherche de la tuberculose des os. — 188. M. Colaneri. Des secousses musculaires. Étude critique et séméiologique. — 189. M. Turgis. Contribution à l'étude de l'ostéopériostite consécutive à la fièvre typhoïde. — 190. M. Maireau. Syphilis et prostituées et principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire. — 191. M. Trichet. Des affections de la muqueuse buccale dans leurs rapports avec l'état des dents.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

D'une dépêche reçue par le ministre du commerce, la mortalité cholérique à Toulon serait la suivante : 20 juin, 2 morts; 21 juin, 3 morts; 22 juin, 13 morts dont 4 douteux au point de vue du choléra; 23 juin, 5 morts; 24 juin, 1 mort; 25 juin, 6 morts; total, 30 décès dont 4 douteux.

(1) Arch. nat., S. 6213, nº 85. Le sceau a disparu, il ne reste que les lacs de soie rouge.

(1) Avant cette bulle on trouve dans le même *vidimus* : « Universis presentes litteras inspecturis A., Dei gratia Silvanectensis episcopus, salutem in Domino. Noveritis nos anno Domini millesimo ducentesimo quinquagesimo primo, die dominica post octabam purificationis beate Marie virginis, litteras domini pape inferius annotatas inspexisse in hec verba. » (Suivent les lettres : *Sua nobis dilecti filii* dans Du Boulay, III, 195; Jourdain, nº 64, et *Non decet* dans Jourdain, nº 76.)

(2) Suivent des lettres du même pape à l'archevêque de Reims et au doyen de Senlis : « *Affectum eorum*..... » Voy. Jourdain, nº 77. — Arch. nat., M. 66ª, nº 3, avec sceau en cire de l'évêque de Senlis.

Le 25 juin on comptait 34 cholériques à l'hôpital principal et 24 à Saint-Mandrier.

D'après une dépêche adressée de Toulon, 26 juin, neuf heures soir, au *Matin*, il aurait été constaté 6 décès pour la journée du 26, savoir : 2 en ville, 2 dans les faubourgs, 1 à l'hospice civil, 1 à l'hôpital maritime.

— Par décision ministérielle en date du 24 juin : M. Brochard, médecin-major de 2e classe, passe du 7e bataillon d'artillerie de forteresse au 11e cuirassiers; — M. Malinas, médecin-major de 2e classe, passe du 11e cuirassiers au 7e bataillon d'artillerie de forteresse.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'École d'accouchement a eu lieu avant-hier à la Maternité, sous la présidence de M. Quentin, directeur de l'administration de l'Assistance publique, assisté de MM. les professeurs Tarnier et Pajot et de MM. les docteurs Labbadie-Lagrave et Marchand.

Les lauréats ont été proclamés dans l'ordre suivant :

Théorie et pratique des accouchements : Prix, Mmes Truchy, Cerciat, Waseige et Gourgues. Accessits, Mmes Hostein, Guillaume, Décourty et Piette.

Clinique, vigilance clinique : Prix, Mmes Gobin, Truchy, Décourty, Guillaume et Regnier.

Vaccine : Prix, Mme Waseige.

Botanique : Prix, Mme Décourty.

— Les deux nouveaux hôpitaux : 1° des Mariniers, récemment construit et destiné à recevoir, à un moment donné, 350 malades; 2° des Tournelles, vont prochainement échanger leur nom pour ceux de Broussais et d'Andral.

— Mme la baronne Alquier vient de léguer par testament à l'administration de l'Assistance publique, à Paris, une somme de plus de cinq millions. Cette somme devra être affectée, d'après la volonté de la testatrice, à la fondation, à Paris, d'un établissement hospitalier qui porterait le nom de « Hospice Debrousse ».

— A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Boursier (André) vient d'être nommé chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Bordeaux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Moreau de Tours, médecin de la Salpêtrière, décédé le 26 juin, dans sa quatre-vingt-unième année.

Les obsèques de notre distingué confrère auront lieu demain samedi, 28 juin, à midi très précis, en l'église Saint-François de Sales (rue Brémontier).

On se réunira à la maison mortuaire, rue Jouffroy, 66 *bis*.

— La séance annuelle de la Société nationale d'encouragement au bien a eu lieu hier dimanche, 22 juin. Parmi les lauréats nous citerons les noms de MM. Pasteur, Henri et Alphonse Milne Edwards, membres de l'Institut, et de MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz, Brame, Savoye, Caradec et Plonquet d'Aï.

— MM. les officiers de santé de la réserve et de l'armée territoriale sont priés de faire parvenir leur adresse à M. L. de Verbery, 41, boulevard Barbès, à Paris, qui leur fera une communication au sujet d'une Société philanthropique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16392.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. La syphilis du cerveau : Accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — Morbidité et mortalité de l'armée en France et en Algérie. — Observation de fracture du col du fémur intra-capsulaire consolidée en cinquante-quatre jours avec 1 centimètre de raccourcissement par l'application de la boîte-gouttière à suspension. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Le choléra. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La syphilis du cerveau (1).

ACCIDENTS NERVEUX MULTIPLES. — TROUBLES INTELLECTUELS.

III

B. *Symptômes paralytiques.* — Les *paralysies* sont très communes dans la syphilis cérébrale. Vous comprendrez aisément qu'il en soit ainsi, si vous vous reportez à ce que nous avons dit des lésions encéphaliques de la vérole. Ces paralysies sont en effet produites par un double mécanisme : 1° les unes, peut-être les plus communes, appartiennent à la grande classe des paralysies périphériques. Elles sont la conséquence directe des lésions osseuses ou méningées qui enserrent les nerfs crâniens, après leur sortie du cerveau, de la protubérance ou du bulbe; 2° les autres, paralysies centrales, dépendent des altérations spécifiques ou banales que la vérole détermine dans l'écorce ou sur un point quelconque du trajet cérébro-bulbaire du faisceau moteur.

C'est assez vous dire que si ces paralysies sont fréquentes, elles sont très variées dans leur physionomie, leur siège, leur nature.

a. De la première catégorie relèvent la plupart des paralysies oculaires qu'on observe communément chez les syphilitiques : en effet, le long trajet que parcourent, au-dessous des méninges, les nerfs oculo-moteur commun, oculo-moteur externe, pathétique, exposent ces nerfs à être directement intéressés par les lésions qui se développent, à la base de l'encéphale, dans les méninges ou dans les os.

La paralysie la plus fréquente est celle du moteur oculaire commun. Je n'ai pas à vous en rappeler ici les symptômes. Je dois seulement faire ressortir ce fait, c'est que d'ordinaire, dans la syphilis, le nerf n'est pas intéressé dans toutes ses branches; la paralysie est dissociée. Ainsi on a souvent affaire à un simple ptosis, ou bien à du ptosis combiné à du strabisme externe (paralysie des rameaux qui se rendent au releveur de la paupière et au droit interne). Dans des circonstances plus rares, on n'observe qu'une simple dilatation de la pupille (paralysie du constricteur de la pupille par lésion des rameaux iriens).

N'oubliez pas que des paralysies dissociées analogues à celles dont je viens de parler se rencontrent souvent dans le cours ou au début de l'ataxie locomotrice progressive. Il n'est pas douteux que beaucoup de parésies oculaires, mises autrefois sur le compte de la vérole, relèvent en fait de la maladie de Duchenne.

Le pathétique, le moteur oculaire externe, sont moins souvent lésés que les nerfs de la troisième paire.

Le facial, lui aussi, est quelquefois paralysé. Et alors on a affaire tantôt à une paralysie faciale unilatérale totale, tantôt à une paralysie partielle. L'orbiculaire de la paupière peut être seul intéressé. Dans un cas, rapporté par un auteur, la parésie intéressait seulement les rameaux qui se rendent au voile du palais.

Parmi les paralysies motrices périphériques possibles, je vous indiquerai encore celle de l'hypoglosse, qui se traduit par du balbutiement, du bégaiement, souvent intermittent et ne se produisant que dans les cas où le malade est ému ou parle vite.

Enfin on a attribué à une compression du pneumogastrique les vomissements, accompagnés d'anxiété respiratoire, de ralentissement du pouls, qui sont notés dans quelques observations.

b. Les paralysies d'origine centrale tiennent, elles aussi, une grande place dans l'histoire de la syphilis du cerveau.

Les *monoplégies* ne sont pas rares. Elles occupent tantôt une moitié de la face, tantôt l'un des quatre membres. La localisation du trouble est très certainement en rapport avec le siège de la lésion corticale. Ces monoplégies sont souvent fugaces et transitoires. Un jeune homme, étant à la chasse, s'aperçoit que sa main gauche ne peut plus tenir son fusil. Il rentre, se couche. Le lendemain il n'y paraissait plus.

D'autres fois, elles s'établissent à poste fixe et restent persistantes. Voici un exemple de cet ordre de faits, que j'emprunte à M. Fournier : « Un malade commence par éprouver à trois reprises, dans le courant de juin 1870, un engourdissement de la main gauche et de la langue. Il ne se traite pas ou se traite d'une façon insignifiante. En octobre, il est frappé, pendant trois ou quatre heures, d'une sorte de paralysie légère qui occupe toute la moitié gauche du corps. Finalement, en novembre, la jambe gauche se

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 juin 1884.

paralyse complètement. Et quand je le vois pour la première fois, à cette époque, je constate ceci purement et simplement : une monoplégie affectant le membre inférieur gauche, avec intégrité absolue du bras et de la face du côté correspondant. Traitement spécifique. Guérison. » Il est très vraisemblable, d'après les données sur les localisations corticales que nous possédons aujourd'hui, que, dans ce cas, la lésion intéressait le tiers supérieur des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes ou le lobule paracentral.

Des monoplégies ou paralysies par lésion corticale localisée, il est naturel de rapprocher l'*aphasie*. L'aphasie, qui dépend d'une lésion du pied de la troisième circonvolution frontale gauche, se présente dans la vérole avec ses caractères habituels. Elle constitue quelquefois l'une des manifestations précoces de la syphilis cérébrale. Elle est tantôt isolée, tantôt associée à des phénomènes paralytiques, notamment à de l'hémiplégie droite, suivant que les altérations qui la produisent intéressent seulement la troisième frontale, ou se sont étendues à la zone motrice avoisinante.

Souvent éphémère, elle peut, au contraire, être durable et même définitive. Elle se dissipe, en général, au bout de quelques jours, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement spécifique. Mais elle est irrémédiable si elle tient à un ramollissement produit lui-même par l'oblitération, suite d'artérite spécifique, de l'un des rameaux émanés de la sylvienne.

Les différents troubles que nous venons de passer en revue sont ceux auxquels l'on a affaire dans les cas où les lésions n'intéressent qu'un territoire circonscrit de l'écorce. Mais il peut se faire que ces altérations soient très étendues, tantôt du fait d'une méningite ou d'une méningo-encéphalite diffuse, plus souvent par suite d'une oblitération du tronc même de la sylvienne. L'hémiplégie est la conséquence de ces lésions étendues. Souvent incomplète, elle peut être intermittente en ce sens qu'elle se dissipe assez vite, pour reparaître peu de temps après. On a alors affaire à une véritable hémiplégie à répétition. Ces hémiplégies à répétition se produisent vraisemblablement par le mécanisme suivant : elles sont le fait d'anémies incomplètes et passagères de la zone motrice corticale, dépendant d'une oblitération partielle de la sylvienne. Il se produit là quelque chose d'analogue à ce qui se passe chez le cheval dans les cas de *claudication intermittente*. La claudication intermittente tient, vous le savez, au rétrécissement des artères iliaques par des plaques athéromateuses.

Lorsque, contrairement à ce que nous venons de voir, l'oblitération de la sylvienne est complète et définitive, il s'ensuit un ramollissement et une hémiplégie incurable.

D'autre part, les phénomènes qui annonceront et marqueront le début de cette hémiplégie pourront varier, suivant que la lésion productrice s'établira lentement ou brusquement. C'est ainsi que la paralysie sera précédée d'un ictus apoplectique, dans le cas où la trombose oblitérante se sera développée subitement, ictus qui fera le plus souvent défaut si l'oblitération s'établit, au contraire, d'une façon lente ou progressive.

Ce serait ici le lieu de nous demander si la syphilis, comme le veulent quelques auteurs (Zambaco), peut déterminer l'hémiplégie, sans lésion cérébrale constatable. Pour ma part, j'ai peine à admettre les cas de cet ordre. Je crois que la notion précédente repose sur des observations insuffisantes et incomplètes, et qu'il y a lieu de la reviser.

Pour être d'ordinaire périphériques et corticales, les altérations de la syphilis occupent cependant dans quelques cas les parties profondes des organes encéphaliques. C'est ainsi que dans l'épaisseur de la protubérance des gommes peuvent se développer. Or le siège de la tumeur est quelquefois tel que celle-ci détermine une *hémiplégie alterne*. Dans certains cas de lésions protubérantielles syphilitiques, on a aussi relaté des paralysies oculaires, qui ne sont plus périphériques comme celles dont je vous ai parlé plus haut, mais qui tiennent à la lésion des noyaux d'origine des nerfs bulbaires (paralysies nucléaires). Ces paralysies présentent certains caractères particuliers. Elles sont, en général, *associées*. C'est ainsi que la paralysie du moteur commun d'un côté s'accompagne de celle du moteur oculaire externe, du côté opposé à la lésion (Féréol, Graux). L'altération des cellules originelles des nerfs bulbaires, au niveau du plancher du quatrième ventricule, nous explique encore la possibilité du syndrome paralysie glosso-labio-laryngée, de la polyurie, du diabète, de l'albuminurie, qui se rencontrent quand les noyaux de l'hypoglosse, du pneumogastrique, etc., sont touchés.

2° SYMPTÔMES D'ORDRE SENSITIF.

Les troubles de la sensibilité tiennent dans l'histoire de la syphilis cérébrale une place beaucoup plus restreinte que les désordres des mouvements. On se l'explique aisément, si l'on se souvient que les lésions corticales déterminent rarement des troubles sensitifs appréciables. Aussi la plupart de ceux qu'on observe dans la vérole tiennent-ils à des altérations portant directement sur les nerfs crâniens sensitifs, au delà de leur origine apparente.

Quelquefois l'anesthésie accompagne les paralysies du mouvement. Ainsi l'hémiplégie peut être à la fois motrice et sensitive. Il en est de même de certaines monoplégies. Mais on peut dire d'une façon générale que ces anesthésies ne sont presque jamais isolées. Elles sont d'ailleurs habituellement incomplètes et elles ne sont presque jamais dissociées; c'est-à-dire qu'on ne voit pas dans la syphilis, comme dans l'ataxie locomotrice, par exemple, l'anesthésie proprement dite, l'analgésie, la thermoanesthésie, indépendantes les unes des autres.

Plus fréquents et plus importants à relater sont les troubles de la sensibilité spéciale. En premier lieu, notons ceux de la vue. Les nerfs optiques sont, en effet, assez souvent comprimés par des produits spécifiques; il en résulte de la névrite optique qui se présente, à l'examen ophtalmoscopique, avec ses caractères habituels, et s'accompagne d'affaiblissement ou de perte de la vue. Tantôt, en effet, on a affaire à une simple *amblyopie*, qui s'accuse par une diminution de l'acuité visuelle. Les objets apparaissent avec des contours indécis. A un degré plus avancé, la vue est plus obtuse : le malade distingue à peine les gros caractères d'imprimerie. Enfin, on peut observer la cécité absolue. Ces troubles sont quelquefois unilatéraux, surtout au début, mais ils se généralisent bientôt aux deux yeux.

On a noté dans quelques cas de la surdité presque toujours d'un seul côté, due vraisemblablement à des lésions osseuses qui comprimaient le nerf de la neuvième paire dans le conduit auditif. Enfin Bertheraud (*Des névroses syphilitiques*, Bruxelles, 1860) a rapporté un cas d'anosmie due à la syphilis.

MORBIDITÉ ET MORTALITÉ

DE L'ARMÉE EN FRANCE ET EN ALGÉRIE.

Par M. le docteur J.-F. Maillot,
Ancien président du Conseil de santé des armées.

II

J'ai publié sous ce même titre un article dans la *Gazette des hôpitaux* du 4 mars dernier. J'avais pris pour point de comparaison le Gouvernement de Paris, parce que son effectif moyen et celui de l'armée d'Afrique, durant cette période de 1877 à 1880, qui avait été mon sujet d'étude, avaient été à peu près les mêmes: 54,730 hommes pour le premier, 54,270 pour l'Algérie ; parce que aussi, dans la circonscription de ce grand commandement, il n'y a pas de maladies endémiques graves, à moins qu'on n'attribue ce caractère à la fièvre typhoïde qui, assez souvent, affecte certaines casernes de la grande cité : ce que, pour mon compte, je n'admets pas ; ce n'est pas là de l'endémicité.

Toutefois cette objection possible m'a engagé à étendre les bases de mon travail et à rechercher si de nouvelles investigations établies sur des données fournies par d'autres corps d'armée confirmeraient ou infirmeraient les conclusions auxquelles m'avaient conduit les premières, savoir : que la proportion des morts au nombre des malades était plus avantageuse en Algérie qu'en France.

Dans cet esprit, j'ai interrogé la statistique médicale des 6e, 7e, 14e et 15e corps, dont les chefs-lieux sont Châlons-sur-Marne, Besançon, Lyon, Marseille. Pendant les quatre années précitées, l'effectif moyen de ces corps a été de 130,612 hommes ; 95,898 sont entrés dans les hôpitaux ; 4,151 sont morts ; 1 décès sur 23 et quelques minimes fractions.

C'est un résultat que l'on peut considérer comme tout à fait identique à celui que nous avait donné le Gouvernement de Paris ; il rentre absolument dans les proportions que nous avaient révélées comparativement et ce Gouvernement et l'armée d'Afrique.

L'intérêt que je prenais à ces questions croissant à mesure que j'avançais dans leur examen, j'ai été tout naturellement conduit à contrôler, au même point de vue, l'ensemble de l'armée tant en France qu'en Algérie. J'ai noté d'abord la moyenne annuelle des effectifs pendant le même laps de temps ; elle a été de 479,214, dont 54,270 pour l'Afrique, comme nous venons déjà de le voir ; le nombre des entrées aux hôpitaux a été de 408,264 ; celui des décès s'est élevé à 16,602 ; 1 mort sur un peu plus de 24.

Je décompose maintenant ce chiffre absolu des malades et des morts pour faire la part qui revient aux garnisons de l'intérieur et celle qui est afférente aux troupes de l'Algérie ; celle-ci nous est connue, elle a été indiquée dans mon premier article : 86,298 malades, 2,747 décès, 1 mort sur 31 ; quant à celle qui incombe aux corps de troupe stationnés en France, j'ai constaté qu'elle est de 321,966 malades entrés dans les hôpitaux et de 13,855 morts : 1 mort sur un peu moins de 24.

Ces documents qui embrassent toute l'armée française, tant en Algérie que dans la mère patrie, concordent donc entièrement avec les propositions générales et les conclusions que j'ai énoncées dans ma première étude. Comme j'en ai déjà exprimé la pensée, ces faits ont une portée considérable pour permettre d'affirmer que la colonisation de l'Algérie semble marcher d'un pas sûr et ferme. Mais qu'on ne s'y trompe pas et qu'on ne se laisse pas séduire par un mirage qui pourrait conduire à se briser sur de redoutables écueils ! Je répète une fois encore ce que je crois la vérité et ce que j'ai souvent formulé : tant qu'on n'aura pas fait disparaître totalement les marais, l'Algérie n'aura pas une prospérité complète ; elle aura toujours un grand nombre de malades que la médecine arrachera plusieurs fois à la mort, mais qui, de rechute en rechute, finiront par se heurter à des accidents pernicieux ou par aboutir à la cachexie palustre, bien que cette dernière issue fatale soit devenue infiniment moins commune depuis que l'on combat vite et énergiquement les premières atteintes du paludisme.

Ma conviction à ce sujet était faite il y a un demi-siècle et elle est restée invariable ; aujourd'hui encore je crois que j'étais dans le vrai lorsque, en 1834, au moment même où je travaillais de mon mieux à éclairer la question des fièvres de l'Algérie, je disais tout haut dans mon entourage : « Je ne guéris pas les malades ; je les empêche de mourir. » En vérité, nous ne pouvions aller au delà. Comment, en effet, avoir des prétentions plus élevées alors que nos soldats et nos colons, à peine remis de leurs accès, étaient de nouveau plongés dans la malaria ? Qu'auraient même pu contre cette terrible et permanente influence une meilleure alimentation et une habitation plus saine pour des hommes que, faute de places, nous ne pouvions garder dans nos salles jusqu'à un rétablissement assez complet pour aller reprendre, sans danger d'une rechûte toujours imminente, la vie des camps ou les rudes travaux de la colonisation ? Lorsque, en 1853, je soumettais au ministre, dont au surplus il n'a tenu aucun compte, mon opinion sur le danger dont le lac Fezzara menaçait constamment la ville de Bône, l'ensemble du territoire de cette localité ne me donnait que trop raison ; car, sur une superficie de 54,405 hectares, 17,220 étaient couverts d'eau, 18,600 constitués par des terrains insalubres, 14,580 seulement propres à la culture. (*Rapport du sous-préfet M. Calendini.*)

De grands travaux, je le sais, ont largement amélioré cette situation géographique, et, en première ligne, je place le dessèchement à peu près complet du lac Fezzara ; mais cela ne suffit pas. Il faut procéder, dans toute l'Algérie, non seulement à la disparition des marais ; mais on doit aussi maîtriser les rivières, de telle sorte que leurs eaux ne croupissent plus pendant les chaleurs et ne s'épandent pas dans les plaines et les prairies dans la saison des pluies. C'est à ce prix, à ce prix seul, qu'on pourra tirer de l'Algérie les immenses richesses qu'elle porte dans son sein. *Delenda Carthago*, disait le vieux Caton dans sa haine contre la rivale de Rome ; moi, dans mon ardent désir d'être utile à l'Algérie, je dis : *Delendæ paludes !* Cette immense opération accomplie, notre grande colonie sera une des contrées les plus salubres du monde entier ; car elle n'a pas, comme les Indes, l'imminence toujours présente du choléra ; comme les Antilles, la constante menace de la fièvre jaune ; elle n'a pas même ces affections spéciales à certains pays chauds et auxquelles beaucoup de praticiens donnent, à tort ou à raison, le nom de climatiques. A l'œuvre donc ; *sursum corda !*

OBSERVATION

DE FRACTURE DU COL DU FÉMUR INTRA-CAPSULAIRE, CONSOLIDÉE EN CINQUANTE-QUATRE JOURS AVEC UN CENTIMÈTRE DE RACCOURCISSEMENT PAR L'APPLICATION DE LA BOITE-GOUTTIÈRE A SUSPENSION.

Par le docteur Philippe (de Saint-Mandé).

I

La fracture intra-capsulaire du col du fémur est généralement considérée comme réfractaire à l'emploi des appareils ordinairement en usage pour le traitement des autres solutions de continuité osseuses qui atteignent les vieillards. La cause principale de ces difficultés doit être attribuée aux obstacles à vaincre pour la contention des fragments, au repos prolongé que nécessitent ces fractures et aux accidents presque inévitables qu'on a à craindre du côté du siège, tels qu'escarres, ulcérations, etc.

L'insuffisance des méthodes employées pour surmonter ces inconvénients, est telle qu'un grand nombre de chirurgiens, même parmi les plus compétents, abandonnent pour ainsi dire à elles-mêmes ces fractures et que ceux qui ont recours aux appareils ordinaires comptent peu sur leur efficacité et ne suivent aucune règle fixe pour le choix qu'ils en font.

En présence de cette incertitude de la science, n'avons

nous pas le devoir de faire tous nos efforts pour chercher à éclaircir un point pratique aussi peu avancé ?

C'est dans ce but que nous publions l'observation suivante, qui fera ressortir les avantages de l'application de la boîte-gouttière à suspension pour répondre aux désidérata que nous venons de signaler :

Mme B..., âgée de soixante-seize ans, d'un tempérament lymphatico-bilieux, habitant Saint-Mandé, rentière, fait une chute sur le grand trochanter, en s'engageant dans les plis de sa robe, le 2 juillet 1883.

Nous sommes appelé auprès de la malade, le même jour, à neuf heures du soir, à la requête de M. le docteur Foucher, deux heures après l'accident.

Cette dame est couchée dans son lit, le pied fortement porté en dehors, reposant complètement sur le bord externe; raccourcissement du membre d'environ 4 centimètres.

Tout mouvement spontané est impossible.

On sent au-dessus du grand trochanter une dépression très marquée au niveau de l'articulation coxo-fémorale; ce point est fort douloureux à la pression; nulle sensibilité au grand trochanter, qui ne présente aucune ecchymose, ni aucune crépitation.

Les mouvements de rotation du membre sont très limités et douloureux, bien qu'encore possibles; point de saillie à l'aine, que le moindre mouvement imprimé au membre fait souffrir; point de crépitation.

La boîte-gouttière à suspension, munie de son cuissard, est immédiatement appliquée. La malade s'y trouve très à l'aise, pouvant s'y mouvoir, bien que modérément, sans éprouver de douleur.

Le 3, elle ne se plaint d'aucune souffrance, si ce n'est du talon; on y remédie en soulevant le pied à l'aide d'une nouvelle couche d'ouate qu'on place sous le tendon d'Achille, de manière que le calcanéum ne porte pas.

Le 5, nuits précédentes un peu agitées; on prescrit le sirop de codéine. Quelques tractions sur le membre, sans causer beaucoup de douleur.

Le pouls donne 80 pulsations.

Le 11, on remarque de la rougeur à la fesse droite, avec sensibilité à la pression : lotions avec l'acide phénique au centième.

Le 12, l'escarre est formée de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Le 15, on a placé la malade dans un lit mécanique; pas de fièvre; elle ne souffre pas lorsqu'elle ne remue pas.

L'escarre est tombée : pansement de la plaie avec des lotions d'acide phénique et des cautérisations au crayon de nitrate d'argent tous les deux jours.

Le 18, la plaie a diminué de moitié; elle est rose, en bonne voie de cicatrisation; état général très satisfaisant; pas de fièvre.

Le 27, la consolidation est assez avancée pour que la malade puisse plier le genou; on peut faire sortir le membre de la gouttière sans déplacement des fragments.

Le 3 août, la malade a pu se mettre d'elle-même sur le côté.

Le 4 août, on enlève définitivement le membre de la gouttière et on le place sur le fond de la boîte seule, entouré d'ouate et soutenu latéralement par un drap-fanon.

Le 6, l'escarre est guérie.

Le 9, on retire complètement le membre de l'appareil, en lui appliquant le même pansement; on a levé la malade qui a pu s'asseoir sur la garde-robe.

On l'a couchée dans son lit ordinaire.

Le 14, l'escarre ayant une tendance à reparaître, on l'a remise dans le lit mécanique, qu'elle a encore gardé une vingtaine de jours.

Le 16, elle est prise de diarrhée qui dure au moins huit jours, influant d'une manière fâcheuse sur l'état général, qui devient alarmant.

Le 22, la malade s'est tenue debout et a fait quelques pas, en tournant le pied sur son axe, sans quitter le sol.

Le 25 (55e jour), elle a pu marcher en s'appuyant sur le dos d'un fauteuil qu'elle faisait rouler devant elle.

Le 20 septembre, on la traînait dans sa voiture à main, pour voir l'exposition de Saint-Mandé.

Voici l'état actuel de la malade :

Il n'y a qu'un centimètre de raccourcissement; en s'aidant d'un haut talon, elle ne boîte nullement.

Le pied est, à très peu de chose près, dans la même direction que l'autre.

On sent au niveau de l'articulation coxo-fémorale, au-dessus du grand trochanter, une saillie assez prononcée, formée par le cal.

La malade peut marcher avec deux cannes; mais quand elle veut aller un peu loin, elle s'aide d'une béquille et d'un bâton.

L'état général est parfait.

Avant de tirer des conclusions pratiques de cette observation, nous devons répondre à une objection qui se présentera naturellement : avait-on vraiment affaire à une fracture intra-capsulaire du col du fémur, en présence des résultats exceptionnels obtenus ?

Nous allons chercher à le démontrer par l'étude des symptômes observés.

Il y avait, en effet, déviation considérable en dehors du pied qui reposait complètement sur le bord externe; peu de raccourcissement; mouvements de rotation du membre bornés, bien qu'exécutables dans de certaines limites; région trochantérienne peu saillante et presque insensible à la pression : la sensibilité était surtout très prononcée, en appuyant le doigt au-dessus du grand trochanter, au niveau du col : là se trouvait une dépression fort appréciable.

Nous appelons particulièrement l'attention des chirurgiens sur ces deux derniers signes qui ne sont pas mentionnés dans les ouvrages classiques et qui nous paraissent devoir éclairer le diagnostic différentiel entre les fractures intra et extra-capsulaires du col du fémur.

Il n'y avait pas d'ecchymose à la région trochantérienne.

On ne pouvait confondre cette fracture avec la luxation de la hanche, la déviation du pied en dehors n'étant possible dans ce dernier cas que pour les luxations en avant; et alors on sent la tête du fémur à la région inguinale, ce qui n'existait pas. Quand il y a luxation, les mouvements de circumduction du membre sont impossibles; or on pouvait les provoquer, quelque incomplets qu'ils fussent.

Quant à la confusion avec la contusion de la hanche, elle n'était pas admissible.

Notre diagnostic, d'ailleurs, a été confirmé par MM. les docteurs Foucher (de Saint-Mandé), et Vallon (de Vincennes).

Ce point pratique étant élucidé, autant que l'état de la science nous le permet, nous allons présenter quelques considérations cliniques sur l'observation que nous venons de relater.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 28 juin 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Suture des nerfs. — M. BROWN-SEQUARD fait une communication sur ce sujet, à l'occasion du travail présenté par M. Tillaux à l'Académie des sciences (voy. *Gazette des hôpitaux*, n° du 28 juin 1884). M. Brown-Sequard pense que toute irritation de la peau aurait produit les mêmes résultats; car il s'agit ici de phénomènes réflexes.

M. DUMONTPALLIER rappelle une observation qui a été recueillie dans son service :

Il s'agissait d'un coup de couteau à la suite duquel se produisit une insensibilité des parties non innervées par les nerfs lésés. Sur le conseil de M. Paul Bert, M. Dumontpallier fit mettre un vésicatoire sur la région où avait porté le coup de couteau et la sensibilité revint et se maintint dans les parties où elle avait disparu.

Le cuivre et le choléra. — M. BURQ fait connaître les résultats d'une enquête sur les horlogers du Haut-Rhin et du Doubs qui confirme ses précédentes assertions. (Sera publié.)

Idéoplastie. — M. OKOROWICZ complète la communication qu'il a faite dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 581). Puisqu'il a démontré qu'il existe, d'une part, des associations idéo-idéiques et, d'autre part, des associations organo-organiques, il pense qu'il y a lieu d'admettre l'existence d'associations idéo-organiques. Cette manière de voir permettrait de comprendre des phénomènes en apparence bien singuliers.

Système dentaire d'un supplicié (de Campi).—M. GALIPPE a fait sur ce sujet une communication dont voici les points principaux.

Maxillaire supérieur. Ce qui frappe tout d'abord : c'est le développement considérable et parfaitement régulier de l'arcade dentaire.

Dents régulières, courtes, très épaisses au niveau du collet et implantées avec une extrême solidité.

La première petite molaire supérieure droite manque, elle a dû être arrachée, très probablement avec un clavier, et pas très longtemps avant l'exécution.

M. Galippe insiste sur le nanisme de l'incisive latérale supérieure droite, et présente à l'appui de sa thèse un certain nombre de considérations et de moulages.

Les canines ont un développement considérable; celle du côté gauche a son bord tranchant intact, et dépasse notablement le niveau des autres dents. Du côté droit, le bord tranchant est usé et présente une dépression affectant également le bord de l'incisive latérale. De déduction en déduction M. Galippe a conclu que le supplicié fumait la pipe, ce qui a été vérifié ultérieurement.

L'auteur a combattu l'opinion de Lombroso et celle du docteur Dumur au sujet de la signification du volume considérable des canines.

Le volume des grosses molaires va en décroissant de la première à la troisième. Ces grosses molaires ont des racines très fortes et divergentes, les dents de sagesse avaient quatre racines divergentes.

Maxillaire inférieur également bien développé et très régulier; canine inférieure gauche légèrement rentrante.

La surface triturante des grosses molaires inférieures, très considérable pour les premières, va en diminuant jusqu'aux troisièmes.

L'articulation du maxillaire supérieur avec l'inférieur était normale.

Le relief exceptionnel des muscles temporaux donnait l'illusion d'un développement considérable du front. Les masséters étaient également très développés; il en était de même des muscles servant à l'expression des lèvres.

Le maxillaire inférieur était asymétrique; l'anomalie portait sur le côté gauche.

Il y avait également des anomalies musculaires décrites par M. Chudzinski à la Société d'anthropologie.

Les dimensions du maxillaire supérieur et celles du maxillaire inférieur ont été déterminées.

Il y avait une petite quantité de tartre sur le collet des dents.

La voûte palatine était absolument régulière.

Les caractères physiques des dents ont été déterminés par la méthode de M. Galippe. La densité a été diminuée par deux causes : l'une artificielle (procédé de préparation du crâne, macération), l'autre naturelle (déchéance physique ayant déterminé des lésions pulmonaires).

Densité moyenne générale = 2,14, plus considérable à droite, 2,145, qu'à gauche, 2,139. Ces déterminations ont été faites pour chaque groupe de dents en particulier et ont été données par M. Galippe.

C'est ainsi que l'auteur a déterminé comparativement pour chaque dent le volume, la longueur et l'épaisseur prise au niveau du collet. Ces chiffres seront publiés dans les mémoires de la Société.

Deux dents commençaient à se carier.

Montrant la multiplicité et la précision des renseignements que l'on peut retirer de l'examen attentif d'une bouche, au point de vue de l'identité et des habitudes d'un individu déterminé, le docteur Galippe propose de prendre le moulage des arcades dentaires des individus coupables de délits et de crimes dont on peut avoir intérêt à établir plus tard l'identité. Sans vouloir diminuer l'avantage de la photographie, l'auteur montre par plusieurs exemples qu'il est plus facile de modifier l'aspect extérieur de sa physionomie que la forme de ses arcades dentaires.

En résumé, pour le supplicié, M. Galippe conclut que, sans vouloir amoindrir la valeur des anomalies signalées dans le maxillaire inférieur et dans les muscles, il ne croit pas que l'on puisse voir autre chose dans la bouche de cet homme qu'un appareil dentaire admirablement disposé pour sa fonction. Si, au point de vue moral et intellectuel, ce supplicié était un inférieur, au point de vue purement animal et masticateur il était supérieurement doué.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 juin 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Moreau de Tours.

Commission des épidémies. — M. BESNIER regrette que la suppression de la commission des maladies régnantes ait laissé la Société désarmée en présence d'évènements semblables à celui qui occupe aujourd'hui l'attention publique. Il voudrait qu'à l'exemple de l'Académie de médecine, qui n'a pas attendu l'invitation des autorités pour s'occuper de la question du choléra, la Société médicale des hôpitaux mît également à l'étude cette importante question de pathologie. Cela est d'autant plus urgent qu'il existe, au sujet du choléra de Toulon, un désaccord complet entre les médecins qui ont souvent observé et connaissent bien le choléra asiatique et ceux qui ne l'observent pas et qui les premiers ont mis en avant ce mot de choléra sporadique. C'est, selon M. Besnier, un abus de langage que d'avoir employé ce mot de sporadique pour caractériser un choléra dont les symptômes, la marche, les lésions anatomiques sont exactement ceux du choléra indien. Quelle est donc, au juste, cette affection? Est-elle née sur place ou a-t-elle été importée? En quoi diffère-t-elle de celle qui a été observée en 1873 et que tous les médecins, d'un commun accord, ont désignée sous le nom de choléra épidémique? Quels sont les signes qui permettent de distinguer ce choléra épidémique, indien ou asiatique, de choléra nostras? Telles sont les diverses questions qu'il appartiendrait à la Société médicale des hôpitaux d'étudier, d'élucider. En conséquence M. Besnier propose de nommer une commission permanente des épidémies avec un rapporteur éventuel, chargé de recueillir tous les documents et de prendre tous les renseignements relativement au choléra, aux éventualités en présence desquelles nous nous trouvons, aux mesures et aux précautions à prendre, etc.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que la Société médicale des hôpitaux ne peut s'occuper que des faits qui se passent dans les hôpitaux de Paris et non de ce qui se passe à Toulon. Elle ne peut donc rien faire relativement à l'épidémie de cette ville. M. Beaumetz appuie donc, en principe, la proposition de M. Besnier, mais avec cette réserve que la Société mettra à l'ordre du jour la ques-

tion du choléra envisagée d'une façon générale et non le choléra de Toulon.

Il ajoute que le Conseil d'hygiène s'est déjà occupé de la question. Il a été lui-même chargé d'aller visiter la malade de la rue Chaptal qui a passé pour avoir eu le choléra ; il s'agissait d'une simple indigestion. Il peut affirmer d'ailleurs qu'il n'en existe pas un seul cas à Paris.

M. BESNIER maintient sa proposition en insistant sur la nécessité absolue d'élucider cette question de savoir de quel choléra il s'agit en ce moment à Toulon, puisque les médecins de marine d'une part, et les médecins parisiens, d'autre part, ne sont pas d'accord sur ce point de première importance.

Après un échange d'explications entre MM. Bucquoy, Besnier, Dujardin-Beaumetz, Cadet de Gassicourt et Lacombe, la proposition de M. Besnier est mise aux voix et adoptée.

La commission des épidémies se compose de MM. Vallin, Zuber, Laveran, Bucquoy, Desnos, Tapret, Labric et du Castel, rapporteur.

M. GÉRIN-ROZE, à l'occasion de cette question du choléra, fait observer que les malades des hôpitaux ne boivent pas d'eau filtrée. Il fait ressortir toute l'importance qu'il y aurait à remédier à cet état de choses.

Kyste hydatique de la base du crâne. — M. BUCQUOY présente de nouveau un malade qu'il a déjà montré et qui était atteint d'un kyste hydatique de la base du crâne. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri.

Traitement local de la métrite chronique. — M. TENNESSON présente un porte-topique destiné à porter des substances modificatrices jusque dans la cavité utérine et dont il a retiré de bons effets dans le traitement de la métrite chronique.

M. MARTINEAU, après quelques réflexions sur la nature de la métrite chronique, son origine lymphatique, son incurabilité relative, etc., fait observer que le porte-topique présenté par M. Tennesson a cet inconvénient qu'après avoir passé par le col, il arrive dans le corps de l'utérus débarrassé de la substance modificatrice qu'il était destiné à y porter.

M. TENNESSON répond que, loin d'être un inconvénient, c'est là un avantage, puisqu'il n'y a pas de métrite du corps sans métrite du col et qu'il y a conséquemment tout avantage à modifier l'une en même temps que l'autre.

Méningite tuberculeuse du lobule paracentral. — M. DU CASTEL présente le cerveau d'un tuberculeux mort, ces jours derniers, dans son service, après avoir présenté, pendant les dernières semaines de sa maladie, une monoplégie motrice de plus en plus accusée du membre inférieur droit. A l'autopsie, on trouva, pour expliquer la production de la paralysie, une plaque de méningite recouvrant le lobule paracentral gauche. M. du Castel rappelle un certain nombre d'observations analogues publiées dans ces dernières années et tire les conclusions suivantes :

Les méninges du lobule paracentral constituent un point de prédilection pour l'implantation et le développement du microbe tuberculeux.

La lésion méningée a une tendance marquée à l'extension rapide et descend facilement le long du sillon de Rolando.

L'apparition d'une monoplégie motrice du membre inférieur constitue la caractéristique clinique du développement de la méningite du lobule paracentral : des phénomènes convulsifs peuvent s'y ajouter.

L'extension de la lésion se reconnaît à l'envahissement consécutif du membre supérieur et de la face.

L'apparition d'une monoplégie motrice du membre inférieur doit donc éveiller la pensée d'une *méningite tuberculeuse du lobule paracentral;* elle en est à peu près caractéristique, quand le sujet est antérieurement et notoirement tuberculeux.

ÉLECTIONS

MM. Oulmont, de Beurmann et Muselier sont élus membres titulaires de la Société.

La séance est levée.

LE CHOLÉRA

Il y a huit jours, M. Fauvel, montant à la tribune de l'Académie de médecine, annonçait que dans huit jours l'on saurait à quoi s'en tenir sur la nature de l'épidémie qui venait d'éclater à Toulon, qu'il s'agît du choléra sporadique ou du choléra asiatique?

Cependant il ne semble pas aujourd'hui encore que nous soyons définitivement éclairés à cet égard ; et les avis continuent à être contradictoires. Tandis que d'une part nos confrères de Toulon opinent pour le choléra asiatique, que les recherches histologiques de M. le docteur Straus semblent confirmer cette opinion, d'autre part jusqu'à présent il semble résulter de la partie connue des rapports de MM. Brouardel et Proust que l'on aurait affaire au choléra nostras.

Quoi qu'il en soit, nous ne saurions attendre longtemps d'être renseignés à cet égard, soit demain à la séance de l'Académie de médecine, soit d'ici à quarante-huit heures par le retour à Paris de MM. Brouardel, Proust et Straus. En attendant, voici la dépêche adressée par M. le docteur Rochard au Ministre de la marine et des colonies :

Monsieur le ministre,

L'amiral Krantz vous a fait connaître mon arrivée, et chaque jour il vous met au courant de la situation et des mesures qu'il prend dans le but de l'améliorer.

D'un autre côté, MM. Brouardel et Proust expédient chaque matin, par le télégraphe, un long rapport, dont les termes sont convenus entre nous, à M. le ministre du commerce, qui s'empresse, sans aucun doute, de vous le communiquer.

Je n'ai, par conséquent, rien à vous apprendre, et je ne puis que confirmer ce que vous savez déjà.

Depuis mon arrivée à Toulon, l'épidémie est stationnaire; le nombre des victimes est de 8 à 10 par jour, et le nombre des décès s'élève maintenant à 45, dont 14 pour la marine et 31 pour la ville. Le nombre des malades en traitement dans les hôpitaux maritimes de Toulon et de Saint-Mandrier est de 62.

Il y a depuis hier une légère aggravation dans l'état sanitaire. Je l'attribue à la chaleur excessive qui a éclaté tout à coup.

Jusqu'ici il n'y a pas eu un seul cas intérieur dans les hôpitaux, pas un seul fait de transmission, ni dans l'entourage des malades, ni en ville, ni dans les villages environnants, où quelques-uns de nos cholériques sont allés mourir. Il est donc encore impossible de se prononcer d'une manière absolue sur les chances de propagation que présente cette épidémie, et tout espoir de la voir s'éteindre sur place n'est pas encore perdu.

Il est absolument certain pour nous que ni la *Sarthe* ni les autres transports n'ont apporté le choléra à Toulon.

Toutes les mesures sont prises par le préfet maritime et par les autorités civiles avec une promptitude de décision et une sûreté de coup d'œil qui ne laissent rien à désirer.

Mes deux collègues du comité d'hygiène et moi, nous sommes absolument d'accord sur tous les points; nous ne nous quittons guère, et ils ne cessent de se féliciter du concours empressé que tout le monde ici leur prête, ainsi que de la facilité avec laquelle s'exécute tout ce que nous croyons devoir proposer.

Je suis, etc.

ROCHARD.

Nous ajouterons que si le jour où M. le docteur Rochard adressait cette dépêche, — elle ne porte aucune date, — la maladie ne s'était pas encore propagée au delà de la ville de Toulon, depuis lors les dernières nouvelles parvenues à Paris nous font connaître plusieurs décès cholériques à Marseille, à la date des 28 et 29 juin, quelques décès cholé-

riques également dans les villages environnant Toulon. Enfin on signalerait quelques cas à Draguignan. En somme, la mortalité jusqu'à présent a été peu considérable, bien que déjà quinze jours se soient écoulés depuis le premier cas de choléra constaté à Toulon.

Quant à ce qui concerne Paris, non seulement aucun décès par choléra n'a été signalé au service de Statistique municipale, mais encore pas un seul cas de choléra ne s'est présenté dans les hôpitaux de Paris. La déclaration faite par M. Quentin, directeur de l'administration de l'Assistance publique au Conseil municipal de Paris, dans la séance de vendredi, est formelle à cet égard. « Il n'y a même pas apparence de choléra à Paris, a-t-il dit, il n'y a donc pour le moment aucune espèce de danger. D'ailleurs toutes les précautions ont été prises. Un exemplaire d'une instruction spéciale sur les mesures à prendre dans les services hospitaliers a été remis aux directeurs et au personnel des hôpitaux. »

Ces mesures comprennent : 1° la désinfection dans les salles; 2° la désinfection des vêtements et objets mobiliers; 3° la désinfection des fosses d'aisance; 4° la désinfection des cadavres; 5° la désinfection spéciale pour les visiteurs.

De plus, dans chaque établissement hospitalier, «des locaux isolés ont été désignés pour pourvoir aux premiers cas qui se présenteraient. Si, ce que je ne crois pas, ajoute M. Quentin, l'épidémie arrivait, il y a dans chaque hôpital un pavillon déjà désigné qui serait spécialement affecté aux cholériques; ces pavillons contiennent 1,412 lits. Les lits sont en quantité suffisante pour répondre à toutes les éventualités. » Quant aux convalescents, « nous avons pour les recevoir l'hôpital des *Mariniers;* au besoin, nous pourrions nous servir des salles déjà aménagées à Brévannes.

« Je me résume : Aucun cas ayant même une apparence cholérique ne s'est présenté dans les hôpitaux de Paris. D'autre part, l'administration a pris toutes les mesures qu'il était possible de prendre, et elle est outillée de manière à faire face à toutes les nécessités d'une situation périlleuse, si elle venait à se produire. Je suis certain que ce seront des précautions inutiles; mais enfin ces précautions sont prises. »

Nous ajouterons que de son côté le préfet de la Seine s'est préoccupé aussi, en outre de certaines questions d'hygiène : 1° d'abroger les délais de mise en bière dans les cas de mort par le choléra; 2° d'assurer les inhumations immédiates et de déterminer les moyens de désinfecter les maisons mortuaires.

Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Thomas, chirurgien en chef de l'hospice de Nevers, qui vient de succomber à l'affection dont il était atteint depuis plusieurs mois. M. le docteur Thomas était âgé de soixante-deux ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16408.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. I. Fièvre typhoïde. — II. Goutte et rhumatisme. — III. Pneumonie et congestion pulmonaire. — IV. Tuberculose accidentelle. — Observation de fracture du col du fémur intra-capsulaire consolidée en cinquante-quatre jours avec 1 centimètre de raccourcissement par l'application de la boîte-gouttière à suspension. — Académie de Médecine. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Thèses. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Jamais encore nous n'avions vu pareille affluence à l'Académie de médecine. Déjà longtemps avant l'ouverture de la séance on ne pouvait plus pénétrer dans la partie de la salle réservée au public; la foule refluait dans la bibliothèque et dans les couloirs. Elle se montra houleuse, agitée, impatiente, jusqu'au moment où M. Brouardel prit la parole.

On avait hâte de savoir à quoi s'en tenir sur l'épidémie de Toulon.

La semaine dernière M. Fauvel, déclarant que c'était le choléra nostras, dû à des causes locales, incapable de propagation, destiné à s'éteindre bientôt sur place, avait demandé un crédit de huit jours pour établir le bien fondé de cette déclaration et de ce qu'il nommait lui-même ses prophéties. Les huit jours s'étaient écoulés : et le choléra s'était étendu jusqu'à Marseille; et on savait que M. Brouardel, ainsi que M. Proust, s'étaient vus conduits par les faits à professer en définitive une opinion diamétralement contraire à celle de M. Fauvel.

La discussion devait être chaude : elle l'a été.

M. Brouardel, en rendant compte de sa mission, a exposé avec grande mesure ce dont il avait été témoin. Il a insisté complaisamment sur ses premières hésitations, sur les arguments, négatifs pour la plupart, qu'on pouvait invoquer au début de l'épidémie pour mettre en doute le caractère contagieux, la puissance de propagation, l'origine asiatique de cette maladie. Puis il a raconté comment les faits avaient renversé cet échafaudage, comment bientôt la contagion était devenue évidente dans les hôpitaux, à Marseille, dans les villages où s'étaient réfugiés ceux qui s'enfuyaient de Toulon. Il avait bien fallu se rendre à l'évidence, malgré toute l'autorité des jugements de M. Fauvel.

M. Fauvel s'est élancé à la tribune. Il a fait tête ; et, se sentant acculé dans ses derniers retranchements, il a pris lui-même l'offensive avec véhémence, reprochant, d'une voix amère, à MM. Brouardel et Proust, d'avoir amené par leurs rapports des résultats désastreux pour la France. Dans la chaleur de cette sortie, ne tenant plus compte des doctrines de toute sa vie, des travaux qui ont fait sa gloire, il a dit hautement que toutes les mesures de précaution, les quarantaines, etc., étaient illusoires et inutiles. « J'aime mieux le choléra que de pareilles mesures, s'est-il écrié; le choléra fait moins de mal, et d'ailleurs on peut l'éviter dans certaines villes, à Versailles, par exemple ! »

On écoutait avec stupéfaction. C'étaient les théories anglaises, jusqu'ici combattues avec tant de vigueur et de talent par M. Fauvel, que cette fois on entendait dans la bouche de celui-ci. Aurait-il donc trouvé son chemin de Damas? Tout autour de nous on chuchotait ces réflexions et d'autres semblables.

Ce n'est pourtant pas tout à fait exact. M. Fauvel doit arriver sans doute à concilier dans son esprit ces opinions contradictoires par une distinction subtile, un peu byzantine à notre avis, entre le choléra éclatant en Orient et le choléra éclatant en France.

En France, toutes les précautions seraient vaines; elles ne le seraient pas dans la mer Rouge ou en Égypte.

Mais n'est-ce pas admettre le droit de l'Angleterre, si commerçante, de dire aussi quand il s'agit de la traversée du canal de Suez : « Nous aimons mieux le choléra que vos mesures de précaution. »

De la part de M. Fauvel, qui rappelait naguère avec tant d'orgueil les services rendus à l'Europe par la conférence internationale à laquelle on doit l'organisation des quarantaines et où il a joué le premier rôle, une proclamation semblable fait l'effet d'une désertion.

Quant au point de savoir jusqu'où se propagera le choléra de Toulon, c'est une question à part. En effet, la puissance de propagation d'une épidémie importée varie suivant des conditions qui tiennent à l'état du germe quand l'importation a eu lieu. Ce sont ces mêmes conditions qui amènent dans un pays l'extinction d'une épidémie, laquelle autrement s'étendrait toujours de proche en proche jusqu'à ce qu'elle eût fait le tour du monde entier, en visitant jusqu'aux moindres villages.

Mais même au déclin, comme au début, comme à l'apogée, il peut se produire des cas foudroyants. Nous en avons vu quelques-uns dans cette queue d'épidémie qu'on a observée à l'Hôtel-Dieu durant l'été de 1855.

Nous reviendrons bientôt sur toutes ces questions que nous ne pouvons qu'effleurer aujourd'hui.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Fièvre typhoïde. — II. Goutte et rhumatisme. — III. Pneumonie et congestion pulmonaire. — IV. Tuberculose accidentelle.

I. Parmi les malades sortis cette semaine du service, je vous parlerai du nº 9 de la salle Sainte-Adélaïde, jeune femme qui nous était arrivée au huitième jour d'une fièvre typhoïde, caractérisée quelques jours plus tard par une adynamie profonde. La fièvre n'a jamais été très intense, mais elle a persisté longtemps et la défervescence n'est survenue qu'au vingt-sixième jour. La température n'a jamais dépassé 40 degrés.

Mais ce qui a rendu cette malade particulièrement intéressante, c'est la recrudescence de la fièvre qui a eu lieu pendant la convalescence, ou mieux une réitération de la maladie sans complications nouvelles, véritable réitération du processus primitif, qui n'a généralement lieu que dans les fièvres typhoïdes de courte durée, tandis qu'ici la maladie avait déjà été primitivement longue.

Il est bien important de distinguer ces fièvres de réitération, généralement peu sérieuses et se terminant toujours par la guérison, des fièvres de complication qui sont toujours, au contraire, fort graves.

II. Le malade qui était couché au nº 2 de la salle Saint-Luc, nous a présenté un de ces cas que l'on rencontre rarement dans les établissements hospitaliers, mais qui se rapprochent au contraire de ce que l'on observe dans la clientèle de la ville. Je veux parler de la goutte. Il est vrai que son grand'père est un douanier retraité, grand buveur et goutteux; que son père, forgeron, est un rhumatisant, et le petit-fils et fils, — notre malade du nº 2, — est goutteux. Vous voyez ici les rapports existant entre la goutte et le rhumatisme, rapports qui ont été si discutés.

Chez lui la goutte apparaît sous la forme d'accès périodiques, survenant subitement, caractérisés par la tuméfaction douloureuse et rapide du gros orteil. La première année du début des accidents, il a eu deux accès; le troisième est survenu l'année suivante, correspondant comme époque à la date de l'accès nº 1. L'accès pour lequel il est entré à l'hôpital s'est déclaré à la suite d'un écart de régime, d'un bon dîner. Enfin cet homme est ouvrier plombier, il a l'habitude de boire beaucoup de vin, — cinq litres par jour, — sans se griser, ce qui est une bonne condition pour la goutte. Il ne boit que très peu d'alcool, mais il fait quatre repas par jour, quatre repas de viande, dont il est grand mangeur. En somme, il se nourrit plantureusement. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'il ait la goutte, et ce d'autant plus que son travail de soudeur-plombier n'exige pas une grande dépense de forces, et peu d'énergie musculaire. Or, comme il n'a encore que vingt et un ans, le pronostic peut être sérieux au point de vue de l'avenir.

III. Dans ce même lit a été couché, le matin, après son départ, un homme atteint d'une pneumonie de la partie moyenne du poumon droit, remontant vers le sommet. Il présente en plus du râle crépitant à la base, c'est-à-dire dans un point où il n'a pas sa pneumonie, mais bien seulement de la congestion pulmonaire. Ce râle, du reste, ne s'accompagne pas de matité et s'entend non seulement du côté droit où celle-ci est plus intense, mais encore à gauche, cette congestion occupant la base des deux poumons. Le fait est très important à distinguer au point de vue du pronostic, car la maladie pourra ainsi avoir une plus longue durée, sans pour cela menacer directement la vie. Cet homme est arrivé aujourd'hui au dixième jour et l'on entend dans l'aisselle droite du souffle tubaire avec des râles crépitants de retour. En somme, le pronostic est favorable, la pneumonie est en voie de résolution commençante, tout en présentant une certaine lenteur dans son évolution. Cependant nous ne devons pas oublier ce que ses antécédents nous ont appris, à savoir : qu'il a eu déjà, il y a quatre mois, un épanchement pleurétique, qui a été ponctionné; peu de temps après, il a eu aussi des phénomènes de congestion pulmonaire et depuis lors il a toujours toussé, de telle sorte qu'il offre une certaine tendance à des affections graves des voies respiratoires. Il nous devient ainsi suspect de tuberculose et, quoiqu'il n'ait aucun signe positif de cette affection, il se pourrait, sans qu'il nous soit permis de nous prononcer formellement à cet égard, qu'on trouvât chez lui des granulations disséminées dans le parenchyme pulmonaire. Donc, pronostic réservé pour l'avenir, bien que cet homme ait atteint l'âge de quarante-huit ans, âge auquel il est plus rare de voir commencer la tuberculose.

Cet individu peut être comparé sous certains rapports au nº 22 de la même salle, qui nous a quittés ces jours derniers et qui était entré dans le service pour une pneumonie du sommet droit parvenue au septième jour. Il peut lui être comparé en ce sens que ce dernier présente aussi des phénomènes de congestion pulmonaire à la base à partir du tiers inférieur du poumon. Dans la fosse sous-épineuse, on entendait du râle crépitant de pneumonie accompagné d'une matité complète à la percussion. En même temps l'expectoration était complexe, formée tout à la fois des crachats rouillés de la pneumonie et des crachats blancs visqueux, mêlés de quelques bulles d'air, de la congestion pulmonaire.

Chez ce malade, la pneumonie a présenté cette particularité qu'elle s'est déplacée et s'est étendue sous la clavicule, de sorte que la fièvre, au lieu de durer de sept à huit jours quand la maladie s'éteint dans le lieu où elle a débuté, a persisté pendant seize jours. De plus, la défervescence n'a pas été subite, mais progressive. C'est là un fait complexe sur lequel je voulais attirer votre attention dans cette revue des malades du service.

IV. Enfin j'ai encore à vous parler du nº 21, qui présente des symptômes de tuberculose, dont le début a eu pour cause déterminante une contusion violente de l'épaule droite. En effet, c'est trois jours après cet accident, que cet homme, qui jusque-là n'avait jamais toussé, a eu une première hémoptysie abondante. C'est aussi depuis cette époque qu'il a commencé à tousser. Deux mois plus tard, il est entré dans nos salles.

A son arrivée, nous avons trouvé une induration pulmonaire assez étendue du sommet droit, avec ramollissement en certains points, prouvé par les craquements humides que l'on entendait à l'auscultation. Ce malade est assez amaigri, il a de la fièvre et des sueurs nocturnes; mais les fonctions digestives sont encore bonnes, il a de l'appétit; pas de diarrhée ni de constipation.

En interrogeant ses antécédents, nous ne trouvons nulle autre cause initiale de sa tuberculose que la violence extérieure à laquelle il a été soumis. Cette cause, du reste, n'est

pas absolument rare. Il est un certain nombre de cas où l'on ne saurait douter un seul instant que le point de départ de la maladie a bien été un traumatisme. Mais quelle que soit la cause de la tuberculose, accidentelle ou non, la maladie n'est pas différente et son évolution est celle de la tuberculose ordinaire.

Cet homme a quitté l'hôpital il y a deux jours, non pas guéri, — du reste, il ne me paraît malheureusement pas destiné à pouvoir guérir, — mais assez amélioré.

OBSERVATION

DE FRACTURE INTRA-CAPSULAIRE DU COL DU FÉMUR, CONSOLIDÉE EN CINQUANTE-QUATRE JOURS AVEC UN CENTIMÈTRE DE RACCOURCISSEMENT PAR L'APPLICATION DE LA BOITE-GOUTTIÈRE A SUSPENSION (1).

Par le docteur Philippe (de Saint-Mandé).

II

On a pu voir, dans notre observation, que la malade n'a éprouvé aucune souffrance pendant toute la durée du séjour du membre dans la boîte-gouttière, si ce n'est la douleur du talon dont il était facile de se rendre maître, en relevant ce dernier par l'interposition d'une couche d'ouate au-dessous du tendon d'Achille.

Les tractions opérées sur le membre pour mettre les fragments en contact, lorsqu'ils se déplaçaient, ont été peu fréquentes et n'occasionnaient qu'une douleur très supportable.

L'apparition de l'escarre à la fesse a été très précoce, au bout de neuf jours.

Grâce à l'usage du lit mécanique et d'un traitement actif par les lotions d'acide phénique au centième et les cautérisations souvent répétées avec le crayon à l'azotate d'argent, l'escarre a été guérie en trente-cinq jours.

On a pu remarquer la rapidité du travail de consolidation osseuse : en effet, dès le 26e jour, il a été possible de sortir un moment le membre de la gouttière, sans déplacement des fragments : la malade a fléchi un peu le genou.

Le 3 août, 24e jour, la formation du cal est assez avancée pour qu'on puisse ôter complètement le membre de la gouttière et l'entourer simplement, sans appareil, d'un drapfanon et d'ouate.

Le 9, 39e jour, on lève la malade pour la mettre sur la garde-robe où elle se tient seule.

Le 11, 41e jour, elle a pu se lever et porter quelques instants le pied sur le sol.

Le 25, 55e jour, elle a marché dans sa chambre, en s'appuyant sur le dos d'un fauteuil qu'elle mettait en mouvement.

Voici l'état actuel de la malade :

Le pied ne se porte plus en dehors, d'une manière sensible, pendant la déambulation : il y a raccourcissement d'un centimètre qu'elle corrige facilement à l'aide d'un haut talon.

Elle marche très bien avec une béquille et une canne et peut même le faire avec deux cannes, dernier exercice auquel elle ne se livre pas avec la même assurance, à cause d'un peu de raideur et de sensibilité de la hanche.

La seule trace appréciable du siège de la fracture est une saillie assez prononcée de la région sus-trochantérienne.

L'état général de cette femme est d'ailleurs parfait.

La relation de ce fait et les circonstances pratiques qui le caractérisent vont à l'encontre des opinions reçues au sujet de la fracture intra-capsulaire du fémur, particulièrement chez les vieillards.

D'après les idées généralement admises, en effet, le chirurgien se trouve désarmé en face de cet accident ; la plus grande incertitude règne dans les esprits.

Ainsi certains praticiens sont d'avis de ne rien faire, si ce n'est d'appliquer quelques appareils de contention indéterminés : la boîte de Bonnet, par exemple, qui est particulièrement recommandée.

La science est si peu précise sur ce point, que, dans un concours d'agrégation qui a eu lieu, l'année dernière à la Faculté, les six concurrents, ayant à répondre à la question qui avait pour objet la fracture du col du fémur, ont été tous d'accord pour affirmer qu'il n'y avait aucun appareil déterminé à appliquer dans les cas de fracture intra-capsulaire, vu les difficultés attachées à sa consolidation osseuse. On comprend d'ailleurs l'ostracisme infligé à la cure complète de cet accident, en présence des résultats anatomiques si incomplets relatés par les auteurs.

Ainsi dans les observations fournies par Amesbury (1827-1829) la consolidation n'a jamais été complètement osseuse ; il parle d'un mélange de produits ligamenteux, cartilagineux, membraneux et osseux ; il cite toutefois plusieurs de ses malades qui ont pu recouvrer les fonctions de leurs membres.

Swan, Stanley, Van Houte, Brulatour, ont publié des cas de succès.

Dupuytren en a cité aussi ; mais il voulait que les malades restassent cent vingt jours au moins au lit ; c'était une condamnation pour les vieillards qui mouraient par consomption ou par les escarres au sacrum.

A. Cooper, auquel on a reproché à grand tort d'avoir soutenu que la consolidation de la fracture intra-capsulaire du col était impossible, comme le prétendent beaucoup d'auteurs, en admettait, au contraire, la possibilité. Voici ses propres expressions : « To deny the possibility of their union...... should be presumptuous. » Seulement il établissait, en thèse générale, que les extrémités osseuses se réunissaient par un tissu fibreux, de même que la rotule et l'olécrâne.

Chassaignac (thèse de doctorat, 1835, *Gaz. médicale*) admettait les cas de formation de cal osseux dans la proportion de un sur cinquante, affirmant que « vu la rareté de ce résultat, au point de vue pratique, la consolidation n'a pas lieu ; les règles pratiques devant s'appliquer à l'immense majorité des cas et non à quelques exceptions. »

Le docteur Gosselin est peu partisan des appareils, surtout chez les femmes âgées qui sont beaucoup plus réfractaires à la consolidation osseuse, en admettant cependant l'application dans certains cas et conseillant alors l'usage de la boîte de Bonnet, du double plan incliné ou même simplement du fauteuil ordinaire (Clinique, 1879).

Le docteur Péan adopte l'appareil américain combiné avec le bandage plâtré.

L'auteur de l'article *Cuisse* du Grand Dictionnaire encyclopédique professe que ce genre de fracture se consolide très rarement par la formation d'un cal osseux et ne s'arrête pas à un appareil plutôt qu'à un autre comme traitement.

En présence de ces faits incomplets et de cette variété de résultats anatomiques observés, il règne une grande incer-

(1) Fin. — Voir le numéro du 1er juillet 1884.

titude dans les esprits; on doute; on se défie; on s'abstient.

Cependant le problème est-il insoluble? Possède-t-on, au contraire, un appareil dont l'application permette d'obtenir une immobilisation suffisante et un calme assez soutenu pour arriver à une coaptation constante, complète et durable des fragments de la fracture?

Or la suspension rationnellement employée nous paraît appelée à atteindre le but désiré.

On a vu, en effet, dans la relation de l'observation ci-dessus décrite que le travail de néoformation osseuse s'est opéré très rapidement : le 34e jour, le membre a pu être enlevé définitivement de la boîte, en se contentant du pansement le plus simple, l'application d'un drap-fanon; la malade se refusant opiniâtrément à toute autre espèce d'appareil.

Le 41e jour, elle se lève et appuie le pied sur le sol.

Le 55e jour, elle marche seule, en s'aidant d'un fauteuil roulant.

On ne saurait se refuser à admettre que, dans ce cas, la consolidation osseuse ne se soit opérée complètement, puisque le fonctionnement du membre s'est rétabli plus rapidement qu'on ne l'observe d'ordinaire, même pour les fractures de la diaphyse du fémur et aussi vite, à peu de cho se près, que pour celles de la jambe.

Nous pourrions rappeler ici, comme nouvelle confirmation de cette manière de voir, deux cas de fracture extra-capsulaire du col chez deux malades : l'un âgé de soixante et un ans, que nous traitâmes à l'hôpital Saint-Louis en 1875, dans le service du docteur Cruveilhier, et qui put marcher au bout de trente-neuf jours; l'autre, habitant Calais, en 1877, âgé de cinquante-huit ans, qui pouvait se servir de béquilles après quarante-cinq jours de traitement.

Ces phénomènes plastiques exceptionnels s'expliquent naturellement en se reportant aux détails pratiques fournis par l'observation citée.

On a pu s'assurer, en effet, que, grâce à l'usage de la suspension, les fragments de la fracture, pendant tout le cours du traitement, n'ont subi que peu de déplacements; que les tractions opérées sur le membre méthodiquement, prudemment et sans grande souffrance, ont maintenu les extrémités osseuses en rapport d'une manière presque continue et favorisé leur consolidation, bien loin de nuire à ce travail de la nature, comme on le professe généralement dans les écoles; que la suspension du membre, permettant les mouvements du tronc dans de certaines limites et amenant une consolidation plus rapide, atténue notablement les effets désastreux de l'immobilité absolue et prolongée, chez les vieillards, en ayant recours aux autres méthodes de traitement; que, malgré la complication redoutable de la formation d'escarre au sacrum, l'état général de la malade s'est maintenu satisfaisant.

En face de ces heureux résultats de l'emploi de notre boîte-gouttière à suspension que nous avons appliquée soixante-cinq fois jusqu'à présent avec des succès plus ou moins complets, nous faisons appel à nos confrères pour renouveler ces expérimentations, qui, si elles répondent à nos espérances, ouvriront une nouvelle voie au traitement de maladies pour ainsi dire abandonnées à elles-mêmes, eu égard aux desiderata de la science et qui, sévissant particulièrement sur les vieillards, compromettent bien des existences qu'on pourrait sauver par des moyens chirurgicaux efficaces, très faciles à manier, très simples et qu'il est possible d'improviser dans toutes les situations.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er juillet 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de Me Mégret, notaire, qui informe l'Académie qu'un legs de 40,000 francs lui a été fait par M. Louis Tremblay afin d'instituer un prix quinquennal de 10,000 francs environ à décerner au meilleur mémoire traitant de maladies des voies urinaires telles que catarrhe de la vessie et affections de la prostate.

2° Un pli cacheté relatif à un nouveau médicament contre la rage, par M. le docteur Raimondi (Accepté).

3° Une lettre de M. le docteur Burq qui adresse à l'Académie les *Documents relatifs à diverses enquêtes dans les départements de la Manche, du Tarn, du Haut-Rhin et du Doubs sur la préservation des chaudronniers et des horlogers par rapport au choléra, à la fièvre typhoïde et à la variole.*

4° Un mémoire de M. le docteur Costa intitulé : *Étude sur l'assainissement de la plaine orientale de la Corse.*

8° Une lettre de M. le docteur Closmadeuc (de Vannes) à M. le président sur un troisième cas d'opération césarienne (renvoyée à une commission composée de MM. Tarnier et Guéniot).

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger.

La commission présente en première ligne M. Longmore (de Nestley), en deuxième ligne M. Mac Leod (de Glascow), et en troisième M. Déroubaix (de Bruxelles).

Le nombre des votants étant de 53, majorité 27,

M. Longmore obtient	31	suffrages,
M. Deroubaix.	18	—
M. Mac Leod	2	—
Bulletins blancs.	2	—

En conséquence, M. Longmore est proclamé correspondant étranger.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. LEROY DE MÉRICOURT établit par des relevés officiels que le nombre des soldats et marins casernés à Toulon, au lieu de s'élever à 25,000 comme l'a prétendu M. Fauvel, était seulement de 10,242 hommes quand a éclaté l'épidémie; quant aux ouvriers de l'arsenal, dont le nombre était, au 12 juin, de 5,920, ils ne sont pas casernés et habitent surtout dans la zone suburbaine.

M. FAUVEL. J'ai pris les chiffres de M. Rochard.

M. BROUARDEL vient rendre compte de la mission qu'il a accomplie de concert avec M. Proust, à Toulon, où M. Rochard et M. le professeur Dupré (de Montpellier) sont bientôt allés les rejoindre.

Ils avaient d'une part à étudier l'origine, la marche et la nature de la maladie signalée, et d'une autre part à prescrire les mesures sanitaires qu'il y aurait à prendre. Mais, sur ce dernier point, ils eurent fort peu à faire, tant les mesures urgentes avaient été prises avec promptitude et intelligence par les autorités, particulièrement par l'amiral préfet maritime. En ce qui touche l'origine du choléra à Toulon, les renseignements recueillis ne conduisirent à rien de positif.

L'épidémie avait débuté le samedi 14 juin à « la division », c'est-à-dire dans un port où sont exclusivement ancrés de vieux navires, parmi lesquels le *Montebello*, le *Jupiter* et l'*Alexandre* ont été mis là au retour de la guerre de Crimée. Deux matelots qui habitaient seuls, sur le *Montebello*, une très vaste pièce où étaient gardés de vieilles gibernes et autres effets de fourniment rapportés de cette guerre, furent pris à peu près en même temps. L'un mourut dès le lendemain, l'autre seulement au bout de quelques jours. Or, depuis plusieurs mois, ni l'un ni l'autre n'avait quitté *la division* et ne s'était trouvé en rapport avec des navires arrivés récemment soit du Tonkin, soit de quelque autre point de l'Orient,

car les navires étaient ancrés dans un autre port, à 1,500 ou 1,600 mètres de celui qui renfermait le *Montebello*.

Le dimanche 21 juin au matin, un élève du lycée, situé dans un quartier tout autre mourut du choléra, six heures après l'invasion; le même jour on compta 13 décès (nombre qui peut être réduit à 9, si on écarte 4 cas douteux), puis le chiffre baissa un peu et ce fut dans ces conditions que MM. Brouardel et Proust arrivèrent.

S'agissait-il du choléra nostras, ou du choléra asiatique? La question était délicate, car les symptômes de ces deux maladies sont identiques et jusqu'ici les lésions observées ne sont pas plus caractéristiques. Les médecins qui avaient assisté à des épidémies précédentes de choléra asiatique, M. le docteur Cunéo qui avait fait antérieurement plusieurs autopsies de cholériques et venait de faire celle d'une des victimes de la maladie en question, affirmaient bien qu'il s'agissait d'un vrai choléra importé. Ils invoquaient bien à l'appui de leur opinion et pour répondre à l'argumentation de M. Fauvel les documents officiels recueillis pendant les deux épidémies de 1835 et de 1865, documents montrant qu'à ces deux époques le choléra importé à Toulon ne s'y était développé que progressivement, avec lenteur.

D'une autre part, les épidémies de choléra nostras, décrites par Sydenham, Rivière, etc., avaient présenté, paraissait-il, une marche un peu différente.

Il y avait donc de forts motifs pour croire que l'on avait affaire à une épidémie de choléra asiatique.

Mais il y avait aussi des raisons de douter, et MM. Brouardel, Proust, Rochard, préférèrent ne pas dire tout ce qu'ils pensaient avant d'y être contraints par des preuves incontestables.

Les raisons de douter étaient surtout celles que M. Fauvel a exposées mardi dernier à l'Académie. On ne voyait pas d'ailleurs comment aurait pu se faire l'importation. L'amiral Krantz, préfet maritime, a déclaré que les papiers de tous les navires étaient en ordre, que toutes les précautions prescrites par les règlements avaient été prises. Il communiqua, pour le prouver, les rapports médicaux des navires entrés dans le port depuis deux mois.

En ce qui touchait particulièrement la *Sarthe*, le navire qui a été surtout incriminé, voici comment les faits se présentaient.

Le transport *la Sarthe* allait quitter Saïgon pour porter des approvisionnements au Tonkin, lorsque le 1er avril dernier un cas de choléra se développa à bord. On suspendit donc le voyage et un second cas s'étant déclaré le 5, la *Sarthe* fut déchargée, nettoyée, grattée, purifiée, puis renvoyée en France. Partie le 20 avril du cap Saint-Jacques, elle arriva à Toulon le 3 juin. L'état sanitaire à bord était constamment excellent pendant ces quarante-cinq jours de traversée.

Le 7 juin, le navire, qui avait encore été mis en observation durant trois jours, fut déchargé et désarmé. Mais il ne contenait rien qui pût apporter le choléra, et quant à ce qu'on a dit à propos de sacs de matelots qui auraient été vendus en ville, c'est complètement inexact. Un seul sac a été vendu, mais à bord, à un matelot qui n'a point encore quitté la *Sarthe* : c'était le sac d'un déserteur. Il ne fut donc pas possible de trouver par quelle fissure avait pu pénétrer la contagion.

Il y avait d'ailleurs certaines raisons qui pouvaient expliquer une épidémie locale.

En effet la ville de Toulon laisse beaucoup à désirer au point de vue sanitaire. Il n'y a pas d'égout dans la plupart des rues, et toutes les déjections sont projetées au milieu de la rue, dans le ruisseau.

Les *darses* ou ports sont remplis d'immondices qui y forment une croûte épaisse. On avait fait le curage incomplet d'un de ces ports et on avait relevé le terrain au moyen de la vase en provenant. Ce sont là des conditions vraiment déplorables et qui doivent cesser.

D'ailleurs l'épidémie ne semblait pas d'abord avoir tendance à se propager hors de son foyer; la contagion ne paraissait pas certaine, car il n'y avait pas de faits intérieurs dans les hôpitaux ou dans les villages de la banlieue où étaient allés mourir des malades qui s'enfuyaient de Toulon.

De tout cela MM. Brouardel et Proust tirèrent la conclusion suivante, qu'ils développèrent dans leurs premières dépêches au ministre : « Il n'est pas encore démontré que l'épidémie de Toulon soit une épidémie de choléra asiatique. » On ne voit pas quel serait le mode d'importation, mais il s'agit d'un port en relation avec tout l'Orient et il est possible que l'importation ait eu lieu.

Mais bientôt les choses changèrent de face : le vendredi il y eut un cas interne à l'hôpital Saint-Mandrier. En même temps on apprenait qu'un lycéen qui avait quitté Toulon pour aller à Marseille, y était mort du choléra presque en arrivant, et que d'autres faits s'étaient produits dans la même ville. MM. Brouardel et Proust s'y rendirent aussitôt. Ils y apprirent que le nombre des décès par le choléra dans cette journée aurait été de huit, nombre qui pourrait être réduit à six en éliminant les deux cas discutables. Sur ces six cas, trois s'étaient produits dans un groupe de maisons voisin d'un champ de foire fréquenté par des marchands venus de Toulon. Le moment de l'invasion et le temps écoulé jusqu'au décès avait été à peu près le même pour les trois malades. La contagion n'était plus niable.

Le 27 il y eut à Toulon un cas de contagion à l'hôpital Saint-Mandrier et un autre à l'hôpital général.

Ce matin mardi, dix heures, est arrivée une dépêche de M. le docteur Cunéo ainsi conçue :

« Hier 8 décès dans la banlieue et hôpital. Pas en ville. Décès à Valette et Pradet sur individus venus à Toulon. »

Ainsi tous les arguments invoqués pour l'hypothèse d'un choléra nostras s'écroulent à la fois. La maladie se dissémine et se propage par contagion.

Il n'est pas douteux que nous soyons en présence d'une épidémie envahissante.

M. FAUVEL. Je n'ai point à faire d'objection aux faits; je ne blâme pas des convictions sincères; j'accepte tout comme sincère. Ma dissidence porte sur ceci : On conclut seulement d'après une hypothèse. M. Brouardel a dit que dans un port il ne pouvait pas y avoir de preuve absolue de l'importation. Il ne peut y avoir nulle part de preuve absolue : même dans l'intérieur du pays, le choléra peut être importé, sans qu'on le sache, par des objets contaminés. Mais il y a des probabilités qui valent des preuves. Un choléra qui serait importé s'aggraverait plus vite et ferait plus de victimes. D'après une lettre de M. Rochard, vendredi dernier il n'y avait encore eu que 45 décès, c'est bien peu pour une ville de 70,000 âmes, et la mortalité n'était encore que d'un sixième. On a dit que cela pouvait tenir à ce que l'épidémie importée était une épidémie atténuée, mais il y a des cas foudroyants, ce qui me paraît incompatible avec l'hypothèse d'une atténuation. En un mot, je ne vois rien qui doive motiver les dissidences de MM. Brouardel et Proust. Ce qu'ils devaient faire, c'était de conclure exclusivement d'après les faits. Ils auraient dit alors : « D'après les faits, nous sommes autorisés à dire que le choléra n'est pas importé. » Cette déclaration vaudra ce qu'elle vaudra, peu importe. On la fait quand on se sent en droit de la faire, et c'était le cas. Tandis qu'avec leur conclusion contraire ils ont amené un mal énorme. De toutes parts des quarantaines intéressées ont été prescrites, jusqu'en Égypte, jusqu'à Constantinople. C'est une perte immense pour notre commerce. Puis on a prescrit des précautions qui n'ont, à aucun point de vue, aucune utilité, aucune efficacité, des fumigations puériles qui n'empêcheront pas le choléra asiatique de se propager; ce sont là des mesures désastreuses. J'aimerais mieux le choléra que ces mesures. Le remède est pire que le mal. Le choléra n'est pas toujours terrible; il ne pénètre pas partout. Il s'est montré stérile à Versailles et dans plusieurs autres endroits.

Et puis les preuves de contagion toutes nouvelles que l'on m'apporte, je m'en défie. J'ai des doutes qui portent sur certaines personnes. On confond souvent d'autres maladies avec le choléra. Je me rappelle, entre autres, un fait dont j'ai été témoin à l'Hôtel-Dieu. Le professeur de clinique avait cru à un choléra foudroyant, et il s'agissait d'une obstruction.

Les faits n'ont aucunement modifié l'opinion que j'ai émise.

L'épidémie ne s'étendra pas, elle diminue déjà sur place, elle s'éteindra sur place. Nous n'aurons pas le choléra.

M. BROUARDEL. J'ai exposé les faits tels que je les ai vus, avec le regret de m'écarter de l'opinion de mon savant maître, de M. Fauvel. Suivant lui, la façon dont nous avons conclu a eu pour la France des résultats désastreux. Mais je ferai remarquer que les mesures dont il se plaint ont été prises à un moment où nous n'avions pas encore formulé cette conclusion. Nous restions dans le doute. Or, si dès le début nous nous étions montrés plus affirmatifs dans le sens indiqué par M. Fauvel, si nous avions dit qu'il s'agissait certainement de choléra *nostras*, nous aurions été obligés de dire ensuite que nous nous étions trompés, car nous avons maintenant la preuve du contraire.

M. PASTEUR. L'argument principal de M. Fauvel consiste à dire que le choléra de Toulon n'est pas envahissant et qu'il le serait davantage s'il s'agissait d'une épidémie de choléra asiatique. Or nous avons les procès-verbaux officiels, relevés jour par jour, sur les registres des mairies, de l'épidémie de 1865. Le nombre des morts n'a été que de 1 à 2 pendant les seize premiers jours, puis il s'est élevé subitement à 22 et cinq jours plus tard à 60, puis il s'est maintenu à 30 en moyenne jusqu'au 1er octobre. Or nous sommes encore dans la période des quinze premiers jours. Le caractère envahissant n'était donc pas plus marqué durant cette période en 1865 qu'aujourd'hui. Au contraire le nombre des morts est cette année plus considérable. Ainsi l'argument principal se trouve nul et non avenu, et toute l'argumentation doit être considérée comme telle.

M. FAUVEL. Pour parler d'une épidémie de choléra il faut étudier les conditions dans lesquelles elle se produit.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XV

J'extrais de mon journal de 1806 le récit détaillé de cette dernière course (8 mai). Équipé de l'attirail entomologico-botanique, je pars dès l'aurore avec mes compagnons préférés, Bouchet et Dumartel ; chacun de nous était porteur de sa ration alimentaire afin de pouvoir passer toute la journée sur les bords de la mer. Nous descendons le cours du Lez en herborisant sur ses rives ; nous traversons un haras où tous les chevaux sont blancs et assez beaux ; ces animaux naissent, croissent et se multiplient à la belle étoile ; en hiver, on les tient pendant quelque temps à l'étable ; tout le monde a le droit de les mettre au pacage dans cette vaste plaine. Arrivés aux cabanes des pêcheurs, nous prenons un batelet pour nous conduire à Maguelonne, mais auparavant nous parcourons les bords d'un étang salé et nous allons rendre visite à un pêcheur dans l'intention de connaître son logement. Ces cabanes, rassemblées au nombre de vingt environ près des étangs, ressemblent de loin à des tentes de camp ou à des monticules de sable à raison de leur couleur grisâtre. Chacune est entourée d'un fossé qui la met à l'abri des inondations trop fréquentes et un petit pont y conduit ; elles sont couvertes de roseaux sauvages et soutenues par trois soliveaux ; le foyer est à découvert et sans cheminée, en sorte que tout l'intérieur de la baraque est noirci par la fumée ; à droite, près de la porte, est un petit recoin où il y a un lit pour deux ou trois personnes. Ces pêcheurs, maigres et brûlés, ont leurs femmes dans le village voisin et celles-ci ne demeurent jamais dans les cabanes ; ceux que nous vîmes étaient d'une humeur très joviale ; leur costume de pêche est tout à fait singulier, mais bien approprié à leur genre de vie ; ils portent des bottes fortes comme celles des postillons, munies de revers qui se replient en haut et enveloppent toute la cuisse ; ainsi cuirassés, ils peuvent pénétrer dans l'eau assez profondément sans se mouiller ; ces étangs abondent surtout en anguilles. Continuant notre route, nous descendons le Lez dans le batelet dit *Negue-ho* (qui noie le fou) et nous passons à l'endroit de la rivière que traverse le canal d'Agde à Beaucaire ; nous débarquons sur la plage et nous renvoyons le batelier avec recommandation de venir nous reprendre vers quatre heures. Nous faisons une halte sur un petit promontoire contre lequel la mer houleuse venait se briser et nous soulageons nos poches pour lester messire Gaster. Malgré mon appétit des mieux conditionnés, je demeurai quelques instants en extase devant le spectacle imposant qui s'offrait à mes yeux. Je n'avais vu qu'au théâtre mécanique de M. Pierre, à Paris, des copies de la mer agitée ; il faut avouer que toutes les descriptions, toutes les mécaniques du monde ne sauraient suppléer le tableau vivant que j'avais en perspective. A la vue de cette immense surface monticuleuse, de ces blanches cascades toujours renaissantes, on se croirait transporté sur les sommets neigeux des hautes montagnes ; mais l'illusion cesse bientôt lorsqu'au lieu de l'immobilité et du silence qui règne dans l'atmosphère alpine, on est témoin des irruptions intermittentes de la mer sur la plage, de cette onde bordée d'une écume blanche et courant, pour ainsi dire, sur le rivage ; de ce fracas épouvantable occasionné par le choc des vagues tumultueuses, enfin de ce mouvement intérieur qui tourmente et soulève les flots les uns sur les autres. Je distingue deux bruits produits par l'agitation des vagues : l'un, plus grave et plus inférieur en quelque sorte, est occasionné par les flots qui en se balançant les uns sur les autres frappent la colonne d'air qui est devant eux, il a beaucoup d'analogie avec le roulement des voitures dans une grande ville ; l'autre, plus superficiel, est une espèce de bruissement produit par la nappe d'eau qui, en se retirant de la plage, s'infiltre à travers le sable et revient à la mer.

Après le déjeuner, nous parcourons pendant trois heures la plage de Maguelonne. La mer, qui avait été très houleuse l'avant-veille et qui conservait un beau reste de son courroux, avait abandonné sur le rivage une prodigieuse quantité de productions animales, végétales ou minérales, plus curieuses les unes que les autres. Au milieu de ces riches dépouilles, on ne saurait avoir assez de temps, assez d'yeux, assez de mains ; ici c'est un paquet de *fucus* et de *conferves* entassés sur un groupe de coquillages fixés eux-mêmes sur quelques racines de *zostère ;* pour débrouiller le chaos des espèces qu'il renferme, il faudrait pouvoir disposer d'une journée entière ; là, ce sont mille coquilles diversifiées dont la plupart sont émoussées, usées par le frottement continuel des vagues, quelques autres sont d'une intégrité parfaite ; ailleurs des zoophytes sans nombre vous attirent et vous embarrassent par leurs variétés. Les cailloux roulés et polis excitent la curiosité du minéralogiste et mettent son esprit à la torture pour deviner leur origine ; de quelle montagne ce fragment de rocher ou peut-être ce roc entier, usé par la succession des siècles, faisait-il autrefois partie ? Quel phénomène a pu le détacher de sa position ? Quelles substances le composent ? Que de questions difficiles à résoudre ! Un corps arrondi comme une boule et paraissant au premier coup d'œil formé d'un enchevêtrement de poils, comme les *œgagropiles,* fixe mon attention ; ces boules, fort communes sur le rivage, sont évidemment formées par l'agglomération des feuilles d'une plante marine appelée *zostère ;* quelques naturalistes les ont prises pour un produit végétal organisé et lui ont donné le nom de *conferve œgagropile;* mais ils étaient dans l'erreur. On rencontre aussi d'autres boules velues en dehors, à cavité intérieure, ce sont des animaux marins connus sous le nom de *bourses* (*Alcyonium bursa* Lin.) ; enfin, je récoltai soit dans le sable, soit sous les pierres, plusieurs insectes curieux, la plupart carnassiers, toujours prêts à dévorer les petits poissons ou autres animaux que la mer dépose sur la plage. Vers une heure nous nous reposons un moment ; j'allai ensuite avec Dumartel visiter Maguelonne ; de l'antique ville qui précéda celle de Montpellier, il n'y a debout qu'un vieil édifice, une église presque ruinée où l'on voit de nombreux tombeaux recouverts de tables de marbre assez bien sculptées, particulière-

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 juin 1884.

ment celui d'un évêque de Montpellier avec la date 1440; le comble du bâtiment est une terrasse où l'on a établi des signaux et où je cueillis de fort belles plantes. A quatre heures, nous reprenons le Negue-ho, et, à huit heures, nous rentrons à Montpellier courbés sous le poids des richesses naturelles que nous venions de récolter.

Comme épilogue de mon séjour fort agréable à Montpellier, je me plais à citer les noms des hommes de science dont je fis la connaissance personnelle et avec lesquels j'ai conservé des relations.

GOUAN.

Combien je fus heureux de voir ce Nestor des botanistes européens, l'auteur de l'ouvrage *Flora monspeliaca*, cet ancien correspondant du célèbre Linné, dont il me fit voir, avec un orgueil que je partageais, de vénérables lettres autographes! Gouan, octogénaire, célibataire, maigre, sec, hâlé, ridé, incurvé, d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, jouissant de la plénitude de ses facultés, encore ardent pour la botanique; il me fit un excellent accueil. Je parcourus avec lui son petit jardin où il cultivait quelques plantes des Pyrénées; je feuilletai son herbier qui était envahi par la poussière. Trop entiché des auteurs de son temps ou antérieurs à lui, ce vénérable botaniste ne pouvait croire que l'on pût faire aujourd'hui de bons ouvrages; il était peu partisan de Lapeyrouse et il se plaisait à contester devant moi ses plantes nouvelles. Gouan mourut deux ou trois ans après ma visite.

BROUSSONET.

Professeur de botanique, membre de l'Institut, que j'avais connu à Paris chez Bosc Dantic; homme de belle taille avec un peu d'embonpoint, teint méridional, cheveux noirs, sérieux, grave, botaniste instruit. Il eut la complaisance de me faire parcourir en détail le Jardin des Plantes; à mon retour de Marseille, il me donna un pied de *Phormium tenax* (de la Nouvelle-Zélande) que j'apportai à Saint-Sever, où il s'est multiplié jusqu'à ce jour, 1857; je l'ai propagé dans d'autres jardins. Le Jardin des Plantes était parfaitement bien tenu et extrêmement riche; le *Phormium tenax* y prospérait en pleine terre; j'y remarquai un *arbre de Judée* dont le tronc égalait en grosseur celui des plus vieux chênes de notre Gascogne, c'était le doyen des arbres du jardin, il était chargé de fleurs; il y avait aussi des locaux affectés aux plantes marécageuses et aux alpestres; les serres sont parfaitement bien meublées et M. Broussonet les a enrichies d'une quantité innombrable de végétaux précieux qu'il a apportés des Canaries et de Mogador, où il avait séjourné comme consul avant d'être professeur de botanique à Montpellier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous croyons savoir que le Conseil d'hygiène a décidé que si le choléra éclatait à Paris, il y aurait lieu de faire évacuer les postes-casernes situés aux fortifications et de les transformer en ambulances.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 juin 1884, l'arrêté en date du 15 juin 1884, portant qu'un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques sera ouvert, le 15 décembre de la même année, à l'École de médecine d'Amiens, est et demeure rapporté.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 juin 1884, la chaire de matière médicale de l'École supérieure de pharmacie de Nancy est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 juin 1884, la décoration du Mérite agricole a été accordée à MM. Langlois, docteur en médecine au Puy; et Ferrand, pharmacien à Lyon.

— Par arrêté préfectoral, en date du 10 juin, le service de l'inspection médicale des écoles, dans les 1er et 10e arrondissements, a été réparti de la manière suivante entre les docteurs en médecine ci après désignés :

Ier arrondissement. — 1re circonscription : M. Richard; 2e circonscription : M. Carpentier-Méricourt; 3e circonscription : M. Lenoir.

Xe arrondissement. — 1re circonscription : M. Schweich; 2e circonscription : M. Goguel; 3e circonscription : M. Lefebvre; 4e circonscription : M. Chenet; 5e circonscription : M. Béclère; 6e circonscription : M. Bloch; 7e circonscription : M. Mareau.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16417.

N° 78. — SAMEDI 5 JUILLET 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 5 JUILLET 1884. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. L'idée et le langage. — Simulation et suggestion. — Phlegmon de la paroi abdominale. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'idée et le langage.

M. Charcot vient de terminer son cours sur l'idée et sur le langage.

Rappelons quel est le schéma dont il s'est servi pour cette étude. Le centre de l'idéation y est figuré en rapport avec quatre autres, subordonnés : deux sensitifs, le centre de l'audition et celui de la vision ; deux moteurs, le centre moteur verbal et le centre moteur graphique.

Nous avons vu que chez la plupart des hommes le souvenir des mots auxquels on veut penser et qu'on veut exprimer d'une façon quelconque est ravivé d'abord dans le centre auditif par le langage interne. Ceux qui commencent ainsi toujours par se dire le mot à soi-même deviennent, avons-nous dit, complètement aphasiques si quelque lésion du centre auditif vient entraver chez eux cette audition interne. Ils restent alors, comme des idiots, privés de tout moyen de communication avec leurs semblables. C'est une surdité verbale absolue.

Mais chez d'autres une même lésion pourra n'avoir pas les mêmes conséquences, parce que chez eux le centre auditif n'était pas devenu par l'habitude un intermédiaire obligé entre la pensée et son expression, le répertoire exclusif des mots dans lesquels l'idée pourrait prendre forme.

Il est, en effet, des personnes qui recourent au centre visuel, de préférence au centre auditif, pour donner forme à leurs pensées. Et nous parlons ici d'une forme verbale, car la faculté de vision peut ne pas être utilisée pour le langage proprement dit par ceux qui la mettent en jeu le plus fréquemment dans un autre but.

Cette faculté peut fournir des images sans mots : elle en fournit aux peintres, qui, quand ils composent des tableaux d'imagination, voient d'abord, au moyen de la vision interne, ce qu'ils représentent ensuite. Elle en fournit à tout le monde, quand on évoque dans ses songes les traits d'une personne aimée. Elle peut être si développée, donner des sensations si fortes au point de vue des couleurs, par exemple, chez des individus doués exceptionnellement, qu'il leur suffise de penser quelque temps à une couleur, ayant les yeux fermés, pour voir lui succéder ensuite la couleur complémentaire, quand ils les rouvrent et les fixent sur un fond blanc.

Mais tout ceci n'est pas la vision intérieure des signes du langage. Cette vision des signes du langage ne nous paraît pas très utile pour donner forme à la pensée dans nos langues occidentales ; car le langage parlé y domine, même dans l'écriture, qui, par ses combinaisons de lettres, s'attache surtout à en représenter les diverses articulations. Je sais bien que, même chez nous, l'orthographe des mots peut être indépendante jusqu'à un certain point de leur prononciation ; mais ce ne sont là que des nuances qui, dans le souvenir, s'attachent au mot verbal pour le modifier si on doit l'écrire, sans généralement en être isolées, se graver à part, et pouvoir au besoin tenir la place de ce mot verbal. Nous pensons donc, pour la plupart, de préférence en évoquant le souvenir des mots parlés, même lorsqu'il s'agit d'écrire.

Mais ce qui, chez nous, est l'exception devient la règle dans l'extrême Orient et chez tous les peuples chez qui l'écriture, ayant une base idéographique, hiéroglyphique, est indépendante des articulations verbales.

Le même signe chinois se lit autrement en Chine, au Japon, en Cochinchine, etc. Les langues parlées y diffèrent du tout au tout non seulement de peuple à peuple, mais encore de province à province. Et cependant le livre écrit sera compris exactement de même par les lettrés de ces contrées diverses, qui seront en rapport entre eux par cette langue écrite commune, tout en se servant pour la parole de langues essentiellement diverses, sans rapports, sans analogies.

Le nombre des signes de mots écrits, qui sont chacun le signe d'une idée spéciale, dépasse aujourd'hui chez les Chinois quatre-vingt mille ; tandis que le nombre des mots prononcés dont on se sert en Chine pour la langue parlée est au contraire extrêmement restreint. Le Chinois qui lit haut doit accoupler ces mots et recourir à des périphrases pour exprimer par la parole l'idée qu'il perçoit nettement, directement, quand il la voit représentée par un signe écrit.

Pour penser vite, pour être à même d'exprimer tout de suite sa pensée par l'écriture, le lettré chinois doit donc évoquer avant tout l'image du signe écrit. Il s'adresse d'habitude à son centre visuel, et non à son centre auditif, pour donner corps à sa pensée.

Dans le langage philosophique de M. Charcot, on dira donc que les lettrés chinois sont surtout des *visuels*, tandis que les lettrés français sont habituellement des *auditifs*.

Cette différence d'habitude a des conséquences considérables au point de vue pathologique.

Si, en effet, le centre auditif se trouve altéré chez un visuel, ce dernier n'en aura pas moins la faculté de penser par des mots et d'exprimer sa pensée aux autres.

Il pourra même l'exprimer verbalement, car l'attention s'étant surtout portée du côté du centre visuel, l'image principale du mot, forme de l'idée, étant là, le centre de l'idéation se passe de tout autre intermédiaire pour donner ses ordres aux centres moteurs.

Mais si chez ces gens le centre visuel se trouve atteint profondément, l'aphasie complète est réalisée par cela même. Elle ne mérite plus alors le nom de *surdité verbale*, mais celui de *cécité verbale*.

Nous avons vu qu'en dessous de la surdité verbale, quand la lésion du centre auditif était moins profonde, quand la fonctionnabilité de ce centre était seulement diminuée par une simple parésie, et non tout à fait abolie par une paralysie complète, on distinguait les degrés divers d'une amnésie verbale. Cette amnésie verbale exigeait que l'image du mot, indistincte, fût ranimée dans le centre auditif par une nouvelle audition de ce mot.

Il existe de même une amnésie verbale qui se trouve en rapports semblables avec la cécité verbale. L'image visuelle du signe, effacée en partie, est reconnue et utilisée par le centre de l'idéation quand ce signe est mis sous les yeux de l'amnésique. L'écriture d'autrui lui rend alors les mêmes services que la parole d'autrui peut rendre dans le cas d'amnésie verbale.

M. Charcot a poursuivi encore plus loin l'étude des phénomènes possibles du langage. Il a recherché s'il n'existait pas des individus chez lesquels les centres moteurs entraient en action pour la mise en forme de la pensée : des gens, par exemple, qui remplaçaient l'audition interne, avec sensation purement auditive, par l'articulation comprimée de ces mots, avec sensation des mouvements à faire pour les prononcer.

S'appuyant sur le témoignage de philosophes très exercés dans l'observation intérieure, dans ce qu'on nomme l'*introspection*, il a répondu par l'affirmative.

Si chez ces gens le centre moteur en question a pris tellement le dessus que la pensée ne puisse se passer de son intermédiaire, une maladie qui l'atteindrait pourrait amener un état semblable à celui qu'on nomme surdité verbale chez les auditifs, cécité verbale chez les visuels.

L'idéal est donc de s'accoutumer à se servir indifféremment de tous ces centres subordonnés ; car en ce cas celui qui viendrait à manquer serait suppléé par les autres.

Simulation et suggestion.

Dans une de nos dernières revues cliniques, nous avons relaté l'histoire d'un simulateur qui, durant deux mois, en a imposé à des observateurs instruits en faisant paraître sous leurs yeux, à leur volonté, les phénomènes les plus extraordinaires de l'hypnotisme et du somnambulisme.

Et cependant, je le répète, ceux qui l'étudiaient avec grand soin étaient parfaitement au courant des publications les plus modernes sur la question. Je pourrais citer parmi eux un médecin fort intelligent, âpre au travail, qui depuis longtemps a fait des affections nerveuses l'objet spécial de ses études.

C'est donc un problème bien difficile que de reconnaître la fraude en cas pareil ?

Incontestablement, surtout si on s'attache aux données que vient d'exposer, dans un livre qui a eu un grand retentissement, M. Bernheim, professeur de clinique à la Faculté de Nancy. M. Bernheim a repris et développé la théorie de Braid. Il attribue à la suggestion seule tout ce qu'on provoque chez les hystériques, aussi bien la catalepsie et la léthargie que le somnambulisme, aussi bien les paralysies que les contractures, les transferts que les guérisons.

Il ne distingue pas entre les trois états dont la distinction était jusqu'ici fondamentale dans l'enseignement classique ; tous trois seraient produits au gré de l'opérateur, non par des manœuvres différentes, mais simplement par la suggestion.

Par la suggestion, le médecin modèlerait pour ainsi dire un moule, et le patient s'y adapterait ; c'est-à-dire que celui-ci accomplirait ce qu'on attend de lui ; mais seulement autant qu'il comprendrait bien que c'est un phénomène admis comme possible et désiré par l'expérimentateur.

La suggestion pourrait se faire par persuasion, par injonction, par simple geste significatif, dont le sujet en expérience pourrait comprendre la portée.

Mais, bien entendu, dans cette théorie, pour que l'effet d'une suggestion quelconque, par l'application de tel ou tel objet, par telle ou telle excitation périphérique, etc., se produisît, il faudrait toujours que l'hypnotisé fût à même de les percevoir. Qu'il fût endormi, en apparence, privé de l'usage de tous ses sens, en catalepsie, par exemple, ou en léthargie, il n'en aurait pas moins besoin d'être mis au fait des désirs de l'expérimentateur, soit par des paroles, soit par des actes dont le but lui fût bien connu.

Ainsi, suivant M. Bernheim, chez les personnes que l'on met en état de catalepsie ou de léthargie, il ne faudrait pas croire à l'abolition vraie de toutes les fonctions sensitives ou sensoriales. Elles restent à même de percevoir les impressions, de les apprécier, d'y réfléchir, d'en découvrir le but, et de réagir en conséquence dans les limites de ce qu'elles savent. C'est là un point très important pour la théorie de M. Bernheim, point sur lequel il revient souvent.

A propos, par exemple, de l'hyperexcitabilité neuromusculaire, signalée particulièrement chez les léthargiques, il s'exprime ainsi : « Que les yeux soient ouverts ou fermés, que l'on fasse ou non des frictions sur les muscles à contracter, le phénomène se produit par le seul effet de la suggestion, c'est-à-dire de l'idée du phénomène introduite par la parole ou un geste *compris dans le cerveau de l'individu.* »

Ailleurs, à propos des mouvements automatiques provoqués et des mouvements d'imitation forcée qui ont été décrits comme étant le propre de cet état cataleptique pendant lequel on ne verrait rien, on n'entendrait rien, on ne sentirait rien, M. Bernheim dit, au contraire : « Je me suis assuré que ce phénomène, que les magnétiseurs donnent volontiers comme un effet de mesmérisme, c'est-à-dire d'un fluide émanant de mon corps sous l'influence de ma volonté et agissant directement sur le magnétisé, n'est autre chose qu'un phénomène de suggestion. *C'est parce que le sujet voit à travers ses paupières mal jointes ou parce qu'il entend le mouvement que je fais, qu'il l'imite.* Un de mes somnambules, endormi en présence de mon collègue M. Charpentier, imitait cependant mes mouvements sans les voir, alors que je me plaçais derrière lui pour les faire. Je tournais les bras : au bout d'un certain temps il se mettait à les tourner aussi. Je remuais le pied d'une certaine façon : au bout d'un cer-

tain temps il se mettait à les remuer aussi, toutefois sans réaliser l'imitation parfaite du mouvement que je faisais. Y avait-il là quelque influence fluidique? Je me le demandais, mais nous ne tardâmes pas à nous convaincre que notre somnambule *entendait* le mouvement de mes bras, celui de mes pieds, et que l'idée du mouvement à imiter était transmise à son cerveau par le sens auditif, car si j'exécutais le mouvement sans bruit, de manière à éviter tout frottement de mes vêtements sur moi pendant cette opération, il restait immobile et me laissait seul en mouvement. »

On n'agirait donc point par une action physique ou fluidique extérieure, mais, ce qui est bien différent, en mettant en jeu, chez l'hypnotisé, l'action du moral sur le physique.

Aussi, quand M. Bernheim veut endormir un individu, s'attache-t-il d'abord à éloigner de son esprit «la préoccupation que font naître l'idée du magnétisme et la crainte un peu mystique qui est attachée à cet inconnu» : il veut que le sujet soit « confiant et se livre ». Puis il emploie indifféremment un des procédés habituels pour provoquer l'hypnotisme, il place deux doigts de la main devant les yeux de la personne à endormir, ou il lui fait fixer les yeux sur ses yeux, ou il lui maintient les paupières avec ses doigts. Tous ces procédés sont classiques : et ce n'est pas en cela que M. Bernheim s'écarte de la pratique usuelle. Mais il considère ces manœuvres comme étant au fond absolument indifférentes. L'important pour lui, c'est que l'individu sache qu'il doit dormir et se laisse aller au sommeil. Aussi a-t-il soin de faciliter ce résultat par la persuasion et au besoin par des injonctions. Après avoir dit avec un ton de conviction : « Vous allez sentir une lourdeur dans vos paupières, une lourdeur dans vos yeux ; vos yeux clignotent, etc. »; quand il voit le moment venu, il ajoute d'un ton un peu impérieux : « Dormez », et souvent ce mot emporte la balance.

Il est évident que ces discours ne changeraient rien à la nature de l'hypnotisme qui survient par suite de l'emploi des manœuvres accoutumées, si l'hypnotisme se rattachait directement à ces manœuvres.

Pour le réveil, M. Bernheim n'a pas recours à des manœuvres, persuadé que l'hypnotisé, quel que soit l'état apparent où il l'ait placé, reste toujours en relation avec le monde extérieur; il se borne à lui dire : « C'est fini; réveillez-vous », et comme le patient est convaincu que cela doit suffire, cela suffit en effet pour le remettre aussitôt dans son état normal.

« Tous mes hypnotisés, dit M. Bernheim, quelque inerte qu'ils parussent, étaient en réalité par quelque sens avec le monde intérieur. La suggestion vocale a toujours suffi à les réveiller. »

Il n'a donc jamais observé, et il le dit formellement, l'inertie complète, l'organisme réduit à la vie végétative, cet état qu'on croit exister dans ce qu'on nomme la léthargie.

C'est donc l'individu avec ses facultés, avec ses connaissances limitées comme d'habitude, qu'on mettrait en jeu, suivant ses moyens, dans les expériences d'hypnotisme, et dont on jouerait comme on le voudrait, si je puis m'exprimer ainsi.

Ici encore nous allons citer textuellement :

« Chez aucun de mes sujets je n'ai vu d'ailleurs la suggestion hypnotique exalter à un degré extraordinaire, comme le prétendent quelques-uns, les facultés intellectuelles ni créer d'emblée des aptitudes nouvelles. Sans doute, la concentration de tout l'individu psychique vers l'idée suggérée, peut augmenter la sagacité, développer une clairvoyance limitée à la sphère d'idées évoquées, plus grande qu'à l'état de veille, mais jamais je n'ai vu nettement, jusqu'à présent, un phénomène intellectuel dépassant la mesure normale, je n'ai pu rendre avocats ou prédicateurs éloquents des sujets non doués naturellement du don de l'éloquence. Chaque somnambule, je le répète, a son individualité propre. Automate dirigé par une volonté étrangère, il agit avec sa machine et répond aux suggestions *comme il les conçoit, comme il peut, comme il les interprète.* »

Il n'y aurait pas non plus de distinction à faire à ce point de vue entre les trois états divers de l'hypnotisme : la léthargie, la catalepsie, le somnambulisme. Si le léthargique, quand on exerce une pression sur un de ses nerfs contracte les muscles auquel ce nerf se distribue, c'est parce qu'il saurait que cela doit être ainsi dans l'intention de l'expérimentateur. Citons encore : « Je n'ai jamais réussi, dans l'hypnotisme obtenu par ce procédé, à provoquer, par la pression exercée sur un nerf, sans rien dire au sujet ou devant le sujet, la contraction des muscles innervés par ce nerf, par exemple la griffe cubitale ou radiale, la contorsion de la face, etc. »

Si tous les phénomènes de l'hypnotisme doivent être prévus et calculés intelligemment par le malade avant d'apparaître chez lui, s'ils sont susceptibles de varier à peu près indéfiniment suivant ce qu'il croirait comprendre qu'on attendrait de lui, on voit combien devient délicat la diagnostic différentiel entre la suggestion et la simulation. Les conditions d'apparition de ce qu'on observe sont de part et d'autre identiques.

La simulation est devenue certaine chez le malade dont nous avons parlé, parce qu'il lisait, bien que prétendant être complètement aveugle; parce qu'il faisait, quand il croyait n'être pas vu des mouvements incompatibles avec sa paralysie prétendue ; parce qu'on a appris que ses antécédents étaient déplorables; parce qu'on put lui faire demander sa sortie en lui appliquant avec persistance sur le côté qu'il disait insensible, des courants électriques suffisants pour provoquer une douleur vive.

Mais il faut avouer qu'il simulait avec perfection les phénomènes les plus difficiles à imiter, la raideur cireuse cataleptique, la flaccidité léthargique, les contractures permanentes, l'anesthésie absolue.

C'est là un côté de la question qu'on ne pouvait pas laisser dans l'ombre. Cette question, du reste, demande dans son ensemble un examen approfondi.

Phlegmon de la paroi abdominale.

La *Gazette des hôpitaux* a publié samedi dernier la très curieuse communication de M. Tillaux à l'Institut, sur les résultats inattendus de deux sutures tardives de nerf.

Nous avons vu les deux malades dont il s'agit, nous avons recueilli de leur bouche le récit de leur guérison, si contraire aux données reçues de la physiologie classique qu'on l'a traitée de miraculeuse. Il est certain qu'après avoir été, par suite d'une section du nerf médian, privées durant plusieurs années de la sensibilité sous ses diverses formes, au pouce, à l'index, au médius, après avoir subi une paralysie avec atrophie progressive de divers muscles de la main, elles ont pu recouvrer la sensibilité et graduellement la motricité, une fois la continuité des tronçons nerveux rétablie. Et cependant les tubes nerveux avaient disparu, paraît-il, dans

le bout périphérique séparé du centre. Le résultat obtenu semble donc paradoxal, ou, pour mieux dire, il y a là un problème dont tous les éléments demandent à être pesés.

Mais mieux vaut attendre pour cette analyse qu'il se soit produit de nouveaux faits, et si nous parlons aujourd'hui de ces deux malades, dont nous avons entre les mains les observations détaillées, recueillies par M. Boulland, interne de M. Tillaux, c'est que l'une d'elles nous a offert un nouveau cas de phlegmon de la paroi abdominale.

Or tout se trouve s'être passé chez elle à peu près comme chez les malades de M. Rigal, comme chez le nôtre, comme chez ceux des aimables correspondants qui, sur notre demande, ont bien voulu adresser leurs observations à la *Gazette des hôpitaux*.

C'est-à-dire que cette affection, qui s'est produite sans grand tapage, sans phénomènes comparables à ceux d'une péritonite, sans vomissements, etc., a abouti à la formation d'un abcès qui, une fois ouvert, a fourni un pus phlegmoneux de bonne nature, bien lié, sans odeur, et a guéri sans complication comme un abcès situé dans une région autre.

Nous allons résumer ce fait en nous servant à la fois des notes de M. Boulland, de celles que nous avons nous-même recueillies d'après les souvenirs de la malade et des renseignements complémentaires que nous a fournis M. Tillaux.

Cette femme, née en Suisse, est âgée actuellement de vingt-huit ans. C'est à l'âge de quatorze ans qu'elle avait eu le nerf médian droit coupé, ce qui ne l'empêcha pas de se placer comme femme de chambre en se servant, pour son travail, de la main gauche.

Réglée à quinze ans, elle ne le fut régulièrement que pendant une douzaine de mois. A seize ans, la menstruation fut supprimée une année entière, et, depuis lors, il y eut toujours de fréquents retards. Sauf quelques attaques d'hystérie durant les dernières années, et une disposition marquée aux épistaxis. Il n'y a rien de plus à noter dans les antécédents.

En octobre 1879, étant à Strasbourg, cette femme fit une chute du haut d'une échelle, et l'échelle, tombant sur elle, lui fit au ventre, au niveau du flanc gauche, une contusion assez forte. Depuis ce moment elle éprouva habituellement des douleurs vives tout le long du nerf intercostal qui aboutissait au point contus. Au mois de janvier ces douleurs s'étaient fixées particulièrement vers ce point, où la malade dit avoir senti dès lors une petite tumeur très profonde qui ne paraissait guère plus grosse qu'un pois. Cette tumeur s'accrut peu à peu, et quatre mois plus tard cette femme dut entrer dans le service de M. Bœckel. La tumeur, qui avait alors le volume d'une grosse noix, était très profonde. Elle parut, d'après sa situation, se rattacher à l'épiploon gastro-colique. Après quatre mois de traitement par l'iodure de potassium et une pommade iodée, elle avait presque entièrement disparu. Cependant, jusqu'au mois d'octobre, la malade croyait la sentir à certains jours. Elle ressentait encore des douleurs le long du nerf intercostal.

Ayant voulu reprendre son service au mois d'octobre, elle contracta bronchite sur bronchite. Au mois de mars 1881, elle fut obligée de retourner se reposer dans son pays. Elle vint à Paris l'année suivante, et s'y replaça. Ce fut en 1883 que, de temps en temps, il lui sembla qu'elle sentait de nouveau une grosseur, située cette fois un peu plus bas qu'en 1879.

Dans le courant d'août, cette grosseur s'était accrue, mais elle ne la sentait encore qu'à certains jours. En décembre, elle était devenue plus manifeste et plus gênante. Le 5 février, la malade entra dans le service de M. Millard, d'où elle fut transférée le 21 dans le service de M. Tillaux.

A ce moment la tumeur était considérable.

Examinée par des candidats du Bureau central, elle fut prise par eux pour un rein mobile. Plus tard, un autre candidat crut y reconnaître une tumeur épiploïque.

Mais M. Tillaux déclara de suite que c'était un abcès profond de la paroi abdominale, situé sous le droit antérieur. En effet, cette tumeur ne disparaissait pas quand on faisait contracter puissamment les muscles de l'abdomen. Or tel eût été le cas s'il se fût agi d'une tumeur profonde indépendante de la paroi. La contraction du droit antérieur de l'abdomen la divisait, au contraire, en bissac, ce qui prouvait qu'étant dans l'épaisseur de la paroi, elle était restée en dessous de ce muscle et que son contenu était liquide. Le 3 mars, il se produisit spontanément une petite ouverture au sommet de cet abcès qui était venu saillir à peu près à égale distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure et de l'ombilic. Le lendemain, M. Tillaux agrandit largement cette ouverture par une incision parallèle au bord du droit antérieur.

Comme nous l'avons vu, le pus qui sortit était de bonne nature; et aujourd'hui la cicatrisation est complète, sauf un très petit trajet fistuleux qui se comble de jour en jour et dont il ne sort plus rien depuis la semaine dernière.

Nous devons ajouter que cette malade a les sommets des poumons suspects. Il se peut donc que la tuberculose soit pour quelque chose dans la production de cette affection de la paroi abdominale. Mais, en tout cas, la marche de l'abcès a été celle d'un abcès ordinaire, on ne saurait plus simple. La guérison n'a pas exigé de grattage. Il paraît même qu'une tumeur analogue, peut-être intra-abdominale (nous dirons pourquoi nous en doutons, en rapportant quelques autres faits analogues), a pu disparaître spontanément.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 juillet 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. — M. Gallard, à l'occasion de la discussion actuellement pendante sur ce sujet, fait une communication dont voici le résumé : Il se déclare tout d'abord partisan de l'intervention chirurgicale dans les cas de cancer de l'utérus, considérant que, comme le cancer de toutes les autres parties du corps qui sont accessibles à l'action du chirurgien, celui de l'utérus doit être traité par l'ablation de la partie malade. Dans certains cas, dit-il, où l'intervention paraît devoir être le plus inutile, elle procure parfois un soulagement tout à fait inespéré et, à ce titre seul, rend d'éminents services aux malades. On doit pratiquer l'ablation totale de la partie malade toutes les fois qu'elle est possible. Malgré l'ablation totale la plus large, la récidive est toujours à craindre; mais il suffit que vous ayez la moindre espérance d'obtenir une guérison définitive, pour que vous soyez autorisé, pour que vous deviez même recourir à cette ablation. Alors même que l'affection aura dépassé les limites que vous pouvez atteindre, vous devrez, dans un certain nombre de cas, intervenir, ne sera-ce que pour apporter un réel soulagement aux malades, conjurer des accidents de suppuration ou d'hémorragie qui les épuisent, ou même enrayer parfois la marche de la maladie.

M. Gallard passe ensuite en revue les diverses méthodes d'ablation : Lisfranc, dit-il, amputait le col de l'utérus cancéreux avec l'instrument tranchant; il a eu, par ce procédé, des insuccès et des accidents de toutes sortes : d'abord il ne pouvait se mettre, comme aujourd'hui, suffisamment en garde contre la septicémie et l'hémorragie. Ensuite il commettait une faute selon moi, c'était de s'appliquer à attirer le plus possible le col utérin à la vulve; il exerçait, dans ce but, de puissantes tractions sur l'utérus, souvent même en sectionnait les ligaments. Ces tractions constituent une des causes les plus efficaces de ses insuccès. Il faut laisser l'utérus là où il est et ne pas tirer dessus. Enfin Lisfranc ne se servait que du bistouri ou des ciseaux, instruments peu commodes et non exempts de dangers quand il s'agit de l'utérus.

L'écraseur linéaire de Chassaignac, le serre-nœud de Maisonneuve, constituaient un réel progrès pour ce genre d'opérations; toutefois ces instruments sont difficiles à appliquer au fond du vagin. Avec l'écraseur, il faut encore attirer l'utérus à la vulve. Avec le serre-nœud, on peut plus facilement le porter au-dessus de la partie à enlever, mais on agit avec une extrême lenteur, puis l'anse, primitivement bien placée, peut glisser par la suite et l'on peut ainsi, qu'on me permette l'expression, simplement *moucher* ou ébarber le col de l'utérus au lieu de le sectionner. Enfin cette anse peut casser.

Depuis 1854, grâce à Middeltorf, nous avons l'anse galvanique, qui est beaucoup plus facile à manier et beaucoup plus sûre, tant au point de vue des hémorragies que de la septicémie.

M. Gallard a pratiqué vingt-cinq fois l'ablation du col utérin cancéreux et à peu près autant de fois l'ablation du col non cancéreux. Sur les vingt-cinq ablations pour des cancers, deux fois l'opération commencée avec l'anse galvanique ne put être achevée avec elle et il fallut recourir aux ciseaux ou au bistouri. Dans trois cas de cancers en choux-fleurs, végétants, ayant envahi les culs-de-sac vaginaux, ayant voulu simplement pratiquer une opération palliative, il fut assez heureux pour voir les hémorragies diminuer, les forces revenir et les malades notablement soulagées. Dans neuf cas, la guérison a pu être, au moins pendant un certain temps, considérée comme complète, mais plusieurs de ces malades n'ont pu être suivies assez longtemps. Dans un cas où l'ablation totale était impossible, la marche de la maladie a pu être enrayée par une opération partielle au lieu d'être activée, comme le prétendent quelques chirurgiens. On voit se produire assez rapidement la repullulation; mais, dans beaucoup de cas, la marche de la maladie se trouve ralentie, alors même qu'on a opéré en plein tissu morbide. M. Gallard cite plusieurs exemples :

Une malade va consulter M. Depaul qui reconnaît l'existence d'un cancer épithélial et déclare la maladie trop avancée pour qu'on puisse intervenir. Un autre collègue, également consulté, porte le même diagnostic et se déclare également opposé à toute opération. Ignorant ces antécédents, je vois la malade et l'opère à l'aide de l'anse galvanique, le 14 mars 1882; le 20 juillet j'aperçois un petit champignon que je cautérise avec l'acide chromique; le 2 novembre, nouvelle cautérisation avec le thermo-cautère; depuis cette époque, il y a maintenant dix-huit mois, le col est lisse, il n'y a plus d'écoulement, la malade a repris de l'embonpoint. Cette guérison est d'autant plus frappante que je n'ai même pas dépassé, dans mon intervention, les limites du mal.

Une autre observation analogue a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1883). Il s'agit également d'une ablation partielle en plein tissu cancéreux, d'une guérison complète momentanée et d'une repullulation dans le corps de l'utérus.

En résumé, dit M. Gallard, le cancer de l'utérus doit, comme celui de toutes les autres parties du corps, qui sont accessibles à l'action chirurgicale, et avec les mêmes chances de réussite, être traitée par l'ablation de la partie malade.

L'application de l'anse galvanocaustique, toutes les fois qu'elle est possible, est de beaucoup la meilleure manière de pratiquer cette ablation.

Elle permet d'obtenir une guérison définitive et durable quand elle est faite dans des conditions telles que toute la partie malade soit enlevée.

Elle est utile, même lorsque la section ne dépasse pas complètement toutes les parties envahies; soit qu'elle permette d'arriver à des améliorations longtemps persistantes, et même à une guérison complète lorsqu'il est possible de détruire par des cautérisations ultérieures la portion du produit morbide qui n'a pas été enlevée; soit que, dans des cas plus défavorables encore, elle ne serve qu'à ralentir la marche envahissante du cancer et ne produise qu'une amélioration tout à fait passagère, et soulage au moins momentanément la malade, en supprimant pendant un certain temps les hémorragies et les autres sécrétions pathologiques qui l'épuisent.

M. ANGER rappelle que Nélaton avait recours au cautère à gaz pour l'ablation des cols utérins cancéreux. M. Anger a adopté cet instrument ainsi que le spéculum à courant d'eau et en obtient de très bons résultats. On peut, avec cet instrument, cautériser un col pendant vingt à trente minutes. L'escarre tombe généralement du quatrième au sixième jour. Il y a quinze ans que M. Anger se sert de ce moyen et il le préfère de beaucoup à l'anse galvanique.

M. TERRILLON a pratiqué six ablations avec l'anse galvanique, trois à l'hôpital, trois dans sa clientèle. L'anse galvanique, dit-il, se place facilement; la section s'opère dans de bonnes conditions. La surface de section est parfaite. Mais, dans un cas, il a eu, au sixième jour, une hémorragie mortelle et foudroyante. Cette observation a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1882). M. Terrillon cite deux cas qu'il a opérés, l'un dans lequel la récidive n'a eu lieu que trois ans et demi après, l'autre qui a été opéré il y a cinq ans et demi et dans lequel il n'y a pas encore de récidive. L'examen histologique de la pièce, fait dans le laboratoire de M. Ranvier, a pourtant montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

M. DESPRÉS cite l'observation d'une femme de trente-quatre ans chez laquelle M. Bailly avait diagnostiqué un épithélioma du col utérin. M. Després confirma ce diagnostic et fit une cautérisation avec de l'amadou caustique. La malade resta trois mois en observation; jusque-là aucun changement; après trois mois, la tumeur diminua, l'ulcération se cicatrisa et la malade finit par guérir.

Voilà quatre ans qu'elle est guérie. Qu'est-ce que cela prouve? que ce n'était pas du cancer; et M. Després n'hésite pas à dire que les cas de prétendue guérison qui ont été publiés sont des cas semblables au sien. Il n'admet pas qu'une femme atteinte de cancer utérin, qu'elle soit ou non opérée, vive plus de dix-huit mois. Je crois donc, dit M. Després, aux faits de guérison publiés par nos collègues, mais je les aurais vus que je n'y croirais pas. M. Després ne s'en rapporte pas aux décisions des micrographes; on prend, dit-il, pour les caractères de l'épithélioma des modifications des glandes hypertrophiées. En présence d'un cancer vrai de l'utérus, on peut affirmer que la malade sera morte dans les dix-huit mois. On prend parfois de l'infiltration pour de l'embonpoint; enfin la plupart du temps, quand les malades, atteintes de cancer utérin, se présentent aux chirurgiens, elles sont déjà arrivées à un point où elles sont inopérables; car M. Després n'est pas partisan des opérations partielles, toujours inutiles, parfois dangereuses.

M. VERNEUIL a fait vingt fois l'amputation du col cancéreux et n'a eu que deux décès. Ces opérations palliatives donnent une moyenne de survie de dix-neuf à vingt mois. Dans un cas de cancer bien nettement déterminé, M. Verneuil a obtenu une survie de six ans après l'opération; dans d'autres cas, il a obtenu trois ans et trois ans et demi de survie. En résumé, l'ablation du col de l'utérus cancéreux, quand on peut dépasser les limites du mal, est une excellente opération. Quand on ne peut pas tout enlever, c'est encore une bonne opération et qui rend des services éminents. Nélaton conseillait cette opération.

M. Verneuil préfère à l'anse galvanique l'écraseur de Chassaignac qu'il fixe sur le col au-dessus d'un fil placé à l'aide d'une aiguille de Deschamps ou d'un trocart très courbe.

M. GALLARD a essayé tous les moyens d'exérèse du col; jamais d'ailleurs il ne commence une de ces opérations sans être muni

de tous les instruments, écraseur, serre-nœud, anse galvanique, thermo-cautère, etc. Mais il préfère, chaque fois qu'elle est applicable, l'anse galvanique. Comme MM. Polaillon et Terrillon, il a eu des hémorragies consécutives du sixième au dixième jour, mais il a toujours pu y remédier. Ces opérations avec l'anse galvanique procurent une amélioration immédiate et généralement sans accidents consécutifs. M. Gallard a vu des insuccès thérapeutiques, mais non des accidents opératoires. Il a vu, comme M. Després, des cols enflammés pris pour des cancers et qui ont guéri spontanément.

M. POLAILLON rappelle le mémoire qu'il a publié pour préconiser, l'un des premiers, l'anse galvanique. Elle présente certaines difficultés d'application, mais elle est supérieure à l'écraseur linéaire, à l'abaissement du col et l'excision avec l'instrument tranchant. L'ablation ayant été faite avec l'anse galvanique, tout n'est pas fini; il faut examiner la surface de section pour voir s'il est resté du tissu malade et, dans ce cas, achever l'opération avec des flèches de chlorure de zinc.

M. Polaillon déclare avoir, avec l'anse galvanique, coupé trois fois le cul-de-sac postérieur; la première fois, il n'y eut pas d'accidents, la réunion fut immédiate; dans le second cas, il fallut faire une suture. Dans le troisième cas, enfin, la malade succomba, mais bien plutôt à des accidents chloroformiques. Malgré ces accidents qui d'ailleurs ne sont pas tous imputables à l'emploi de l'anse galvanique, M. Polaillon la préfère à toute autre méthode et se déclare partisan des ablations partielles comme rendant service aux malades. Il considère jusqu'ici l'ablation totale de l'utérus comme une opération déplorable.

M. MARCHAND a pratiqué cinq fois l'amputation complète du col; une fois avec la chaîne de l'écraseur; la malade, opérée depuis quatre ans, vit encore. Il a aussi employé l'anse galvanique, mais il a eu des difficultés: une fois une hémorragie épouvantable, une autre fois de la pelvi-péritonite; dans un cas il a ouvert la vessie; une autre fois, il a ouvert le cul-de-sac postérieur et la malade est morte en quarante-huit heures de péritonite suppurée.

Cinq fois M. Marchand a fait les opérations palliatives et n'a jamais eu consécutivement le moindre accident. Deux fois il a pratiqué le curage de l'utérus pour des fongosités de mauvaise nature et est ainsi arrivé à arrêter les hémorragies. Dans un autre cas il a fait le grattage avec la curette de Folckmann et ne s'en est pas bien trouvé. Dans les cas où le mal est dépassable, on peut, avec avantage, se servir du bistouri sans avoir trop d'hémorragie Enfin, contrairement à M. Gallard, M. Marchand est partisan de l'abaissement de l'utérus pour faciliter l'opération.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne s'est pas bien trouvé des opérations partielles, à la suite desquelles on a toujours une récidive rapide. Dans un cas, il a employé les ciseaux du thermo-cautère, la malade a eu une survie de six mois et demi. M. Lucas-Championnière est donc de l'avis de M. Després et pense, comme lui, qu'un grand nombre de prétendus cancers de l'utérus, même examinés par des micrographes, ne sont que des épithéliomas. Il cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir.

M. TERRIER combat l'opinion trop sévère de M. Polaillon sur l'ablation complète de l'utérus et s'applique à démontrer que les opérations partielles ne sont pas si simples, si bénignes ni si exemptes de dangers.

M. POZZI signale une circonstance où il est absolument indiqué d'intervenir : c'est dans le cas d'obstruction du col par la production cancéreuse, obstruction ayant pour conséquence d'amener des coliques utérines atroces. Le chirurgien doit, dans ces cas, tout au moins désobstruer le col.

M. TILLAUX ne croit pas que, d'une façon générale, on soit autorisé à dire qu'il faut faire l'ablation partielle d'un cancer. Mais il reconnaît que cette opération a des indications spéciales. Par exemple, un cancer de l'amygdale va obstruer le pharynx et étouffer le malade: il faut en réséquer une partie pour rendre la respiration possible. Lorsque le cancer est limité au col et dépassable, enlevez-le, vous ferez une bonne opération. Mais il est bien rare qu'on se trouve en présence de ces cas, les malades arrivant toujours chez le chirurgien à une période déjà avancée de la maladie; or, quand les culs-de-sac sont envahis, les opérations partielles ne valent rien.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — La situation reste à peu près la même à Toulon; voici d'ailleurs la dépêche reçue hier soir par le ministère :

« Toulon, 3 juillet, 10 heures 55.

« Directeur sanitaire à Ministre du commerce.

« La situation sanitaire est à peu près la même; il y a eu 11 décès en tout dans la journée d'hier (c'est-à-dire de minuit à minuit), surtout parmi les fugitifs, mais sans propagation.

« La maladie ne prend pas un caractère plus grave. L'état des hôpitaux est satisfaisant, les entrées peu nombreuses. »

Voici, du reste, les chiffres de la mortalité survenue dans cette ville depuis notre dernier bulletin :

Le 26 juin, 10 décès; le 27, 9 décès; le 28, 9 décès; le 26, 9 décès; le 30, 7 décès; le 1er juillet, 9 décès; le 2, 11 décès. Soit, depuis le commencement de l'épidémie, 90 décès cholériques.

Le nombre des cholériques en traitement à la date d'hier, 3 juillet, 7 heures 15 du soir, est de 11 à l'hospice civil; 17 à l'hôpital maritime et 91 à Saint-Mandrier : soit un total de 119 malades.

— Le préfet de police vient de prendre un arrêté par lequel tous les voyageurs et leurs bagages provenant des régions où le choléra aura été officiellement constaté subiront, dans les gares de chemins de fer, avant d'entrer à Paris, des mesures de désinfection.

— D'autre part voici les mesures prises à Paris depuis avant-hier soir par la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée :

A leur arrivée à Paris, les voyageurs descendent dans une salle d'attente dont le sol a été recouvert de sciure de bois imprégnée de thymol et de sel de cuivre. Dans cette pièce on a placé des vases contenant des cristaux de chambre de plomb (sulfate de nitrosyle) qui dégagent la quantité d'acide nitreux nécessaire à la désinfection, sans pourtant gêner la respiration. Ils séjournent pendant une demi-heure en cet endroit.

Pendant ce temps, les bagages sont retirés des wagons spéciaux et placés dans une autre chambre où les malles sont ouvertes et les objets, pouvant être contaminés, sont dépliés. A ce moment, on fait évacuer la salle et on procède à la désinfection à l'aide de vapeurs nitreuses intensives, après quoi les bagages restent un quart d'heure dans la pièce. Puis on aère, la salle est ouverte et les voyageurs reprennent possession de leurs bagages. Le service fonctionne régulièrement depuis avant-hier soir.

— Sur la proposition de M. le docteur G. Delaunay, la commission des logements insalubres, ainsi que la commission d'hygiène du IXe arrondissement de Paris, ont voté la création d'un service de désinfecteurs publics (*public desinfector*), agents spéciaux qui seront munis d'un matériel particulier (voitures, étuves, produits chimiques, etc.) pour désinfecter tous les foyers d'infection : locaux contaminés, fosses d'aisance, etc., etc.

— Nous trouvons dans un journal du soir le vieux quatrain prophylactique suivant remis en mémoire à propos du choléra :

Tiens tes pattes au chaud,
Tiens vides tes boyaux,
Ne vois pas Marguerite,
Du choléra tu seras quitte.

— Par décret, en date du 28 juin 1884, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs Destrem et Moriez.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les

docteurs Le Moaligou, Faucher, Harbulot, Bouilly, Avrard, Salasc, Guyard, Deschamps, Casteigneau-Caumon, Salis, Jarjavay et Lochard.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Trélat est transféré, sur sa demande, de l'hôpital Necker à l'hôpital de la Charité, dans la chaire de clinique de M. Gosselin. M. le professeur Le Fort remplace M. le professeur Trélat à l'hôpital Necker.

— Par arrêté ministériel, en date du 14 juin, M. le docteur Outin a été nommé médecin du bureau de bienfaisance du 20e arrondissement de Paris.

— Par arrêté ministériel en date du 2 juillet 1884, MM. Gérard, Courchet et Gay sont institués, pour une période de dix ans, agrégés des écoles supérieures de pharmacie (section des sciences naturelles).

— Par arrêté ministériel en date du 2 juillet 1884, les concours pour les bourses de doctorat près les Facultés de médecine et les concours pour les bourses de pharmacien de 1re classe près les écoles supérieures de pharmacie auront lieu annuellement dans la dernière semaine du mois d'octobre.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 3 novembre 1884, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3.

Les élèves sont admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, du 21 juillet au 14 août inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours de la première division devra être déposé au secrétariat général, conformément au règlement, avant le 15 août 1884, dernier délai.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Hurion, professeur de physique à la Faculté des sciences de Grenoble, est chargé en outre d'un cours de physique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de ladite ville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charpentier, agrégé, est rappelé à l'exercice, du 1er juin au 1er novembre 1884.

Un nouveau congé, avec traitement, est accordé, pour raisons de santé, du 1er juin au 1er novembre 1884, à M. Budin, agrégé.

M. Siredey, chef adjoint de clinique médicale, est délégué, du 1er juin au 30 octobre 1884, dans les fonctions de chef de clinique médicale, en remplacement de M. Dérignac, démissionnaire.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Truchot, licencié ès sciences mathématiques et physiques, est délégué provisoirement dans les fonctions de suppléant de chimie et de physique.

— Le concours pour la nomination à une place d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer vient de se terminer par la nomination de M. Regnault, externe des hôpitaux de Paris.

— La Société nationale d'agriculture de France a tenu mercredi sa séance publique annuelle et procédé à la distribution des récompenses.

Parmi les lauréats nous citerons les noms de M. Joannès Chatin, maître de conférences à la Faculté des sciences de Paris, pour ses études sur la ladrerie des moutons; M. Muntz, chef des travaux chimiques à l'Institut national agronomique; M. Paul Cagny, vétérinaire, pour ses recherches sur l'emploi des injections souscutanées; M. Brousse, vétérinaire, pour ses études expérimentales sur la vaccination charbonneuse.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Aujourd'hui samedi, à trois heures, aura lieu la dernière leçon de M. Damaschino, dans le petit amphithéâtre de la Faculté. Dans cette leçon, le professeur fera passer en projections, sous les yeux de ses auditeurs, toutes les pièces anatomo-pathologiques relatives aux questions qu'il a traitées dans son cours de cette année.

— *Excursion géologique.* — M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle de Paris, fera dimanche prochain 6 juillet 1884, une excursion géologique à Villiers-le-Bel, Ezanville, Domont et Montmorency.

On se réunira à la gare du Nord, à huit heures du matin, pour Villiers-le-Bel.

Pour profiter de la réduction de 50 p. 100, il est indispensable de verser le montant de la demi-place (1 fr. 10) au laboratoire de géologie du Muséum, avant samedi soir quatre heures.

De la spermatorrhée, par le docteur A. Malécot, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° de 140 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Étude clinique et expérimentale sur l'acétonémie, par le docteur De Gennes. 1 vol. in-8° de 95 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16423.

25

Capsulines Solirène

A L'HUILE DE RICIN PURE

Ces capsulines sont molles, élastiques, très solubles et sont dégluties avec la plus grande facilité, même par les enfants. Elles ont l'avantage d'être roses, de masquer ainsi la vue de l'**huile de ricin**, et d'avoir l'aspect d'un séduisant fruit confit.

MODE D'EMPLOI :

Prendre le matin, à jeun, à l'aide d'une gorgée d'eau simple ou de bouillon gras :

4 à 8 capsulines, pour effet purgatif complet;

2 à 4 comme laxatif et contre la constipation habituelle.

1 fr. 50 la boîte de 8 capsulines.

Pharmacie SOLIRÈNE, 17, rue Soufflot, Paris, et dans la plupart des pharmacies.

146

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales ph^ies^.

3

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies^.

19

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies^.

17

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine 12 août 1879.)

Ph^ie^ CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39; 40, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

80

RECONSTITUANT : *Anémies, Cachexies primitives ou acquises.*

DÉPURATIF: *Herpétisme de la peau, des muqueuses*

Telles sont les indications thérapeutiques du

Sirop de Clermont

Licencié ès sciences, pharmacien ex interne des hôpitaux de Paris.

Ce Sirop, d'un goût agréable et d'une composition constante, contient exactement :

1^mg^ arséniate de fer soluble par cuillerée à café.

Dose : de 1 à 4 cuillerées à café à chacun des deux repas.

Paris, 6, avenue Victoria.

48

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux.* — Commentaires du Codex, *Gubler.*

Paris, ph. BOSREDON. r. des Francs-Bourgeois, 41.

79

Chatel-Guyon GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissemeut possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux. dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

PARIS, ph^ie^ GREZ, 34, rue de la Bruyère.

109

LA PLUS PUGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sydney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

125

Luchon (Pyrénées)

Saison du 1er Juin au 1er Octobre

La plus riche, la plus complète des stations minérales sulfurées sodiques (24 sources). — Le plus beau climat de toutes les stations similaires des Pyrénées (**à recommander dans les affections des voies respiratoires**).

Mauvais états généraux (constitutionnels ou acquis), — **arthritisme** (manifestations rhumatismales, cutanées, etc.), — **scrofule**, — **lymphatisme**, — **syphilis**, — **affections chirurgicales** (os, articulations), — **atrophie** et **paralysie** musculaires, — **affections utérines**.

Bains. — Grandes et petites douches. — Douches pulvérisées. — Humages. — Etuves. — Salles d'inhalations et de gargarismes. — Buvettes des différentes sources (**SOURCES DU PRÉ**).

57

Véritables Grains de Santé

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues.*

Dépôt : Ph^ie^ LEROY, 2, r. Daunou, et toutes ph^ies^.

70

Etoupe à pansement purifiée

blanchie et cardée suivant les procédés de MM. les docteurs Weber et Thomas. Ce nouveau genre de ouate est hygroscopique, doux, de contact moelleux, élastique *et d'un prix très modique*, ce qui en fait un excellent objet de pansement, remplaçant très avantageusement le coton dans tous ses emplois chirurgicaux et médicaux.

Étoupe antiseptique à l'acide phénique ou salicylique. Vente en paquets de 250 grammes. (Echantillons gratuits et *franco.*)

Fabrique internationale d'objets de pansements à MONTPELLIER. Directeur : H.-Th. BAESCHLIN.

107

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

10

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang.*

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

6

Tamar indien Grillon

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent : *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit. embarras gastrique*, etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc. Ph. GRILLON, 28, r. Grammont, Paris. B^te^, 2 f. 50.

96

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

19

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, ph^ie^ TANRET, 64. rue Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Des indications de l'amputation dans le cours de l'infection purulente. — Considérations sur l'histoire et la géographie de la fièvre jaune. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Thèses. — Nouvelles. — Bibliographie.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.

Des indications de l'amputation dans le cours de l'infection purulente.

Depuis que j'ai pris le service de la Charité, je n'ai pas eu un seul cas d'infection purulente survenue à la suite d'une opération. Néanmoins j'ai l'intention de vous entretenir aujourd'hui de cette question, car de ce que j'ai eu l'heureuse chance d'en être préservé, il ne s'ensuit pas qu'à un moment donné il ne puisse s'en produire. De plus, en dehors des plaies opératoires et à la suite d'un traumatisme accidentel, des phénomènes d'infection purulente peuvent parfaitement se déclarer.

Dernièrement, du reste, un des malades du service en a été atteint d'une façon assez grave pour nécessiter l'amputation d'un membre, opération à la suite de laquelle les accidents se sont immédiatement arrêtés et qui a été suivie d'une réunion immédiate du moignon et d'une parfaite guérison.

Ce cas, du reste, le voici, et son histoire est tellement classique que c'est ainsi le plus souvent que l'infection purulente se manifeste après un grand traumatisme.

Un homme, âgé de vingt-cinq ans, ouvrier mécanicien, reçoit sur la région du genou l'extrémité d'une barre de fer pesant 100 kilogrammes environ. Le traumatisme est très étendu, mais il est en apparence superficiel. Le décollement de la peau commence à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la rotule et s'étend jusqu'à celle-ci. La plaie cependant ne paraît pas pénétrante. Cet homme est immédiatement amené à l'hôpital. L'interne de garde nettoie minutieusement la plaie, la débarrasse d'une quantité de petits graviers, la lave avec l'eau phéniquée, et comme il s'agit seulement d'une sorte de plaie contuse, il fait un simple pansement de Lister.

Le lendemain matin, à mon arrivée dans la salle, j'examinai cet homme; il n'existait aucun gonflement articulaire, la température ne dépassait pas 38 degrés à 38°,5 et la pression sur les parties voisines de la plaie ne faisait sourdre aucun liquide articulaire, d'où je conclus que la plaie ne pénétrait pas dans l'articulation. Je prescrivis l'immobilisation, le pansement de Lister et j'attendis.

Du troisième au quatrième jour la plaie suppura, la température monta en même temps que l'on percevait, dans le genou un peu tuméfié, une légère fluctuation. Je m'efforçai de désinfecter mieux encore la plaie en cautérisant avec une solution de chlorure de zinc au douzième. Un mieux sensible se déclara aussitôt par un abaissement de la température, une diminution de la douleur, de sorte que pendant vingt-quatre heures je pus espérer qu'il n'y avait pas pénétration dans l'articulation.

Malheureusement, vers le sixième jour, la pression donnait issue, en un point, à un liquide quelque peu analogue à de la synovie et légèrement rouge. Cependant il n'y avait pas encore trace de pus et la température ne s'était pas élevée de nouveau ; aussi, malgré mes inquiétudes, ai-je cru devoir temporiser encore.

Mais dès le lendemain les phénomènes articulaires commençaient à s'accentuer (température plus élevée, douleurs, gonflement et fluctuation manifeste). J'ouvris largement sur les côtés interne et externe, je plaçai trois tubes à drainage dont un dans la synoviale, et fis des injections avec la liqueur de Van Swiéten. Pendant quelques jours cela alla bien, la suppuration était presque nulle, des lavages étaient pratiqués matin et soir, lorsque survint la troisième étape, dite des abcès de voisinage, c'est-à-dire du côté du cul-de-sac synovial supérieur, où se firent des fusées purulentes. Nous étions parvenus au quatorzième jour. Il était évident que nous ne pouvions pas nettoyer suffisamment bien la cavité articulaire et que du pus séjournait dans les parties voisines. Dès lors l'infection purulente évolua. Un premier frisson très violent eut lieu, la langue devint sèche, les conjonctives jaunâtres, la diarrhée apparut, et un amaigrissement rapide se fit en quarante-huit heures. Puis le malade éprouva un second frisson tout aussi violent que le premier, s'accompagnant bientôt d'une douleur dans le côté, d'une toux légère sans expectoration; puis survint un point pleurétique d'un côté en même temps qu'une douleur dans l'épaule opposée.

Ces phénomènes nous avaient conduit au vingtième jour. Je décidai aussitôt l'amputation de la cuisse, sachant très bien par expérience que dans un cas pareil les cartilages devaient être suppurés et les os atteints d'ostéomyélite, de telle sorte que toute résection ne pouvait qu'être une mauvaise opération. J'amputai donc à la fois le plus haut possible pour être à l'abri d'accidents purulents en dépassant le niveau du mal, et le plus bas possible aussi pour avoir un moignon suffisant.

Les plaies de la cuisse rendaient assez difficile la forma-

tion du lambeau sans empiéter un peu sur les tissus cutanés percés pour le passage des drains : aussi eus-je bien soin de les désinfecter profondément avec le chlorure de zinc.

Le résultat de l'opération a été un succès éclatant; la température tomba rapidement à 38 degrés; le dixième jour la réunion était complète dans les parties profondes, et le douzième jour il ne restait plus que les plaies anciennes du lambeau. La vie de notre malade était sauvée. Bientôt il acquit un certain embonpoint; la température redevint normale et nous envoyâmes notre opéré à l'asile des convalescents de Vincennes.

Revenons maintenant sur la marche de la maladie que nous pouvons diviser en quatre étapes : La première est l'étape d'attente pendant laquelle le malade est ce que sont tous les blessés. La seconde est la période de suppuration dans la plaie et des fusées de voisinage. La troisième est l'étape d'oscillations, caractérisée par un ou deux jours bons, pendant lesquels la température baisse par le fait de l'ouverture des foyers et des lavages phéniqués. Puis la température se relève, de nouveaux foyers se forment. Ces oscillations peuvent se renouveler et durer pendant six, huit, dix ou douze jours. Enfin, nous trouvons une quatrième phase ou phase de l'infection purulente proprement dite avec frisson primitif et violent, avec claquements des dents, soif ardente, chaleur (41 degrés) diarrhée, inappétence, etc. Le mal marche et se termine, après de nouveaux frissons répétés, par une mort rapide dans l'espace de cinq à six jours.

S'il vous est donné de faire l'autopsie, vous trouvez au niveau de la plaie des fusées purulentes et, du côté des os, une ostéomyélite remontant à une certaine hauteur, des cartilages détruits, des infarctus pulmonaires, puis des abcès métastatiques vers la surface du poumon, à sa base, une pleurésie purulente, enfin du pus dans les articulations et des infarctus plus ou moins gros, de forme triangulaire, dans la rate.

Telle est, rapidement tracée, l'histoire de l'infection purulente chez ces malades.

Étant donné ces faits et l'observation de notre malade, si vous cherchez maintenant dans les auteurs classiques, vous êtes frappé de voir que la plupart des chirurgiens ont une telle terreur de l'infection purulente, que, suivant les conseils desdits auteurs, ils n'osent pas intervenir, toute amputation, leur dit-on, étant inutile en pareils cas. Ainsi parlent sous l'influence des idées anciennes Follin, Sédillot, Billroth, et bien d'autres dans leurs ouvrages.

En résumé, si toute amputation était ainsi proscrite autrefois dans l'infection purulente, c'est parce que les chirurgiens, ne prenant pas les précautions nécessaires de désinfection, inoculaient, infectaient leur malade en l'opérant, soit par leurs éponges, soit par leurs instruments. Aujourd'hui, en prenant les soins de propreté absolue, en faisant des lavages d'eau fortement phéniquée, en pratiquant des injections dans tous les trajets fistuleux, préalablement à l'opération, puis, celle-ci étant achevée, en lavant les plaies, désinfectant le lambeau avec le chlorure de zinc, nous mettons nos malades à l'abri de toute inoculation. Je suis persuadé que ce sont là d'excellents moyens et que je leur dois deux autres succès.

Le premier cas remonte à trois ans ; il est celui d'un malade de la ville qui avait subi une urétrotomie externe pour un rétrécissement presque infranchissable. L'opération avait bien réussi sans aucune hémorragie. Le malade allait bien. Au bout de quarante-huit heures on enlève la sonde : l'urine, déjà un peu purulente, se trouble de plus en plus; on oublie de laver la vessie, le malade est pris d'un violent frisson, température 40 degrés ; on lave alors la vessie, mais incomplètement. Deux jours plus tard, nouveau frisson, douleur dans l'épaule et dans le genou gauche, chaleur locale, infection purulente avec phénomènes articulaires. La vessie est mieux lavée, les accidents infectieux s'arrêtent. Mais le genou augmente, devient chaud, et la présence du pus force à ouvrir le foyer. Lavages du genou; néanmoins des fusées purulentes s'établissent. La seconde période apparaît ; cinq frissons, amaigrissement, conjonctives jaunes, râles pulmonaires, diarrhée fétide ; je veux opérer, la famille s'y oppose. Mais les accidents font des progrès, on consent à l'amputation. J'ampute la cuisse avec les précautions les plus attentives contre toute inoculation. La réunion se fit si vite, sous le pansement de Lister, que le quinzième jour le malade était guéri.

Ce malade se présente ainsi avec deux infections purulentes successives ; la première avec des abcès métastatiques dans le genou qui ont été le point de départ, la cause d'une seconde infection qui a nécessité l'amputation du membre.

Mais comment se fait-il qu'un malade puisse ainsi guérir alors que déjà il présente des phénomènes pulmonaires? Les expériences de M. Pasteur nous démontrent qu'il s'agit là d'une affaire de quantité comme pour les inoculations microbiennes. La dose est-elle forte, la mort en est la conséquence ; est-elle moyenne, des accidents en sont la suite sans entraîner la mort des malades ; est-elle faible enfin, aucun accident ne se produit.

C'est ainsi que si vous amputez de façon à éviter toute réinoculation, toute pénétration d'une nouvelle dose de poison, le malade peut arriver à se débarrasser de celui qu'il a déjà en lui. Je pourrais vous citer, comme exemple, le vieillard du n° 48 de la salle Sainte-Vierge, entré dans nos salles pour une vaste infiltration urineuse avec gangrène considérable de la paroi scrotale, en somme dans un état déplorable. Il a eu aussi une première dose de poison dans l'organisme avec tous les phénomènes de l'infection purulente, de sorte que si nous n'étions pas intervenu à temps, il aurait succombé en quelques jours.

Il en a été de même de la jeune femme d'un de mes anciens élèves auprès de laquelle j'ai été appelé à la suite de deux frissons épouvantables survenus à la suite de séjour prolongé du placenta dans l'utérus, après l'accouchement, placenta dont un fragment persistait encore dans la matrice ; sueurs profuses, diarrhée, liquide vaginal fétide. Je lui fais moi-même une injection phéniquée au 1/80, l'effet en est merveilleux, la température tombe de 40 à 38 degrés, apparences meilleures, la diarrhée seule persiste. Deux jours plus tard, nouveaux frissons, nouvelle intoxication, mêmes phénomènes, douleurs dans les deux épaules. Nouvelle injection, nouvelle amélioration. Enfin, avec cinq récidives semblables, la malade finit par guérir avec la disparition du fragment placentaire qui ne pouvait sortir par un col très rétréci.

En résumé, dans l'infection purulente, il ne faut donc jamais désespérer de sauver son malade en présence d'une amputation faite avec tous les soins et toutes les précautions antiseptiques les plus sévères.

CONSIDÉRATIONS

SUR L'HISTOIRE ET LA GÉOGRAPHIE DE LA FIÈVRE JAUNE.

Par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD,

Directeur du service de santé de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine.

I

Historique. — L'historique de la fièvre jaune a la plus grande importance quand on veut étudier la maladie d'une manière fructueuse sous les nombreux points de vue qu'elle présente. En effet, de l'analyse de ses apparitions dans les divers pays qu'elle a visités, il ressort certains détails qu'on serait disposé à négliger lorsqu'on ne s'occupe que d'une seule épidémie, et qui cependant, étant de nature à éclairer le clinicien comme l'hygiéniste, peuvent nous renseigner non seulement sur l'épidémiologie, mais même sur la pathogénie du typhus amaril.

Les choses les plus contradictoires ont été dites par les divers auteurs au sujet de l'historique de la fièvre jaune. La preuve que j'en puis donner, c'est que les uns ont pensé qu'elle avait été vue positivement dans nos pays dans l'antiquité et qu'elle avait ravagé à diverses reprises certaines provinces de l'ancien continent longtemps avant la découverte de l'Amérique; tandis que d'autres ont soutenu, au contraire, qu'elle avait été la conséquence de l'entrée du Nouveau-Monde dans notre civilisation.

Parmi ces derniers, quelques écrivains ont dit qu'elle fit explosion dès le XVe siècle, ou bien qu'elle apparût dans le XVIe ou même le XVIIe seulement, chez les Européens qui allèrent aux Indes occidentales. Par contre, on trouve des auteurs qui affirment que, bien avant les voyages de Christophe Colomb, elle faisait parfois rage sur les populations de l'archipel antillien et du littoral des deux Amériques. Bien plus, on est allé jusqu'à avancer même que, la fièvre jaune, loin d'être une maladie d'origine américaine, avait été importée d'Afrique en Amérique par les Européens, comme s'il avait fallu que, dans la discussion, toutes les hypothèses imaginables fussent tour à tour formulées. Aussi est-il difficile de présenter cet historique et, pour éviter de rester dans un vague et une confusion regrettables, me faudra-t-il suivre dans mon exposition un ordre méthodique, suivi, dans l'examen des divers points qui se présentent à l'esprit à ce sujet. C'est pour cela que je me poserai successivement les questions suivantes :

A. La fièvre jaune avait-elle été observée en Europe avant la découverte de l'Amérique?

B. Que faut-il croire de l'assertion qui voudrait faire admettre que la fièvre jaune a été apportée d'Afrique en Amérique?

C. Quelle est la date possible de sa première apparition chez les Européens qui allèrent au Nouveau Monde?

D. Peut-on penser qu'elle existait chez les habitants des Antilles et du littoral américain avant l'arrivée des Européens?

E. A quel moment fut-elle observée d'une manière assez sérieuse pour entrer dans le domaine de la science?

A. *La fièvre jaune avait-elle été observée en Europe avant la découverte de l'Amérique.* — Plusieurs auteurs ont soutenu cette opinion. Les uns ont cru la reconnaître dans les observations fournies par Hippocrate. D'autres ont pensé que la peste d'Athènes décrite par Thucydide pouvait bien être en réalité la fièvre jaune. Plus d'un a voulu en trouver la trace dans les épidémies qui ont été signalées dans le vieux monde pendant le cours et le déclin de l'empire romain, et après l'invasion des barbares ou pendant le moyen âge.

La fièvre jaune n'a pas été observée dans l'antiquité, c'est en vain qu'on voudrait prétendre qu'Hippocrate l'a décrite dans son livre des épidémies. D'autre part, l'opinion de Moseley (*Treatise of tropical diseases*, p. 407, Lond. 1803), que la fièvre jaune n'est qu'une espèce de *Kausos*, aggravé par l'influence du climat, est inadmissible, car Littré a parfaitement démontré que ce Kausos n'est que la fièvre rémittente, telle qu'on l'observe de nos jours encore dans les pays de la Méditerranée, et n'ayant aucune relation avec le vrai typhus amaril.

Quelques auteurs, Marius de Bamberg entre autres, ont voulu voir, dans la peste d'Athènes dont parlent Thucydide et Lucrèce, une épidémie de fièvre jaune, mais il n'est pas difficile de combattre victorieusement leurs arguments, car la maladie qui désola la Grèce lors de la guerre du Péloponèse avait, il est vrai, pour caractères : une invasion subite, une grande chaleur à la tête, l'injection des yeux, la respiration impérieuse, etc., etc., tous phénomènes dans lesquels un critique complaisant pourrait voir les symptômes de la fièvre jaune. Mais il faut remarquer aussi que Thucydide parle de la couleur rougeâtre et livide de la peau, d'ulcères putrides et noirs, de gangrènes des extrémités et des organes sexuels, enfin de cicatrices que les sujets qui guérissaient conservaient sur la peau : particularités qui portent à penser que les Grecs furent atteints de la variole maligne ou de la peste, c'est-à-dire d'une maladie essentiellement différente de celle que nous étudions ici.

Je crois donc que nous devons adopter l'opinion de Hillary (*Obs. on the changes of the air*, etc., etc., London, 1759, p. 144) qui dit : « Nous n'apercevons aucune trace de ce fléau dans les descriptions données par les anciens, ni même par les écrivains arabes qui pratiquaient dans les pays chauds. »

B. *Que faut-il croire de l'assertion qui voudrait faire admettre que la fièvre jaune a été apportée d'Afrique en Amérique?* — Quelques auteurs au nombre desquels il faut ranger W. Pym (*Obs. on the bulam fever*, 1815), Audouard (*Revue médicale*, 1824), Faget (*Études médicales de quelques questions importantes pour la Louisiane*, 1859), ont pensé que la fièvre jaune est née en Afrique et qu'elle a été apportée de là en Amérique par les navires négriers; ou bien encore que, inconnue en Afrique, elle s'est développée spontanément dans les cargaisons d'esclaves qui venaient en si grand nombre de l'un à l'autre continent dans les siècles précédents du nôtre.

En examinant avec quelque attention cette opinion, on voit qu'elle est absolument insoutenable, et il ne nous sera pas difficile de le démontrer : Pour procéder méthodiquement nous devons la scinder en deux portions, puisque, ainsi que nous venons de le dire : pour les uns, la maladie est d'origine africaine; pour les autres, quoique étrangère à la côte d'Afrique, elle est née sur les navires négriers pendant la traversée.

Origine africaine. — Bien que la côte occidentale d'Afrique ait été ravagée dans le courant du siècle dernier et dans celui-ci par la fièvre jaune, on ne saurait soutenir qu'elle a été le berceau de la maladie; et en effet, sans parler de l'antiquité, c'est-à-dire du temps où les Phéniciens, les Carthaginois, les Massaliotes, exploraient le monde intertropical, nous savons que cette côte d'Afrique est fréquentée par les Européens au moins depuis l'an 1364, c'est-à-dire cent trente ans avant la découverte de l'Amérique. Or, en lisant les relations des voyageurs, nous ne voyons rien qui puisse être attribué à la fièvre amarile, jusqu'au début ou au milieu du XVIe siècle. Si nous voulons nous en tenir même aux choses bien prouvées, nous sommes obligés de reconnaître que ce n'est qu'au milieu du XVIIe siècle que la chose est absolument incontestable. On conviendra par conséquent que si le pays avait produit de toutes pièces la maladie, les relations très fréquentes et très nombreuses que les Européens avaient avec lui, avant que le courant fût franchement dessiné vers le Nouveau Monde, auraient certainement été l'occasion d'épidémies mémorables dont le souvenir serait venu jusqu'à nous.

Donc nous voyons d'une part les Européens aller en Afrique, dès 1364, sans qu'il soit question de morts nombreuses et effrayantes par le fait d'épidémies dans les années qui suivent. Puis nous les voyons aller en Amérique en 1492 et on parle aussitôt de ces morts aussi nombreuses qu'extraordinaires. N'avons-nous pas là une première et assez grande présomption en faveur de l'origine américaine et non africaine de la fièvre jaune?

D'ailleurs, il est à remarquer que les relations entre l'Afrique et l'Amérique étaient extrêmement restreintes avant le milieu du XVIIe siècle et que les premières épidémies de fièvre jaune, obser-

vées dans l'archipel antillien, remontent à une époque antérieure à l'extension de la traite des nègres. De sorte qu'on a là une raison, puissante, sinon absolue, pour combattre l'opinion de l'origine africaine de la maladie. D'autre part, on voit, en étudiant les faits, que la fièvre jaune a été manifestement apportée d'Amérique dans la presque totalité des épidémies de la côte d'Afrique, et cette importation est si patente qu'on peut sans témérité dire que, pour les cas où elle n'est pas indiquée, c'est à l'insuffisance de nos renseignements qu'il faut croire et non à une genèse sur place. Enfin, j'espère démontrer, quand je m'occuperai de la géographie de la fièvre jaune, qu'elle n'est pas endémique sur la côte occidentale d'Afrique, où elle ne naît nulle part spontanément et où elle est toujours apportée du dehors.

Donc, si le lecteur veut bien admettre pour le moment, sur mon assertion, qu'il n'y a pas aujourd'hui de foyer générateur de la maladie dans ce pays, on voit qu'il n'est pas logique d'admettre en présence de ce fait, comme en conséquence des autres que je viens d'énumérer, que le typhus amaril ait pu être chargé avec les nègres sur les navires qui allaient en Afrique chercher des esclaves pour les porter en Amérique.

Développement spontané à bord des navires négriers. — Malgré ce qui a été dit à ce sujet, on ne saurait croire un seul moment à cette origine de la fièvre jaune, à mon avis. D'abord disons, avec mon excellent ami Léon Colin, qu'il serait bien étrange que la maladie eût pris naissance dans des agglomérations de nègres qui, individuellement, sont infiniment plus réfractaires que les blancs à la fièvre amarile. L'esprit répugne instinctivement à penser qu'une race, qui n'a pas à souffrir en général de l'affection, la colporte ainsi d'un pays à un autre d'une manière active servant d'intermédiaire, indemne, entre deux agglomérations d'individus décimés par des atteintes.

D'autre part, pendant de nombreuses années, des médecins de la marine française ont navigué sur les navires qui transportaient les engagés nègres de la côte d'Afrique en Amérique et qui étaient absolument dans les conditions des négriers de la traite : or ils n'ont jamais rencontré la fièvre jaune. Ces médecins, qui ont, comme le dit très bien notre ami le Dr Corre, « accompagné des convois d'esclaves ou de travailleurs libres soumis aux conditions de la plus déplorable hygiène, ont décrit des épidémies de scorbut, de béribéri, de dysenterie, etc., etc., mais ils ne parlent d'aucune fièvre suspecte à cachet amaril, observée soit parmi les noirs, soit parmi les équipages européens ».

Quant à l'assertion de Faget qui, pour soutenir la production spontanée de la fièvre jaune sur les navires négriers, dit que lorsque les marchés des États-Unis furent fermés à la traite, les esclaves ont reflué vers le Brésil et que c'est alors seulement que la fièvre jaune s'est montrée dans ce pays, elle est absolument inexacte. La fameuse épidémie d'Olinde, en 1687, eut lieu bien avant que la côte occidentale d'Afrique y envoyât des bâtiments négriers; et on sait parfaitement que le typhus amaril qui fait des ravages depuis 1849, dans toute l'Amérique du Sud, fut apporté à Bahia par le paquebot venant de la Nouvelle-Orléans et de Cuba.

Donc, on le voit, il faut désormais considérer résolument cette question, de l'origine africaine de la fièvre jaune, comme jugée dans le sens négatif; le typhus amaril doit être bien et dûment considéré comme une maladie d'origine américaine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 juillet 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Fonctionnement du système nerveux. — M. MAIRET fait une communication sur le fonctionnement du système nerveux étudié par les éliminations par les urines et en particulier par l'élimination de l'acide phosphorique. Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Si l'acide phosphorique sert à la nutrition et au fonctionnement d'autres tissus que le tissu nerveux, il est intimement lié à la nutrition et au fonctionnement de ce dernier;

2° Les maladies fonctionnelles, le système nerveux, modifient les échanges nutritifs qui se passent au sein de ce système; les modifications que produisent ces maladies dans l'élimination de l'acide phosphorique le prouvent.

Chloroforme. — M. PAUL BERT rend compte de nouvelles expériences à l'aide de mélanges titrés d'air et de chloroforme. Ces expériences l'amènent à conclure que la mort par le chloroforme n'arrive pas par emmagasinement du chloroforme, mais bien par arrêt de nutrition pendant un temps plus ou moins long.

La vie des chrysalides. — M. PAUL BERT a fait une série d'expériences sur les chrysalides : l'électricité n'exerce sur elle aucune action, l'éclosion se fait le même soir. La peau des chrysalides est un isolateur absolu. Elles résistent à la destruction à tel point que mortes elles se dessèchent plus vite que vivantes. La diminution de la température, de la pression atmosphérique restent sans action. L'air chloroformé à 3 p. 100, qui tuerait un chien en quinze heures, n'exerce sur les chrysalides aucune action. Si on les fait respirer dans des flacons de différentes tailles, on voit que dans un flacon de 10 litres l'éclosion est normale; au-dessous, il y a un ralentissement. Dans un flacon de 4 litres, deux sont mortes dix jours avant l'éclosion, les deux autres ont pu arriver à bien sauf un retard de deux jours. Ayant analysé chaque jour l'oxygène absorbé et l'acide carbonique rendu, on a constaté chaque jour une progression régulière jusqu'à la semaine qui précède l'éclosion ; à cette époque, il y a une véritable explosion.

L'eau oxygénée et le choléra. — M. PAUL BERT donne connaissance d'une lettre de M. le docteur Larrive relativement à l'emploi de l'oxygène dans le traitement du choléra. M. Larrive, dans cette lettre, rappelle les expériences qu'il a fondées, dès le début de ses recherches, sur les effets de l'eau oxygénée dans le traitement du choléra.

Mouvements fibrillaires et suggestion. — M. E. GLEY a répété les expériences dont on a tant parlé récemment et qui consistent à trouver, les yeux fermés ou bandés, un objet caché ou simplement pensé par une personne que l'expérimentateur tient par la main. M. Gley a fait une centaine d'expériences sur 25 personnes, 9 du sexe féminin, 16 du sexe masculin, et il a toujours réussi avec 16 de ces sujets, 7 du sexe féminin, 9 du sexe masculin. Or il a été très nettement guidé vers l'objet à trouver par de petits mouvements des muscles de la main du sujet en expérience. C'est sur ce point que M. Ch. Richet avait déjà attiré l'attention de la Société. Mais M. Gley a eu l'idée d'enregistrer ces mouvements et, par conséquent, de fournir la preuve objective de leur réalité. Il s'est servi pour cela de divers appareils, et il présente à la Société quelques-uns des tracés qu'il a obtenus sur 1 femme et sur 3 hommes, tracés qui révèlent clairement, dans les muscles de l'avant-bras et de la main des sujets, un état de contraction légère continue, de tonicité exagérée.

M. Gley, après avoir insisté sur quelques détails et particularités de ces mouvements musculaires inconscients, en donne l'explication. Il pense qu'il faut en chercher la cause dans la théorie psychologique du rapport de l'image et du mouvement, et il montre que toute sensation, toute idée, toute représentation mentale, en un mot, est liée à des mouvements, dont très souvent nous n'avons pas conscience, et qui entrent dans cette représentation à titre d'éléments intégrants. Il y a donc dans le cerveau, en rapport avec les images, des courants centrifuges desquels résultent des mouvements musculaires, comme ceux dont il s'agit dans les expériences dites de Cumberland où l'on a voulu à tort voir de la suggestion mentale.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel de conchyliologie (1), de Paul FISCHER.

Le VIe fascicule de ce manuel nous donne la suite de l'étude des Gastéropodes.

L'auteur nous avait déjà présenté vingt familles. Il continue par la famille des *Siphonaridæ*, caractérisée par un animal amphibie, pourvu d'une poche pulmonaire semblable à celle des *Auricula* et d'une branchie transverse, formée de plis triangulaires. La mâchoire arquée, à bord libre, simple ou formant une légère saillie, a le bord supérieur prolongé par des filaments verticaux. La radule est formée de séries horizontales de dents. La coquille est patelliforme ; l'impression de l'adducteur de la coquille est interrompue par un sinus latéral correspondant à l'orifice pulmonaire,

A cette famille succèdent celles des Gadiinidæ et des Amphibulidæ.

L'ordre des Opistobranchiata se divise en deux sous-ordres : les Nudibranchiata et les Tectibranchiata.

Les Nudibranchiata comprennent les familles : Doridopsidæ, Doriidæ, Polyceridæ, Heterodorididæ, Pyllidiidæ, Hypobranchiæidæ, Pleurophyllidiiæ, Dermatobranchidæ, Tethyidæ, Tritoniidæ, Dendronotidæ, Scyllæidæ, Bornellidæ, Phyllirrhoidæ, Proctonidæ, Æolididæ, Fionidæ, Glaucidæ, Dotoidæ, Hermæidæ, Elysiidæ Limapontiidæ, Rhodopidæ et Entoconchidæ.

Les Tectibranchiata comprennent les familles : Actoænidæ, Tornatinidæ, Scaphandridæ, Bullidæ, Aplustridæ, Ringiculidæ, Gastropteridæ, Philinidæ, Doridiidæ, Aplysiidæ, Oxynœidæ, Pleurobranchidæ, Runcinidæ et Umbrellidæ.

On voit quelle importance a pris l'ordre créé, en 1848, par M. Milne-Edwards.

L'ordre des Nucleobranchiata renferme des animaux essentiellement pélasgiques, nageant à la surface de la mer dans une position renversée, au moyen de leur pied modifié. On les a divisés en deux familles : Pterotracheidæ, Atlantidæ.

L'ordre des Prosobranchiata a été proposé, en 1848, par M. Milne-Edwards. Il comprend les gastropodes dioïques univalves, à pied organisé pour la reptation (platypoda), à respiration branchiale ou pulmonaire, et dont l'oreillette est placée en avant du ventricule du cœur. Les organes respiratoires sont logés dans une chambre voûtée, constituée par le manteau en arrière de la tête.

Une coquille bien développée protège les viscères et peut, presque toujours, renfermer complètement l'animal. Au point de vue de l'évolution de la coquille, les Prosobranches sont donc beaucoup plus avancées que les Opisthobranches, chez lesquels cette partie est en quelque sorte accessoire à l'état adulte, tantôt rudimentaire et tantôt absente.

L'ordre des Prosobranches renferme un nombre considérable de mollusques. M. Fischer les divise en deux sous-ordres : 1° les Pectinibranches pourvus d'organes d'accouplement; 2° les Scutibranches, dépourvus de ces organes.

Les Pectinibranches sont actuellement répartis, d'après la structure de leur radule, en Toxoglossa, Rhachiglossa, Tænioglossa, Ptenoglossa et Gymnoglossa.

Les Toxoglossa, d'après la disposition des yeux, sont répartis en Acrophthalma et Pleurothalma. Aux premiers appartient la famille des Terebridæ ; aux seconds, les familles des Conidæ et des Cancellariidæ.

Les Rachiglossa empruntent leurs subdivisions à la structure du pied. Ils sont glossophores ou aglosses. Les premiers sont schizopodes (famille des Olividæ) ou holopodes. Ces derniers, dont la face plantaire n'est pas divisée, comprennent les familles des Harpidæ, Marginellidæ, Volutidæ, Mitridæ, Fasciolariidæ, Turbinellidæ, Buccinidæ, Nassidæ, Columbellidæ et Muricidæ.

Les Aglosses forment une famille, celle des Coralliophillidæ.

Le fascicule VI, que nous analysons, nous fait connaître les Olividæ, les Harpidæ, les Marginellidæ et les Volutidæ. Il s'arrête au genre Volutithes.

Nous sommes entré dans quelques détails sur ce fascicule pour montrer avec quel soin M. le docteur Paul Fischer traite ce manuel de conchyliologie, qui a été accueilli avec une si vive sympathie par le monde scientifique.

(1) In-8°. — Prix : 24 francs. — Paris, F. Savy.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée (1), de Ad. WURTZ.

Le VIIIe fascicule du supplément du *Dictionnaire de chimie* vient de paraître. Ce fascicule comprend les mots compris entre *Oxygène et Picolines.*

Parmi les articles qui intéressent plus particulièrement les médecins, nous signalerons ceux qui sont intitulés : Ozone, Suc pancréatique, Pepsine et Peptones, Pétrole, Phénol.

Comme curiosité de nomenclature, on nous permettra de reproduire les mots : Acide phénylglyoxylique ; acide phénylmercaptorique, Phénylméthylacétone, et enfin Phénylnaphtylcarbazol.

Paléoethnologie. — De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes (2), par M. Émile RIVIÈRE.

M. Émile Rivière, notre collaborateur, a entrepris depuis quelques années la publication d'un important ouvrage de paléontologie humaine intitulé : *De l'Antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes.*

Nous ne pouvons mieux faire, pour en donner ici un premier aperçu à nos lecteurs, que de reproduire les propres paroles de M. A. Gaudry, professeur de paléontologie au Muséum et membre de l'Institut, présentant à l'Académie des sciences ces jours derniers les neuf premières livraisons parues de ce livre :

« Toutes les personnes qui s'occupent des études préhistoriques savent que M. Émile Rivière a fait, il y a plusieurs années, d'importantes recherches près de Menton, dans les grottes appelées les Baoussé-Roussé. C'est de là qu'il a extrait le fameux squelette humain que l'on admire dans les collections anthropologiques du Muséum, dirigées avec tant de talent par notre confrère M. de Quatrefages. M. É. Rivière a retiré des mêmes grottes de nombreux objets de l'industrie humaine ainsi qu'une multitude énorme d'ossements d'animaux divers. L'ouvrage que je dépose en son nom sur le bureau de l'Académie a pour but de faire connaître ces riches matériaux. La première planche représente une vue des grottes des Baoussé-Roussé. Plusieurs planches renferment les figures coloriées des instruments humains. Les planches qui suivent montrent le squelette d'un homme adulte et deux squelettes d'enfants. Elles offrent ensuite la série des coquilles qui ont servi de parures, celles dont les mollusques ont été mangés par les anciens habitants des cavernes et les ossements de nombreux animaux (mammifères, oiseaux, batraciens et poissons) parmi lesquels on remarque le *Felis spelæa,* le *grand Ours,* le *Rhinocéros,* l'*Éléphant*, un grand *Castor*, le *Glouton*, etc. Il faut beaucoup de dévouement à la science pour publier un ouvrage tel que celui qui est offert à l'Académie par M. Émile Rivière et qui fait le plus grand honneur à la paléontologie française. Il est bien à désirer que ce savant naturaliste puisse achever sa belle publication. »

L'Année scientifique (3), par Louis FIGUIER.

Infatigable et toujours sur la brèche, M. Louis Figuier, pour la vingt-septième fois, nous redit l'histoire scientifique de l'année qui vient de s'écouler. Peu de publications ont eu un succès plus légitime que l'*Année scientifique* et c'est toujours avec plaisir qu'on feuillette ces pages, où l'on retrouve une reproduction si exacte des grands évènements scientifiques.

(1) In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.
(2) 1 vol. gr. in-4°. — Prix : 5 francs la livraison (les neuf premières livraisons ont paru). — Paris, J.-B. Baillière.
(3) In-12. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Hachette et Cie.

L'année 1883 a été dominée par la catastrophe de Java. C'est elle qui a les honneurs du frontispice annuel.

Quant à dire seulement les matériaux contenus dans ce livre, il ne faut pas même essayer. C'est un recueil où les faits s'accumulent, et s'il arrive au lecteur de parcourir ces diverses *Années scientifiques*, il est toujours agréablement surpris de retrouver à leur heure des documents qui seraient bien difficiles à retrouver sans le recueil de M. Figuier.

C'est donc une bonne fortune pour le curieux des sciences de posséder l'*Année scientifique* et la collection en est devenue des plus précieuses.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

192. M. JACQUELOT. Contribution à l'étude des déchirures du col de l'utérus. — 193. M. GUY. Recherches sur les propriétés thérapeutiques, chimiques et physiologiques de l'Hamamelis Virginica. — 194. M. GUINARD. Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente. — 195. M. DÉROBERT. Traitement topique du psoriasis par l'acide chrysophanique. — 196. M. BEAUVOIS. Du ptosis et en particulier de son traitement chirurgical par la méthode de suppléance du muscle releveur de la paupière supérieure par le frontal. — 197. M. THIROUX. Contribution à la thérapeutique du goitre par l'iodoforme. — 198. M. MONGIRD. Du carcinome du péritoine. — 199. M. BÆNA. Des kystes séreux congénitaux du cou. — 200. M. BURUCUA. Du rhumatisme oculaire et de quelques manifestations peu communes. — 201. M. HUSSON. Contribution à l'étude des relations des péritonites avec les cirrhoses atrophique, hypertrophique, graisseuse. — 202. M. SALLE. Essai sur quelques altérations des vaisseaux lymphatiques dans le cours de la syphilis (lymphopathies syphilitiques). — 203. M. CHATELET. Étude sur la température locale du sein après l'accouchement. — 204. M. ARAMI. De l'extension continue avec demi-flexion dans le traitement des fractures du corps du fémur. — 205. M. BURRION. Contribution à l'étude de l'hémoglobinurie essentiellement paroxystique. — 206. M. LURIA. Des injections de nitrate d'argent dans la sciatique. — 207. M. CHOTIER. De l'arthrite blennorrhagique. — 208. M. GUÉRIN. Du zona ophtalmique. — 209. M. BOURGADE DE LA DARDYE. De la typhlite rhumatismale. — 210. M. LAPREVOTÉ. Des accidents tétaniformes dans la dilatation stomacale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Après avoir subi une certaine aggravation, l'épidémie cholérique reste à peu près stationnaire à Toulon, ou plutôt il y aurait une certaine amélioration dans les hôpitaux de la marine et une aggravation sensible en ville et dans le faubourg du Las, tandis qu'à Marseille le nombre des décès aurait augmenté, si nous en croyons les dernières dépêches :

Voici d'ailleurs les chiffres du 3 au 6 de ce mois :

	TOULON.	MARSEILLE.
3 juillet.	9 décès.	2 décès.
4 —	14 —	6 —
5 —	13 —	11 —
6 —	16 —	15 —

Parmi les décès de la journée du 4, nous avons le vif regret de compter celui de M. le docteur Borel, médecin de première classe de la marine.

Quant à la morbidité dans les hôpitaux de Toulon, elle serait, d'après une dépêche d'hier, dimanche, 6 heures 50 du soir :

Hospice civil : Entrées 3, décès 5, guéris 5, en traitement 9. — Hôpital Saint-Mandrier : entrées 4, décès 0, en traitement 101. — Hôpital de la marine : entrée 1, décès 1, guéris 2, en traitement 16, soit en traitement 134 cholériques.

La dernière dépêche de M. le docteur Rochard au Ministre de la marine est ainsi conçue :

« Je persiste à croire que l'épidémie est arrivée à sa période d'état et que la population de Toulon n'a pas à redouter les terribles épreuves auxquelles elle a été soumise en 1835 et 1865.

Je serais étonné si la maladie s'arrêtait prochainement. Je crains qu'elle ne se prolonge; mais je crois qu'elle va s'atténuer de jour en jour jusqu'à la fin des grandes chaleurs, et j'espère qu'elle conservera jusqu'au bout le caractère de bénignité qu'elle a revêtu jusqu'ici et qu'elle affecte également à Marseille. »

— Par arrêté ministériel en date du 3 juillet 1884, l'ouverture des concours pour l'obtention de bourses de doctorat en médecine aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 27 octobre 1884.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le 18 octobre, à quatre heures.

Sont admis à concourir :

Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire. Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicales.

Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire, et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie.

Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie.

Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du deuxième examen probatoire. L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Les candidats justifiant des grades de bachelier ès sciences et de bachelier ès lettres qui continuent leurs études d'après l'ancien régime, s'ils ont obtenu la note *bien* à l'examen correspondant à leur temps de scolarité. Les épreuves seront les mêmes pour les étudiants de l'un et de l'autre régime d'études.

Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, pourront obtenir sans concours une bourse de première année.

— M. le docteur Roussy, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, a été élu médecin du bureau de bienfaisance dans le Ve arrondissement.

— Un concours s'ouvrira successivement dans les écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, à partir du 1er septembre 1884, dans le but de pourvoir à vingt emplois d'aide-médecin et à un emploi d'aide-pharmacien.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. La première partie du tome XX de la 2e série, la première par

tie du tome X de la 4e série, la deuxième partie du tome XIII de la 3e série, viennent de paraître aux librairies Asselin et Cie et G. Masson. Elles contiennent les principaux articles suivants : *Goutte*, par M. Rendu. — *Palpation*, par M. H. Barth. — *Panaris*, par M. Polaillon. — *Pancréas*, par M. Arnozan. — *Pansement*, par MM. Chauvel et Bousquet. — *Suppuration*, par M. Hénoque. — *Surdi-mutité (surdité)*, par M. Ladreit de la Charrière.

Études médicales du professeur Lasègue. 2 vol. in-8°. — Prix : 25 francs. — Paris, Asselin et Cie.

De la pince à os et du cranioclaste, par le docteur A. Auvard, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris. 1 vol. grand in-8° de 260 pages avec 45 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin.

Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel, par le docteur Léon Galliot, In-8° de 130 pages avec deux tableaux de la statistique criminelle de la France. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Procès-verbal fait pour délivrer une fille possédée par le malin esprit, à Louviers (1591). Publié d'après le manuscrit de la Bibliothèque nationale, par A. Benet, précédé d'une introduction par B. de Moray. In-8°, papier vélin de 220 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude sur les cancers de l'œil, par le docteur Gustave Dron. 1 vol. petit in-4° de 115 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Étude sur la méningite tuberculeuse de l'adulte ; les formes anomales en particulier, par André Chantemesse. 1 vol. in-8° de 184 pages avec une planche hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Formulaire des maladies des voies urinaires, par le docteur F. Mallez. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale, par le docteur Sauton. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la vaccination par injection sous-épidermique, par le docteur Bourgeois, médecin-major. In-8° de 20 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, O. Doin.

Sur le rapport qui existe entre une variété de la kératite grave dite scrofuleuse et l'astigmatisme de la cornée, par le docteur G. Martin. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16439.

25

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ;— RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.............. 1.33
Silicate acide
Arséniate »
Phosphate » } sesqui-oxyde de fer
Sulfate »
— de chaux.. } 0.44
Chlorure de sodium...
Matières organiques...

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

146

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales ph^ies.

19

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

31

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande.— Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

25

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

12

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'**Apiol** est l'emménagogue par excellence. Mais le commerce délivre sous ce nom des teintures ou extraits alcooliques de persil, à peu près inertes. L'**Apiol** des Drs Joret et Homolle offre seul toutes les garanties d'une bonne préparation ; c'est le seul qui soit absolument pur et qui ait été expérimenté avec succès dans les Hôpit. de Paris.

Dép. gal : ph^ie Briant, 150, r. de Rivoli, et ph^ies.

1

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

17

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

177

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions dfficiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

65

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

13

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses*, *Blennorrhagie*, *Blennorrhée*, *Catarrhe vésical*; le SACCHARURE c. le *Croup*.

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

66

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

23

Capsules Lagasse

A LA GEMME DE PIN MARITIME

Hydro-gemmine Lagasse

EAU DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE.

Rhumes, toux, catarrhes, bronchites, affections des reins, catarrhes utérins, uréthrite.

19

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Adh. Dethan

3

MALADIES DE LA PEAU.

Sirop et pommade Chesnel

au Goudron opobalsamique.

Spécialement recommandé dans le traitement de l'eczéma.

Vente en gros chez Marchand, 13, rue Grenier-Saint-Lazare. — Détail dans toutes les ph^ies.

21

Un Nouvel Hémostatique

Le Dr Chomel recommandait le suc d'ortie comme le meilleur remède c. ttes hémorrhagies. **LE SIROP HEMOSTATIQUE DE PENEAU** au suc d'ortie, expérimenté dans les hôpitaux, guérit tte hémorrhagies et constitue un spécifique contre métrorrhagies et leucorrhées. Dose : 1 cuillerée ttes les heures jusqu'à modération du flux sanguin ; comme préventif 2 à 3 cuillerées par jour. — Paris, Phie Lebrun, fg Montmartre, 50 ; Fiévet, r. Réaumur, 53. Fabrn et gros, phie Peneau, Bourges (Cher).

N° 80. — JEUDI 10 JUILLET 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 10 JUILLET 1884. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hospice de la Salpêtrière. La syphilis du cerveau : Accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — De l'action du perchlorure de fer dans le traitement de la fièvre typhoïde. — Académie de Médecine. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous publions textuellement les deux documents les plus importants de cette séance : la lettre de M. Fauvel et le discours de M. Rochard sur le choléra de Toulon.

M. Fauvel maintient malgré tout ses prophéties sur la marche ultérieure de l'épidémie, qui, suivant lui, est destinée à s'éteindre sur place.

M. Rochard est convaincu que cette épidémie a été importée ; mais il croit que c'est en Égypte qu'il faut en chercher l'origine et que l'occupation anglaise, à la suite de laquelle ont été négligées les précautions quarantenaires prises jusque-là dans la mer Rouge, en est la véritable cause. Il espère d'ailleurs qu'elle sera bénigne, et en cela il se rapproche de M. Fauvel. Le nombre des morts, en effet, reste peu élevé proportionnellement; les cas rapides sont assez rares; on observe presque toujours une diarrhée prémonitoire, souvent de longue durée : en un mot, le tableau clinique est infiniment moins effrayant que dans quelques-unes des épidémies précédentes.

M. Rochard, en donnant ces détails avec son talent oratoire si apprécié, a obtenu le plus grand succès. Il n'en a pas été de même de M. Mesnet qui a commencé la lecture d'un savant mémoire sur le côté théorique de la question.

En ce moment d'épidémie, la théorie intéresse beaucoup moins que les faits. Ce sont eux qu'on veut laisser parler, et la *Gazette des hôpitaux* s'efforcera de contenter sous ce rapport l'opinion ou plutôt l'inquiétude publique.

A la fin de la séance, sur la proposition de MM. Fauvel et Besnier, l'Académie s'est prononcée sur les dangers que pourrait offrir l'agglomération de population résultant de la fête du 14 Juillet.

Nous n'entrerons pas dans le détail de la discussion qui précéda ce vote. Les uns craignaient que l'Académie, corps officiel, n'ayant pas été consultée, se compromît par rapport aux pouvoirs publics en exprimant trop nettement sa pensée sur cette question; d'autres, au contraire, eussent préféré un vœu formel. La rédaction de M. Besnier, peu accentuée, a réuni la majorité des suffrages.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La syphilis du cerveau (1).

ACCIDENTS NERVEUX MULTIPLES. — TROUBLES INTELLECTUELS.

IV

Troubles intellectuels. — Le moment est venu d'appeler votre attention sur les manifestations psychiques de la syphilis. Je m'attacherai d'autant plus volontiers à vous les décrire qu'elles ont été, dans ces dernières années, l'objet d'observations attentives.

Ce n'est pas que la notion d'une folie syphilitique ou diathésique, comme on l'a aussi quelquefois appelée, soit nouvelle. Relisez les écrits des maîtres en aliénation mentale et vous verrez que la plupart de ces derniers ont agité, sinon résolu, la question des rapports possibles entre la vérole et la folie. Mais, jusqu'à l'époque contemporaine, on connaissait trop peu la syphilis cérébrale, les troubles variés qu'elle détermine, les étapes qu'elle parcourt, pour apporter à cette question une solution précise. Et l'on se bornait le plus souvent à relever la coïncidence ou la non-coïncidence de l'aliénation et de la vérole, et à dresser des statistiques, que chacun pouvait interpréter suivant ses tendances et ses idées préconçues. Je vous rapporterai, à titre d'exemples, quelques-unes de ces statistiques, anciennes ou modernes : Esquirol, sur 458 cas de folie, en rapportait 9 à la vérole. D'après Black, sur 2,829 aliénés de Bedlam, il y aurait 14 syphilitiques avérés. D'après Hildenbrandt, *tous* les aliénés de Stephansfeld auraient des antécédents spécifiques!

Ces chiffres signifient peu de chose. Il ne suffit pas en effet qu'un fou soit atteint de la vérole, pour qu'on soit en droit de tenir pour syphilitiques les troubles psychiques qu'il présente. Et c'est vraisemblablement parce qu'on a attribué à la syphilis un rôle étiologique dans des cas où elle n'était point en cause, au moins directement, que les auteurs ont dû chercher l'explication de ce rôle dans des interprétations et des hypothèses dont quelques-unes sont d'une singulière hardiesse. Frank, par exemple, non moins métaphysicien que médecin, expliquait la folie chez les syphilitiques, « par une irritabilité du système nerveux, dépendant elle-même de l'état de l'âme, dont le corps est en proie à une maladie honteuse! » Mieux inspiré, Trélat père, tout en reconnaissant la fréquence de la vérole chez les aliénées de son service de la Salpêtrière, pensait que le genre de vie des mala-

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er juillet 1884.

des, les excès de toutes sortes, étaient à mettre en cause au même titre que l'infection.

Ces discussions, il faut bien le dire, sont restées quelque peu stériles. Et la question de la folie syphilitique est aujourd'hui transportée sur un terrain différent de celui où s'étaient placés les auteurs dont je viens de vous citer l'opinion. Il ne s'agit plus, en pareille matière, de déterminer la part plus ou moins grande que la syphilis peut avoir sur la genèse des cas d'aliénation vulgaire, c'est-à-dire d'aliénation sans substratum anatomique, ni même de rechercher si, dans l'espèce, elle a quelque part.

Qui dit actuellement folie syphilitique, dit folie relevant des lésions cérébrales, aujourd'hui assez bien connues, que la vérole détermine. Or, comme les lésions en question se traduisent le plus souvent par des manifestations multiples, les troubles psychiques chez les syphilitiques constituent d'ordinaire seulement l'un des traits du tableau, non toujours le plus saillant. Ils n'évoluent pas à l'état d'isolement, comme cela se passe pour la plupart des cas d'aliénation reconnaissant une autre cause que la vérole; mais ils précèdent, accompagnent ou suivent les troubles moteurs ou sensitifs, affirmant par là leur communauté d'origine avec ces derniers.

Je dois vous répéter ici ce que je vous disais précédemment à propos des accidents épileptiformes et des paralysies : pas plus dans la sphère psychique que dans la sphère motrice, la syphilis n'a une symptomatologie qui lui soit propre. C'est qu'en effet les lobes antérieurs du cerveau n'ont pas des façons différentes de réagir, suivant la nature de la cause qui les lèse. Ils ont à leur disposition, pour traduire la gêne qu'ils éprouvent, des procédés peu nombreux (exaltation, dépression, démence). Aussi, étudier les manifestations psychiques de la syphilis cérébrale, c'est rechercher quels sont ceux des troubles intellectuels vulgaires que celle-ci s'approprie, et quelle évolution elle leur imprime. En un mot, les manifestations psychiques de la vérole sont d'origine spécifique, mais elles ne sont pas elles-mêmes spécifiques.

Il en résulte que l'analyse même la plus minutieuse du trouble mental est insuffisante à en décéler la nature. Mis en présence d'un délire à forme dépressive ou à forme d'excitation maniaque, le médecin et le nosologiste doivent chercher ailleurs que dans l'étude même du trouble la clef de leur diagnostic et la preuve de la légitimité de leur classification.

Un trouble intellectuel s'affirme syphilitique : 1° quand il précède, accompagne ou suit d'autres manifestations de syphilis cérébrale; quand il affecte une évolution analogue à celle de ces dernières; quand il progresse ou rétrograde avec elles; 2° quand il est passible du traitement spécifique. Vous concevez en effet que dans les cas où la médication iodo-mercurique détermine l'amélioration rapide et nette de troubles mélancoliques ou maniaques, il y a grande présomption que ces troubles se rattachent à la vérole. Mais évitez de prendre pour un effet du traitement employé les améliorations spontanées qui se produisent souvent au cours de certaines formes d'aliénation mentale. L'influence de la médication, pour être décisive, doit être nette et indiscutable; 3° enfin, il est un dernier criterium, qui à l'occasion pourra servir, sinon au médecin pour établir son diagnostic, au moins au nosologiste pour démontrer par surcroît la nature syphilitique de certains phénomènes psychiques : c'est le criterium anatomo-pathologique. En effet, si un malade a présenté, durant la vie, telle ou telle autre forme de trouble mental, et si, à l'autopsie, vous rencontrez, dans le cerveau, les lésions de la vérole, vous serez en droit de considérer les premiers comme placés sous la dépendance des seconds.

Il est cependant nécessaire de faire, à ce propos, une réserve. Sans aucun doute, les altérations cérébrales de la syphilis peuvent amener à leur suite des désordres psychiques, et nous allons pour un instant rechercher lesquels; mais il est permis de penser que ces désordres sont souvent sinon toujours préparés, rendus possibles, par une prédisposition individuelle acquise ou héréditaire. Deux malades ayant la même lésion ne réagiront pas de la même façon. Chez l'un, les troubles mentaux seront à peine prononcés, chez l'autre ils seront bruyants. Force est donc d'admettre au moins, pour quelques cas, un intermédiaire entre l'altération syphilitique et l'aliénation. L'hérédité nerveuse, même en matière de syphilis cérébrale, ne perd jamais ses droits.

Ces remarques générales devaient vous être présentées au début de l'étude que nous entreprenons; nous pouvons maintenant aborder la description des troubles psychiques occasionnés par la vérole.

Quelle que soit la forme sous laquelle se présente la folie syphilitique, celle-ci est rarement primitive. Le plus souvent, elle est précédée par l'une ou l'autre des manifestations que je vous ai précédemment indiquées : céphalée, ictus apoplectiforme, paralysie localisée, etc. Vous concevez de quelle importance, au point de vue du diagnostic, sont ces symptômes antécédents qui permettent en général de reconnaître assez vite la cause réelle des désordres intellectuels, en même temps qu'ils en démontrent la nature spécifique. Mais, dans quelques cas positifs, la folie est la première manifestation avérée et reconnue de la vérole : le fait paraît bien établi aujourd'hui. Il importe de se le rappeler, si l'on ne veut faire fausse route en clinique et manquer l'occasion de prescrire en temps utile le traitement spécifique.

Qu'elle soit primitive ou secondaire, l'aliénation syphilitique se présente, dans les deux cas, avec les mêmes caractères. Ces caractères sont variables chez les divers malades, quelquefois chez le même malade, suivant la période de l'affection à laquelle on observe celui-ci. Je mets sous vos yeux un tableau synoptique qui vous permettra de juger d'un coup d'œil les formes variées qu'affectent les troubles psychiques dans la syphilis.

Folie syphilitique :	*a.* Dépression intellectuelle	simple. avec incohérence.
	b. Excitation maniaque.	
	c. Pseudo-paralysie générale.	

A. *Dépression intellectuelle simple.* — La dépression intellectuelle est la modalité que revêt le plus communément la folie syphilitique. Cette dépression peut être simple et ne s'accompagner ni d'incohérence ni de délire. Elle débute tantôt d'une façon lente et progressive, tantôt avec une brusquerie apparente. Elle ressemble de très près à cet état d'affaissement cérébral qui suit quelquefois les accès de mal comitial, et de fait elle est souvent consécutive à un ou plusieurs accès d'épilepsie syphilitique.

A la phase de début et aux degrés les plus légers, tout consiste dans une sorte d'abattement intellectuel : les idées sont moins lucides, l'esprit est moins vif, la mémoire moins pénétrante. Le malade devient incapable de se livrer à un

travail intellectuel suivi, d'exécuter des calculs un peu compliqués. Puis les phénomènes vont en s'accentuant davantage. L'enchaînement des idées est difficile, vicieux. L'attention n'est plus soutenue. Le langage trahit par son décousu, son manque de logique, son absence de précision, cet état « d'asthénie intellectuelle ». Vous devinez les conséquences de semblables troubles. Les malades sont inaptes à continuer leurs occupations habituelles et doivent renoncer à la conduite des affaires dont ils s'occupaient jusque-là. La plupart se rendent compte de leur incapacité cérébrale. Ils ne la jugent pas, sans doute, à sa juste valeur; mais ils comprennent qu'ils ont baissé, qu'ils ne sont plus les mêmes.

Voici une observation des plus topiques de cette forme de troubles.

Observation I (1). — Une femme, *actuellement affectée d'une hémiplégie gauche* et de *douleurs ostéocopes* des plus intenses, a débuté dans la syphilis cérébrale par des accès violents de céphalée et une dépression rapide de l'intelligence. Caissière dans une maison de parfumerie, elle a dû quitter sa place parce qu'elle était devenue, — et cela en l'espace de quelques mois, — incapable de la remplir. Dans les calculs, dans les comptes qu'elle avait à faire, elle commettait incessamment des erreurs graves; elle se trompait, nous dit-elle, dans l'addition la plus simple. La balance de sa caisse était pour elle une « affaire d'État, dont elle ne venait à bout qu'au prix de mille efforts ». Également faible de mémoire et d'esprit, il lui arriva d'envoyer des factures à des clients qui avaient soldé leur compte; et, réciproquement, elle négligeait d'envoyer des factures en souffrance. Elle « n'avait plus d'idées pour écrire une lettre »; souvent elle recommençait la même lettre jusqu'à trois et quatre fois de suite avant d'aboutir à quelque chose de satisfaisant. Elle avait désappris l'orthographe et le style; elle commettait des fautes qu'elle n'avait pas l'habitude de commettre; elle laissait des mots tronqués par absence d'une syllabe, des phrases inachevées, etc. Finalement le travail intellectuel lui devint intolérable; elle y renonça; et, ne se sentant plus capable que d'une occupation manuelle, elle entra dans un atelier de couturière.

L'auteur ne nous dit pas quelle a été la suite de l'histoire de cette femme, quelle influence notamment a eue chez elle le traitement spécifique. On serait donc en droit d'émettre quelques doutes sur la nature syphilitique des troubles intellectuels mentionnés. Toutefois le développement de l'hémiplégie et l'apparition des douleurs ostéocopes à un moment donné de l'affection plaident puissamment en faveur de l'origine syphilitique du délire chez la malade dont il s'agit.

Voici d'ailleurs quelques autres faits, moins explicites que le précédent, à la vérité, qui établissent la réalité de la dépression intellectuelle comme manifestation de la syphilis cérébrale.

Obs. II. — Un malade porteur d'une tumeur située au-dessous de l'apophyse mastoïde éprouvait de vives souffrances. Perte de la mémoire, diminution de l'intelligence. Absence de suite dans la conversation. Assoupissement presque continuel. Balbutiement. On soupçonne la syphilis et l'on prescrit le traitement spécifique. Le malade guérit (2).

Obs. III. — Soldat de vingt-quatre ans. Syphilis secondaire. Transporté au manicôme pour divagations, plaintes absurdes, etc. Bientôt le malade devient sombre, apathique, indifférent. Il ne reconnaît plus personne et souille son lit. Puis il présente les symptômes de la stupidité qui dégénère ensuite en démence. Soumis au traitement spécifique, le malade ne tarda pas à aller mieux et sortit de l'hôpital, quelques mois après, complètement guéri (1).

(1) Fournier, *la Syphilis du cerveau*, Paris, 1879.

(2) J.-Louis Petit, *Traité des maladies chirurgicales*, t. I, c. V, p. 224.

Ce n'est pas seulement l'intelligence qui s'altère dans la forme de syphilis cérébrale dont je m'occupe. C'est aussi le caractère. L'humeur se modifie, les habitudes deviennent tout autres qu'elles n'étaient antérieurement. Tel malade, autrefois plein d'activité, d'ardeur au travail, devient nonchalant, inerte, se complaît dans le désœuvrement. Il aimait la vie du monde, les plaisirs bruyants; il s'isole, se concentre en lui-même, perd le souci de ses intérêts, de ses relations, se néglige dans sa mise et dans sa tenue. Incapable de vouloir, il se laisse dominer et conduire par le premier venu.

Vous concevez que, parmi les facultés qui sont atteintes dans cet affaissement plus ou moins profond des opérations cérébrales, la mémoire est l'une de celles qui sont le plus sérieusement touchées. Je vous ai indiqué plus haut qu'elle allait s'affaiblissant à mesure que progressait la dépression de l'intelligence. Mais, dans quelques cas, l'amnésie semble dominer les autres troubles psychiques; elle constitue le phénomène le plus saillant. La diminution de la mémoire s'opère d'ailleurs ici suivant les lois qui, d'ordinaire, président à l'affaiblissement de cette faculté. C'est ainsi que le souvenir des faits et des évènements récents s'efface avant celui des choses anciennes. C'est un caractère habituel de l'amnésie syphilitique de survenir lentement. Cependant il n'est pas rare de la voir se produire et s'accentuer par *saccades*, surtout à la suite des accès épileptiformes. Au dire de quelques auteurs, il y aurait même des exemples de sidération brusque de la mémoire. Certains malades seraient devenus amnésiques en une nuit.

Obs. IV. — Sous le titre de *Perdita quasi completa della memoria*, Cerasi rapporte l'histoire d'une femme âgée de trente-huit ans qui en était arrivée à ne plus pouvoir relier ses phrases, tant était prononcée chez elle la perte de la mémoire des faits et des mots. Elle comprenait tout et se désolait. La mémoire revint rapidement à la suite du traitement iodo-mercurique (2).

Obs. V.— Un employé de commerce, âgé de vingt-sept ans, contracte la syphilis en février 1867. A quelque temps de là, querelle avec un ami: fureur, délire, hallucinations. Conduit à Bicêtre, le malade se montre calme, mais il ne garde pas le souvenir des actes qu'il a commis l'instant d'avant.

On le traite par les spécifiques. La mémoire revient (3).

Obs. VI. — M. Fournier cite le cas d'un homme bien et dûment syphilitique chez qui, sous l'influence de la syphilis cérébrale, se seraient produits les symptômes suivants. Ce malade devint amnésique en une nuit : il ne se rappelait pas ce qu'il avait fait une minute auparavant. Chaque fois qu'une personne de sa famille entrait dans sa chambre, il la saluait et lui demandait de ses nouvelles, comme s'il ne l'avait pas vue depuis longtemps. Ignorant ce qui s'était passé depuis 1870, il demandait toujours « où était l'empereur », et chaque fois qu'on lui racontait la guerre, il s'apitoyait sur nos malheurs et pleurait à chaudes larmes. Père de plusieurs enfants, il demandait, chaque fois qu'il voyait ces derniers, quel était leur âge.

(1) Francesco Dreer, *Archives italiennes pour les maladies nerveuses*, septembre 1869, p. 273.

(2) Cerasi, *Journal italien pour les maladies nerveuses*, 1867, p. 233.

(3) Berthier, *Gazette des hôpitaux*, 25 juillet 1868.

DE L'ACTION DU PERCHLORURE DE FER

DANS LE TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Par le docteur E. Dinaud.

L'assimilation si parfaite du perchlorure de fer par les convalescents nous avait porté à l'employer à la suite des maladies graves, et nous en avions déjà tiré un excellent parti, lorsque nous avons retrouvé dans nos notes un fait intéressant publié par M. Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

« J'ai été, dit cet éminent praticien, le témoin d'un fait dans lequel l'action du perchlorure de fer était si manifestement utile que ma conviction s'est formée ce jour-là.

Je soignais une jeune fille de treize ans, qui, vers le second septénaire de la fièvre typhoïde, présenta des épistaxis très abondantes. Le perchlorure de fer fut administré comme hémostatique pendant quelques jours, puis, les hémorragies ne reparaissant plus, fut supprimé. Mais le père, bon observateur, remarqua que l'enfant ne tolérait plus si bien les aliments liquides qu'elle commençait à prendre, et me pria de reprendre le perchlorure. Je le fis un peu par complaisance, et je constatai qu'en effet les digestions se faisaient mieux, que l'appétit et les forces renaissaient plus vite. La contre-épreuve fut faite de nouveau par la suppression du médicament; mais de nouveau la convalescence parut s'enrayer par la diminution de l'appétit et la torpeur digestive. Ce médicament repris, la convalescence suivit une marche régulière.

Depuis lors, je donne méthodiquement, à partir de la fin du second septénaire, et jusqu'à la convalescence complète, sauf indications contraires, une goutte de perchlorure de fer dilué dans un peu d'eau, à l'occasion d'une tasse de bouillon ou de potage.

Cela ne veut pas dire que je sois partisan d'aucune médication exclusive et systématique dans la fièvre typhoïde, et, quelle que soit l'opinion qu'ait pu faire naître dans les esprits une récente et longue discussion académique, je ne pense pas qu'aucun médicament systématiquement employé, sulfate de quinine, seigle ergoté, acide salicylique, que sais-je encore? guérisse plus rapidement une maladie dont la marche est cyclique; seulement, il y a des indications diverses à remplir, et le perchlorure de fer, dans les conditions où je le préconise, me paraît répondre à plusieurs de ces indications. Réuni à l'alcool et au laudanum, il constitue, chez les enfants, la base de mon traitement dans la fièvre typhoïde. »

Cette déclaration si nette de M. Jules Simon concorde complètement avec les nombreuses observations qu'il nous a été donné de recueillir lors de notre dernière épidémie. Seulement nos observations portant sur des adultes et sur des clients d'un âge plus ou moins avancé, il nous a fallu modifier la forme sous laquelle on donne le perchlorure de fer. Chez les enfants la forme liquide, à petite dose, est excellente. Chez l'adulte où les doses ont besoin d'être élevées, la forme liquide est moins pratique. Les sensations de brûlure au pharynx rendent l'emploi du médicament pénible. C'est alors que la forme pilulaire rend les plus grands services, et c'est en nous servant des dragées Carbonel au perchlorure de fer que nous avons obtenu d'excellents résultats.

La convalescence de la fièvre typhoïde prend une régularité des plus satisfaisantes sous l'influence du perchlorure de fer. Il est prudent de donner le médicament à doses croissantes, en partant de deux dragées par jour, l'une le matin, l'autre le soir, dans une cuillerée de liquide ou de potage. Il faut que l'estomac s'habitue à l'action du perchlorure de fer, et alors on peut augmenter les doses jusqu'à six ou huit dragées par jour en deux ou trois fois, suivant l'accoutumance. Sous cette influence l'appétit renaît très vite et se soutient; les dispositions aux hémorragies disparaissent. Nous nous retrouvons alors en présence de cette action toute spéciale du perchlorure de fer, action qui le rend si précieux dans les entérites chroniques et les hémorragies où l'emploi prolongé du perchlorure de fer rend de si grands services.

La forme *dragée* est préférable à la forme liquide. C'est à l'état de sel sec que se présente le perchlorure de fer dans les dragées Carbonel. Elles sont inaltérables et dosées à 0,05 de sel sec, ce qui représente quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces données, qui ont servi de point de départ à nos études, permettront au praticien de retirer les plus grands avantages du perchlorure de fer dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 juillet 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault) sur les causes du choléra ;

2° Des lettres de MM. les docteurs Sirus, Pirondi, Sandraz, Nemo, Grosclaude, Goubareff, relatives au choléra ;

3° Un pli cacheté qui contient une note de thérapeutique, par M. Alliot (Accepté) ;

4° Un pli cacheté sur le traitement du choléra, par M. le docteur Raymond Comberet (Non accepté).

M. le secrétaire perpétuel donne lecture de la lettre suivante adressée par M. Fauvel :

« Paris, 8 juillet 1884.

Mon cher et très honoré Président,

Me trouvant dans l'impossibilité d'assister à la séance d'aujourd'hui, je vous adresse la présente lettre avec prière d'en donner lecture à l'Académie dès l'ouverture de la séance.

A bout de forces, j'ai obtenu l'autorisation de quitter Paris pendant *un mois* pour aller me reposer des fatigues physiques et morales qui m'ont surmené dans ces derniers temps et ont gravement altéré ma santé.

Je serai donc privé, pendant un mois, d'assister aux séances de l'Académie, qui, je l'espère, me le pardonnera.

Toutefois, au moment de partir alors que les fausses nouvelles et des statistiques de fantaisie sont publiées par certains journaux, alors que les *microbes vont entrer en scène*, je ne me sens pas de force à lutter contre tant d'adversaires qui ont plus de prise que moi sur le public ; j'aime mieux leur laisser le champ libre et attendre avec confiance que le résultat final soit venu me donner raison.

Ma conviction première n'a pas été ébranlée, car les faits jusqu'ici viennent à l'appui de mes prévisions et je tiens à le redire.

Je persiste à croire que l'épidémie de Toulon *de quelque nom dont on la qualifie aujourd'hui*, achèvera son cours à la manière d'une épidémie de *choléra nostras*, c'est-à-dire que, née à Toulon, elle s'y éteindra *sans se propager en dehors de son foyer de manière à devenir le point de départ d'une épidémie qui envahira la France.*

J'ajoute qu'à mon avis les cas épars *plus ou moins cholériques* et plus ou moins nombreux signalés *à Marseille* s'éteindront rapidement avec *la fin des grandes chaleurs*, sans avoir donné naissance à une véritable épidémie du choléra asiatique.

Si, comme je le crois, ce pronostic se vérifie, j'estime que le public n'en demandera pas davantage et se montrera très satisfait de ce *résulat final* prévu et annoncé envers et contre tous.

Dans ce cas, *tout est bien qui finit bien.*

Agréez, etc. »

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant national (quatrième division).

La commission présente en première ligne M. Perrier (de Bordeaux) ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Crié (de Rennes) et Lotar (de Lille).

Le nombre des votants étant de 59, la majorité est de 30.

Ont obtenu :

MM. Perrier.	52 voix.
Crié.	3 —
Lotar.	3 —
Bulletin blanc.	1 —

En conséquence M. Perrier est proclamé correspondant de l'Académie.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. ROCHARD. L'Académie, dans sa dernière séance, a écouté, avec un vif intérêt, les renseignements qui ont été fournis par M. Brouardel, sur la nature et l'origine de l'épidémie de choléra qui sévit en ce moment à Toulon ; j'espère lui être agréable en venant lui apprendre ce qui s'est passé dans cette ville depuis le départ de nos deux collègues.

La maladie a continué son cours et a même pris en ville un peu plus d'extension. Le chiffre des décès, qui s'était longtemps maintenu entre 8 et 10 par jour, s'est élevé à 15 et 17, puis à 18, et hier il était de 20. La localisation par maisons et par quartiers s'est nettement prononcée dans une petite rue étroite et insalubre ; il y a eu 4 décès dans la même maison et 3 dans la maison voisine. Les cas intérieurs ont augmenté dans les hôpitaux et de nombreux décès ont eu lieu dans les villages voisins. En un mot, le caractère de la maladie s'est accentué de la manière la plus nette ; tous les doutes à cet égard sont depuis longtemps dissipés, et si MM. Brouardel et Proust ont hésité pendant quelques jours avant de se prononcer d'une manière affirmative, c'est qu'avant de semer l'alarme dans l'Europe entière il ne suffisait pas d'une conviction, il fallait une certitude, et qu'ils ne se sont crus en possession de cette certitude qu'alors que les cas intérieurs, que les faits de transmission dans les faubourgs et dans les villages se sont multipliés, lorsque surtout l'importation du choléra de Toulon à Marseille a été un fait avéré. On ne peut qu'approuver la réserve de nos collègues lorsqu'on songe à la responsabilité qui pèse sur eux.

Quand nous nous sommes séparés le 29 au soir, ils ne conservaient plus de doutes : ils s'étaient prononcés définitivement ; leur mission était terminée, et ils n'avaient plus qu'à revenir à Paris.

Ma situation n'était plus la même : j'avais été envoyé par le Ministre de la marine pour prendre, de concert avec le préfet maritime de Toulon, les mesures d'hygiène que les circonstances comportaient, et pour suivre la marche de l'épidémie. Je n'étais pas encore fixé sur ses progrès, et je revins à Toulon, où je suis resté jusqu'au samedi 5 juillet. Pendant ces six jours j'avais achevé ma tâche, et je serais peut-être parti la veille si je n'avais attendu l'arrivée de M. Koch, de Berlin, dont la visite m'était annoncée par les ministres de la marine et du commerce.

Au moment de mon départ, il n'y avait pas eu de décès dans nos hôpitaux depuis deux jours, et le nombre des entrants avait notablement diminué. Depuis, la situation s'est un peu aggravée. Aujourd'hui nous comptons 140 cas, et 29 décès, ce qui ne fait guère que 1 cas de mort sur 5. En ville il y a eu 130 morts ; il est impossible de savoir ce qu'était le nombre des malades. En résumé, cela donne en tout 159 décès en 24 jours pour une population qui s'élève encore à plus de 50 000 âmes malgré l'émigration, lorsqu'on y comprend les effectifs militaires. Mais ce qui alarme à juste titre la population, c'est que dans les épidémies précédentes le choléra a montré la même bénignité à son début et cependant ses ravages ont été terribles. Toulon est, on le sait, une des villes qui ont été le plus cruellement éprouvées par le fléau. Permettez-moi de remettre sous vos yeux quelques chiffres.

En 1835, du 20 juin au 30 septembre (103 jours), le choléra a fait 1,656 victimes sur une population de 36,000 habitants.

En 1849, du 31 août au 31 octobre (60 jours), il y a eu 751 décès cholériques.

En 1854, du 8 juillet au 21 septembre (76 jours), 1,135 décès dus au choléra.

En 1865, du 7 août au 12 novembre (98 jours), 1,331 personnes sont mortes du choléra.

On comprend que de pareils souvenirs soient de nature à alarmer la population de Toulon et à imposer aux médecins de la marine une grande réserve, un pronostic sévère. Ils n'ont jamais varié dans leur manière de voir. Ils ont tous déclaré dès le début qu'ils se trouvaient en présence du choléra asiatique, qu'il s'agissait d'une épidémie connue, de celles qu'ils avaient déjà subies, et que, commençant plus tôt que les autres, elle suivrait la même marche et aurait la même gravité.

J'espère encore que leurs prévisions ne se réaliseront pas complètement, et je puise cette espérance dans le petit nombre des décès et dans la bénignité de la plupart des cas. J'ai surtout confiance dans les mesures qui ont été prises. La dissémination de nos marins et de nos soldats, les excellentes conditions dans lesquelles on les a placés, l'amélioration apportée dans leur régime me font croire que la maladie se prolongera, mais ne s'aggravera pas dans leurs rangs.

Quant à la population civile, on a fait également tout le possible pour la préserver. L'autorité municipale n'a rien ménagé pour mettre la ville en état de recevoir l'ennemi. Nous avons eu de fréquents rapports avec le maire de Toulon, et nous devons rendre justice à l'activité intelligente qu'il a déployée. Jamais, depuis que je connais Toulon, je ne l'avais vu aussi propre. Les rues sont lavées et balayées, l'eau coule avec abondance dans les ruisseaux où les détritus cessent d'être amoncelés et qui ne servent plus qu'exceptionnellement de déversoir pour les immondices. Des escouades de balayeurs les approprient incessamment. Il ne reste plus, en un mot, que les causes d'insalubrité que les siècles ont accumulées, et ce n'est pas le moment de nettoyer les écuries d'Augias. Il faut espérer que, l'épidémie passée, on se souviendra de cette lacune et qu'on se décidera à purger les cloaques que j'ai montrés à MM. Brouardel et Proust, et qu'il faut respecter maintenant.

Ainsi que vous l'ont dit nos collègues, il nous a été impossible de découvrir les fissures par lesquelles le choléra s'est introduit à Toulon. Ils vous ont fait part de nos recherches, ils vous ont dit qu'il était impossible d'incriminer les transports venus de la Cochinchine, et notamment la *Sarthe*, à moins de renier tout ce qui a été enseigné jusqu'ici en matière d'épidémies.

Nous ne saurons probablement jamais comment le choléra s'est introduit dans la cale du *Montebello*. Il n'y est cependant pas venu tout seul. Personne ne croit plus à une explosion spontanée. Lorsqu'on le voit éclater quelque part, c'est qu'il a été apporté par quelqu'un. Mais à quoi bon aller chercher si loin son origine, lorsque nous pouvons la trouver si près de nous ? Pourquoi ne pas rester fidèles aux doctrines que nous avons jusqu'ici soutenues et dont l'exactitude se vérifie aujourd'hui d'une manière si fatale ? Nous affirmons depuis des années que le choléra ne peut nous venir que par la mer Rouge et que c'est là qu'il faut l'arrêter. Toutes les précautions avaient été prises pour lui barrer le passage de ce défilé et leur stricte exécution avait été confiée à la garde du Conseil international d'Alexandrie. Pendant seize ans ses conseils ont été suivis et le choléra ne s'est pas montré ; puis il est arrivé un jour où l'on a commencé à les enfreindre.

Le gouvernement français, par tous les organes dont il dispose, par ses consuls, par ses médecins sanitaires, ne s'est pas lassé de dire : « Vous allez attirer le choléra sur l'Égypte, et, vous le savez, quand l'Égypte est envahie, l'Europe ne tarde pas à l'être. Lorsque le choléra a franchi la barrière de la mer Rouge, il n'y a plus rien à faire ; il est impossible de le saisir et de l'arrêter au delà. » Voilà ce que nous avait appris M. Fauvel, voilà ce que nous avons toujours professé, et c'est aussi le langage que le gouvernement français a tenu à l'Europe avec une persistance sans égale. Il n'en a pas été tenu compte et bientôt la première partie de nos prévisions s'est réalisée. L'Égypte a été envahie et ravagée. La seconde partie se réalise aujourd'hui et cela n'a pas lieu de nous surprendre.

Maintenant, par où est entré le choléra ? comment est-il allé chercher un des deux hommes du *Montebello ?* C'est ce que l'on ne saura jamais et nous n'allons pas recommencer la futile discussion du chauffeur de Damiette. Qu'importe qu'il soit entré par Toulon, par Marseille, par Naples, par Barcelone ? La digue qui nous protégeait a été rompue et l'inondation s'en est suivie. Si je

reviens sur cette question, ce n'est pas pour accuser personne, c'est afin d'en tirer un enseignement pour l'avenir, c'est afin qu'on s'en souvienne, c'est afin que, l'épidémie passée, on revienne aux mesures qui nous ont si longtemps sauvegardés et qu'on ne cherche plus ni à les abolir ni à les éluder.

Je vous ai dit qu'à Toulon la maladie nous avait paru bénigne. Le petit nombre des décès (1 cas sur 5) en donne la mesure, et ce n'est pas ainsi que le choléra procède d'habitude. Dans presque toutes les épidémies, les premiers cas sont promptement mortels.

Nous avons cependant eu sous les yeux un certain nombre de ces morts rapides, et généralement elles ont lieu à la suite d'excès de boissons ou chez des malades déjà épuisés. Chez un plus grand nombre, la maladie a suivi une marche insidieuse, bénigne en apparence au début, et ne se montrant qu'au bout de quelques jours dans sa redoutable intensité.

Dans d'autres cas, la réaction paraît s'établir d'une manière franche; mais cet effort s'arrête et le mieux ne se prononce pas. Le pouls renaît un peu, la voix se fait entendre, les urines reparaissent, les vomissements, les selles et les crampes ont cessé; mais le malade reste froid, bleuâtre, la peau visqueuse, et il ne se décide ni à vivre ni à mourir.

On n'a pas observé à Toulon de cas foudroyants. L'algidité et la cyanose ont toujours été précédées par les évacuations alvines, les vomissements et les crampes, et ces trois genres de phénomènes se sont toujours succédé dans un ordre invariable. La diarrhée a toujours débuté. En général, elle a été précédée d'embarras gastrique et d'anorexie, et d'habitude elle précédait de quatre ou cinq jours l'explosion des accidents cholériques proprement dits. Quelques malades la faisaient même remonter à une semaine; mais dans quatre cas mortels elle ne s'est montrée que six ou huit heures avant la mort. Elle était bien encore un peu prémonitoire, mais l'avertissement était bien tardivement donné.

Les autres symptômes se sont montrés dans le même ordre et avec la même physionomie que dans les épidémies précédentes. Les crampes et l'anurie ont été constatées dans les cas sérieux. La température a varié entre 36°,5 et 37 degrés pendant la durée des accidents cholériques. Dans deux cas de réaction typhoïde bâtarde, le thermomètre s'est élevé à 38°,5. Au moment de la mort il y a toujours eu de l'hyperthermie et on a observé jusqu'à 41 degrés à la fin de l'agonie.

Je n'ai pas l'intention de vous faire l'exposé des traitements qui ont été suivis. Je dirai quelques mots seulement de certains moyens thérapeutiques qui ne sont pas nouveaux sans doute, mais sur la valeur desquels on n'est pas encore bien fixé.

En arrivant à Toulon, j'avais l'intention d'expérimenter d'une manière suivie les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine et d'éther. J'avais eu l'occasion, dans l'Inde, en 1842, de constater les bons effets que les médecins anglais obtenaient de l'administration simultanée du laudanum et de l'éther. Je m'étais loué moi-même de leur emploi dans une épidémie qui se déclara à cette époque, dans le Gange, à bord du navire dont j'étais le médecin, et j'espérais qu'en s'affranchissant de la voie gastrique et de l'entrave des vomissements, on obtiendrait encore de meilleurs résultats. Lorsque je suis arrivé, l'expérience était déjà faite et nos confrères n'avaient pas eu à s'en louer. Les injections de morphine ont une influence fâcheuse sur la marche des accidents et contribuent à faire naître ces réactions à forme typhoïde dont il est si difficile de triompher.

Les injections d'éther stimulent un instant, mais l'effet en est très fugace et le résultat thérapeutique à peu près nul. En revanche, les médecins de l'hôpital maritime ont eu à se louer des injections d'atropine. Elles calment les douleurs intolérables produites par les crampes et ne jettent pas, comme la morphine, le malade dans la prostration.

Il est enfin un moyen, nouveau celui-là, qui paraît avoir produit quelques bons effets. — Ce sont les inhalations d'oxygène. — M. le docteur Troncin est arrivé à Toulon muni d'appareils permettant de conserver ce gaz sous une pression de plusieurs atmosphères et il l'a expérimenté sous nos yeux et avec notre concours. Dans un certain nombre de cas, les effets ont été sensibles, le pouls s'est un peu relevé, la peau a paru se réchauffer, la figure a pris un meilleur aspect.

Ces effets n'ont pas été en général de longue durée et je ne pourrais pas affirmer qu'un seul cas de guérison lui ait été dû. Mais l'effet a été assez marqué pour qu'il y ait lieu, je crois, de poursuivre les essais. Vous serez du reste bientôt fixés sur ce point par M. Troncin et par les médecins de la marine qui l'ont secondé dans ses expériences. Il en sera de même de l'étude clinique de la maladie, pour laquelle nos camarades ont déjà réuni de nombreuses observations. Je n'ai voulu que vous donner par avance, et pour le cas où le choléra viendrait à nous surprendre, un aperçu de ce qui a été constaté là-bas et des résultats qu'on y a obtenus, laissant à chacun l'honneur de raconter ce qu'il a fait.

M. Rochard termine son discours par quelques détails sur la réception faite par lui au docteur Koch, d'après les dépêches des ministres de la marine et du commerce.

M. MESNET commence la lecture d'un long mémoire sur la valeur seméiotique des manifestations abdominales dans le cours des épidémies cholériques et sur les troubles du système nerveux de la vie organique, comparés aux troubles du système nerveux de la vie de relation dans la période de réaction du choléra. L'heure avancée ne lui permet pas de lire jusqu'au bout ce mémoire, qu'il doit achever de faire connaître dans la prochaine séance.

M. FÉRÉOL demande la parole pour une motion d'urgence. Il propose que l'Académie se prononce sur les dangers que pourrait avoir la célébration de la fête du 14 Juillet dans les circonstances actuelles.

Cette motion est appuyée par plusieurs membres.

Après une discussion un peu confuse sur les termes à employer, discussion à laquelle prennent part MM. Hardy, Besnier, Fournier, Dujardin-Beaumetz, Jules Guérin, Larrey, Béclard et Legouest.

M. FÉRÉOL propose en définitive la rédaction suivante :

« L'Académie déclare que, dans les circonstances présentes, il serait certainement dangereux de créer une agglomération considérable de population et que la célébration de la fête du 14 Juillet réaliserait ce danger. »

M. BESNIER fait une contre-proposition, ainsi conçue :

« L'Académie, estimant que la réunion d'un grand nombre d'étrangers à Paris et l'agglomération de la population dans les circonstances présentes, et même en l'absence d'une épidémie, pourraient avoir des résultats fâcheux pour la santé publique, croit de son devoir de signaler le danger de cette agglomération. »

La proposition de M. Besnier, mise aux voix la première, est adoptée.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'épidémie s'est assez notablement accentuée à Toulon et à Marseille depuis notre dernier bulletin. De plus, elle a gagné la ville d'Aix (Bouches-du-Rhône), où un télégramme daté d'hier, 8 juillet, 7 heures 50 du soir, signale trois décès cholériques pour cette journée, tous trois dans le même quartier.

A Toulon, un nouvel hôpital pour les cholériques a été installé hier mardi.

Voici d'ailleurs les chiffres pour les deux journées du 7 et du 8 juillet 1884 :

Le 7 juillet, Toulon a eu dans les vingt-quatre heures 25 décès cholériques; le 8, de minuit à six heures du soir, 15 décès cholériques ont été enregistrés. Deux religieuses de l'hôpital maritime ont été atteintes, — l'une d'elles a succombé, — ainsi qu'une religieuse de l'hospice civil.

Le mouvement dans les hôpitaux a été : le 7 juillet : Hôpital civil : 3 entrées, 3 décès, 3 guérisons, 6 en traitement. — Hôpital

maritime : 4 entrées, 2 décès, 18 en traitement. — Hôpital Saint-Mandrier : 2 entrées, 3 décès, 100 en traitement.

Le 8 : Hôpital civil : 6 entrées, 3 décès. — Hôpital maritime : 3 entrées, 2 décès, 19 en traitement. — Hôpital Saint-Mandrier : 4 entrées, 1 décès, 95 en traitement.

Pour Marseille, la mortalité cholérique a été de 26 du 6 juillet au soir au 7 juillet au soir, et de 20 du 7 juillet 8 heures du soir, au 8, 7 heures du soir. Ces décès se répartiront ainsi pour les deux jours : 10 à l'hôpital du Pharo, 31 en ville et 5 dans la banlieue de Marseille.

— Le Conseil supérieur de l'Instruction publique se réunira, en session ordinaire, le lundi 21 juillet 1884.

— Les questions données jusqu'à ce jour pour la seconde épreuve éliminatoire (épreuve orale) du concours pour la nomination à deux places de médecin du Bureau central sont : 1° De la néphrite scarlatineuse ; 2° Des crises viscérales de l'ataxie locomotrice ; 3° Les complications du cancer de l'utérus ; 4° De la paralysie agitante ; 5° Les hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire ; 6° De la pleurésie sèche ; 7° Symptômes et diagnostic des dégénérations secondaires de la moelle épinière.

— La seconde épreuve éliminatoire (épreuve opératoire sur le cadavre) du concours pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central s'est terminée avant-hier après deux séances dans lesquelles les candidats ont eu à pratiquer les opérations suivantes : *a*. 1° Ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras ; 2° Désarticulation du coude ; *b*. 1° Ligature de l'artère linguale ; 2° Résection de l'extrémité supérieure de l'humérus.

— Au moment de mettre sous presse, nous avons le regret d'apprendre la mort de E. Ritter, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Nancy. Notre distingué confrère a succombé, dans sa quarante-huitième année, à l'affection cérébrale qui l'avait obligé à suspendre son enseignement depuis plusieurs années.

Ses obsèques ont lieu aujourd'hui mercredi, à Nancy.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Béchet, doyen des médecins d'Avignon, qui a succombé dimanche soir.

— M. le docteur Edmond Langlebert et son fils nous prient de faire savoir qu'ils sont complètement étrangers à la préparation ainsi qu'à l'annonce, faite dans les journaux politiques par un pharmacien homonyme, sous le nom de *Sublimol Langlebert*, d'un remède contre le choléra.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16448.

N° 81. — SAMEDI 12 JUILLET 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 12 JUILLET 1884. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8** fr. **50.**	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Les caractères du choléra de Toulon. — La guérison radicale des hernies. — Urémie latente. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les caractères du choléra de Toulon.

L'épidémie actuelle de Toulon présente-t-elle bien tous les caractères des épidémies antérieures de choléra asiatique?

C'est là un point qui n'était peut-être pas suffisamment élucidé après les communications d'ailleurs si lumineuses de MM. Brouardel et Rochard à l'Académie de médecine.

Ce qui était devenu certain, c'était la nature contagieuse de la maladie, c'était l'ordre suivant lequel les symptômes se succédaient dans le choléra confirmé, c'était l'existence ordinaire d'une diarrhée prémonitoire chez les cholériques.

Mais il n'avait pas été fait mention de ce cortège de cholérines qui accompagne d'ordinaire et souvent précède le vrai choléra : cholérines dont l'importance pour le diagnostic différentiel est énorme, sur lesquelles M. Jules Guérin a le premier appelé l'attention, et M. Chauffard a insisté en en montrant les différences avec les formes atténuées du simple choléra nostras.

Dans toutes les épidémies dont nous avons été témoin soit en France, soit en Égypte, ces cholérines ont été plus nombreuses que les atteintes graves du mal. Elles se sont montrées sous un aspect qui permet de les reconnaître très aisément : celui de diarrhées très liquides, très abondantes, soit bilieuses, soit riziformes, s'écartant surtout des diarrhées saisonnières ou dysentériques, par l'absence de douleurs, de coliques, de ténesme, de retentissement général.

En est-il de même à Toulon? Pour le savoir, nous sommes allé trouver M. le professeur Brouardel, qui nous a gracieusement fourni tous les détails que nous désirions.

L'épidémie de Toulon rentre bien dans la règle, en ce qui touche les cholérines. Celles-ci, en effet, y sont très fréquentes, et de même que nous, quand le choléra s'est déclaré sur le navire qui nous emportait en Égypte, MM. Brouardel et Proust, en arrivant, ont dû aussi payer leur tribut au mal qu'ils venaient visiter. Ils ont appris d'ailleurs que la plupart des médecins avec lesquels ils se sont trouvés en rapports dans cette ville avaient eu également cette diarrhée sans douleur, toute spéciale, qui est bien la marque d'un choléra très atténué ou commençant.

A l'hôpital maritime de Toulon, à ce que nous a raconté M. Brouardel, on reçoit dans une des trois salles aménagées à cet effet, en les groupant suivant la gravité du cas, par séries qui se trouvent isolées les unes des autres, non seulement les cholériques proprement dits, non seulement ceux qui ont des vomissements en même temps que de la diarrhée, mais même les soldats ou les marins qui ne présentent que ce seul symptôme, la cholérine.

Telle serait même, au fond, la cause de cette proportion de mortalité qui paraît au premier abord si exceptionnellement faible.

Un cinquième seulement, ou même, comme on l'a dit, un sixième de cas mortels dans le choléra confirmé, cela ne se serait jamais vu dans les épidémies d'origine asiatique : et c'était un gros argument pour ceux qui supposaient un choléra nostras.

Mais, suivant M. Brouardel, si l'on veut s'en tenir au choléra complet, la proportion des morts dans l'épidémie de Toulon se monte à peu près à deux sur trois, c'est-à-dire à un chiffre aussi élevé que dans celles des épidémies qui se sont montrées les plus formidables soit en France, soit en Égypte.

Il est d'ailleurs bien établi que l'atténuation des symptômes n'empêche pas l'identité de nature, et qu'on est parfaitement en droit de comprendre également sous le nom de cholériques tous ceux que le mal a touchés, soit d'une manière, soit d'une autre.

« Quand nous visitâmes le *Schamrok* qui était déjà dans le branle-bas du départ, raconte M. Brouardel, nous n'y trouvâmes à l'infirmerie de bord qu'un seul matelot, si peu malade qu'il était debout.

Nous demandâmes ce qu'il avait. — Presque rien, nous dit-on; à la veille du départ, il a tiré des bordées en ville, il a fait des excès de table et de boissons et, une fois à bord, il a eu quelques vomissements et de la diarrhée. — Cela paraissait très probable. Cet homme ne se plaignait pas, ne souffrait pas; mais il nous semblait qu'il avait la face un peu tirée les yeux un peu cerclés de noir. Nous en parlâmes à M. Rochard, en lui exprimant des craintes, pour ainsi dire, tout instinctives, et malgré l'absence de symptômes complètement caractéristiques, tels que les crampes, etc., nous fîmes décider par l'amiral préfet maritime et par le ministre

que le *Schamrok* serait mis en observation aux îles d'Hyères avant d'être admis à partir pour le Tonkin. Deux jours plus tard il y eut à bord un premier décès cholérique, auquel en succéda bientôt un autre, et on ramena le *Schamrok* au port pour l'y décharger. »

Ainsi, depuis la cholérine jusqu'au choléra foudroyant, il est bien des degrés divers d'une même contagion, et il est très logique de tenir compte également de tout dans les tables de proportion.

Seulement cela n'est possible que dans des hôpitaux de marins ou de soldats. Partout ailleurs les cholérines, soignées le plus souvent à domicile et les cas plus graves, mais encore assez simples pour que le malade puisse rester debout, échapperont pour la plupart à la statistique. Et c'est pourquoi les chiffres ne sont pas comparables.

Nous aurions désiré savoir, d'une manière positive, si à Marseille la cholérine avait accompagné ou même précédé le choléra. Malheureusement, ni M. Brouardel, ni M. Rochard, que nous sommes aussi allé voir à cette occasion, n'ont pu nous donner sur ce point une réponse précise. Nous sommes donc obligé d'attendre de nouvelles informations.

Nous avons demandé à M. Brouardel si à Toulon, comme en Égypte lors de l'épidémie de 1865, le choléra aurait surtout frappé d'une manière grave ceux qui étaient mal nourris ou faisaient des excès.

« C'est mon impression, nous a-t-il dit, mais je ne pourrais pas en donner la preuve. »

D'ailleurs ce sont là de ces règles qui représentent le *quod plerumque fit* et qui peuvent souffrir de nombreuses exceptions pour des causes individuelles. Le fait est qu'une bonne hygiène est de première nécessité en temps de choléra.

En résumé, les renseignements fournis par M. Brouardel nous ont convaincu que l'épidémie de Toulon ne différait en rien des épidémies observées par nous.

La marche en est la même, la variabilité des symptômes est la même, la mortalité est la même, les cholérines n'y ont pas manqué, et cela dans les proportions habituelles.

Or c'était essentiel à savoir. En effet, cette année, ni dans les hôpitaux que nous avons visités, ni dans notre propre clientèle, ni dans celle de nos confrères interrogés à ce sujet, nous n'avons jusqu'ici constaté à Paris aucun cas de vraie cholérine. Il y a bien eu quelques diarrhées saisonnières, parfois, comme cela n'est pas rare même dans les diarrhées saisonnières qui tiennent de la dysenterie, avec nausées, vomissements et, chez les sujets très impressionnables, crampes dans les membres; mais pas du tout de cholérines proprement dites, sans malaises, sans anorexie, sans trouble nerveux d'aucun genre. Nous ne sommes donc pas encore, même au moindre degré, sous l'influence d'une épidémie de choléra en préparation.

La semaine prochaine, nous analyserons des lettres de savants confrères relatives au choléra.

La guérison radicale des hernies.

L'introduction des pansements antiseptiques dans la pratique chirurgicale a totalement changé le pronostic des plaies intéressant le péritoine.

La vieille question de la cure radicale des hernies par une opération sanglante, — question complètement délaissée en France parce que les dangers surpassaient infiniment les avantages possibles suivant les anciennes méthodes, — devait nécessairement avoir un renouveau dans des conditions aussi nouvelles.

L'année dernière M. le professeur Guyon faisait admettre cette question au nombre de celles qui figurèrent dans le concours pour l'agrégation en chirurgie. Ce fut pour M. le docteur P. Segond l'occasion de faire une thèse, fort remarquable par le sens pratique aussi bien que par le savoir, qui lui valut le titre d'agrégé.

Cette année, le 10 juin dernier, M. Guyon recevait dans son service, salle Sainte-Cécile, n° 15, une femme de cinquante-deux ans, atteinte d'une hernie crurale grosse comme les deux poings et complètement irréductible depuis dix mois. L'origine de cette hernie remontait au moins à huit ans. Mais elle avait pu être contenue par un bandage jusqu'à l'année dernière. Depuis qu'elle avait cessé d'être réductible, elle était devenue tellement gênante que cette femme désirait vivement en être délivrée. M. Guyon jugea que l'opération était possible et indiquée; et durant une absence qu'il fit à cette époque, M. Segond, qui le suppléait, exécuta cette opération.

Par une incision parallèle à l'axe du membre, on mit le sac à nu. Contrairement aux probabilités, on le trouva d'une minceur extrême, presque pellucide. La dissection en fut laborieuse. La seule partie de la hernie qui fut trouvée irréductible était la partie épiploïque, maintenue par des adhérences. L'intestin, au contraire, avait été refoulé sans difficulté dans la cavité abdominale. Le sac herniaire, une fois disséqué, fut tordu sur lui-même à plusieurs reprises; puis une ligature en catgut fut portée aussi haut que possible sur son pédicule; après quoi on le réséqua. On introduisit dans la plaie un drain et on réunit les bords par des points de suture, puis on appliqua un appareil antiseptique. Le cinquième jour, c'est-à-dire le 22 juin, car l'opération avait été pratiquée le 17, on fit un premier pansement et on retira les fils : la réunion s'était effectuée d'un bout à l'autre par première intention. Le dixième jour on enleva le tube, et le quinzième jour le trajet fistuleux était formé, la cicatrisation était complète. La température ne s'était jamais élevée jusqu'à 38 degrés. Il n'y avait pas eu la moindre fièvre.

Maintenant quels seront les résultats de cette opération si bénigne? La cure sera-t-elle radicale au point que l'on pourrait se passer de bandage? Non, certainement. L'anneau qui a livré passage à la hernie existe toujours. M. Segond sait qu'il est impossible de faire adhérer l'un à l'autre les bords opposés de l'anneau crural, et il n'a rien tenté dans ce sens.

Les viscères intra-abdominaux pourraient donc sortir de nouveau par ce passage dilaté et constituer une nouvelle hernie dans un nouveau sac. Mais il est facile de les maintenir par un bandage approprié : et la situation de la malade a donc changé du tout au tout.

Au fond, c'est là une application des principes que M. Segond avait développés dans sa thèse.

Mettant en doute la réalité et surtout la solidité des guérisons qu'on annonçait, il ajoutait : « En revanche, il est un fait qui se dégage nettement de l'ensemble des documents publiés. Les opérations pratiquées pour les hernies incoercibles ont donné, comme résultat constant, la coercibilité de la hernie. Les observations inédites dont nous devons la communication à M. Julliard et à M. Lucas-Championnière sont à ce point de vue particulièrement démonstratives; c'est là qu'est la véritable utilité, l'unique utilité,

pourrions-nous dire, du retour de la chirurgie vers les opérations dites de cure radicale. Et si, au lieu de les décorer de ce nom, on voulait bien consentir à leur attribuer une épithète plus modeste et plus en rapport avec le but qu'elles peuvent atteindre, on aurait le double avantage de ne pas rebuter les chirurgiens justement prévenus contre la qualification de cure radicale, et de donner à une opération rarement indiquée, mais quelquefois rationnelle, la place légitime qu'elle doit occuper en médecine opératoire. »

Chez la femme dont nous parlons, il s'agissait d'une hernie crurale. Or, au chapitre des indications, après avoir fait ressortir tous les dangers d'une opération qui expose à la perte du testicule dans la hernie inguinale de l'homme, et repoussé par conséquent toute tentative de cure radicale pour une hernie de cette espèce réductible et non étranglée, M. Segond, en venant à la hernie crurale s'exprime ainsi :

« Dans la hernie crurale, nous pensons que les indications de l'intervention pour mauvaise contention doivent être admises un peu moins difficilement que pour les autres hernies. En effet, la hernie crurale est souvent moins gênante que les autres : voilà le bon côté. Mais, comme le disait Malgaigne, voici le pire : elle est plus sujette à s'étrangler que toute autre espèce de hernie, et l'étranglement est toujours très grave. »

Il n'en faut pas davantage pour rendre plus hardi le chirurgien qui se trouve en présence d'une hernie crurale mal contenue. Or on sait que la contention des hernies est toujours difficile dans cette région ; il est donc naturel d'admettre que les indications d'une intervention se rencontreront ici plus souvent qu'ailleurs. Ainsi, après avoir envisagé la question dans son ensemble et dans plusieurs de ses cas particuliers, nous arrivons à cette conclusion générale : Dans certaines circonstances exceptionnelles, lorsqu'on aura épuisé avec habileté et persévérance toutes les ressources fournies par les bandages, l'incoercibilité complète ou la mauvaise contention avérée d'une hernie pourra motiver l'intervention chirurgicale. »

En ce qui touche les hernies crurales opérées sans être étranglées, M. Segond avait pu déjà rassembler dans sa thèse 26 opérations dont la première datait de 1876, et sur ces 26 opérations, dont quelques-unes ont donné des succès complets et durables, il n'y avait qu'un seul cas de mort. Encore s'agissait-il d'un malade de soixante-un ans qui a présenté, à l'autopsie, de la tuberculose pleurale et une dégénérescence graisseuse du cœur.

Urémie latente.

Une femme qui se trouve dans le service de M. Rigal, salle Sainte-Anne, n° 8, présente un bel exemple de ces urémies larvées, qui sont loin d'être rares dans la pratique usuelle, mais y restent malheureusement souvent inconnues.

Cette femme, âgée de quarante-six ans, a eu douze enfants, dont le dernier il y a cinq ans. Jusque-là elle s'était assez bien portée, sauf qu'elle toussait d'ordinaire et avait la poitrine sifflante.

Ce fut pendant qu'elle nourrissait ce dernier enfant qu'elle commença à souffrir habituellement de la tête et à vomir fréquemment. En revanche, sa toux cessa depuis lors, et elle n'eut plus, durant la nuit, dans la poitrine, ces bruits sonores qui troublaient le sommeil de son mari.

Les vomissements se répétèrent, la céphalée persista ; parfois, quand le mal de tête était très violent, il se produisait du délire. La malade ne put plus monter les escaliers sans être oppressée. Il arriva même un moment où elle fut obligée de s'arrêter, pour reprendre haleine, à chaque étage.

Il y a neuf mois elle eut une perte abondante qui se prolongea durant vingt-cinq jours, et pendant laquelle elle rendit d'énormes caillots. Après cela les urines devinrent très abondantes. La malade était obligée de se relever cinq à six fois par jour.

Le 25 mai, étant allée avec sa fille à la fête de Vaugirard, elle y perdit complètement connaissance. On la reporta chez elle, et pendant deux jours elle y resta étrangère à ce qui l'entourait, poussant des cris et se débattant, à ce que son mari lui a raconté.

Ce fut en entrant à l'hôpital où on l'apportait qu'elle revint à elle.

Quand on l'examina pour la première fois, elle accusait surtout un violent mal de tête, et continuait à présenter des vomissements. Il n'y avait plus de polyurie; au contraire, c'était à peine si cette femme rendait 500 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures.

A l'auscultation, on trouva le cœur un peu gros; il présentait un bruit de galop ; et, songeant de suite à une néphrite interstitielle, on examina les urines. Elles renfermaient beaucoup d'albumine.

Dès lors le diagnostic était précisé, tous les symptômes se rattachaient à une urémie, qui n'avait pas été soupçonnée jusque-là.

Le traitement était indiqué. Pour faciliter l'élimination de l'urée en excès, on prescrivit le régime lacté et les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine (2 centigrammes par injection, répétée plusieurs fois par jour). Contre la néphrite interstitielle, on eut recours à des préparations iodurées, sirop iodo-tannique et iodure de sodium.

Les urines devinrent plus abondantes (2 litres environ par jour), l'albumine y diminua proportionnellement, la céphalée se dissipa, les vomissements cessèrent; et cette femme se trouve aujourd'hui beaucoup mieux que depuis trois ans.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 juillet 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Traitement du cancer de l'utérus. — M. LABBÉ désire faire connaître le résultat de son expérience sur le sujet actuellement en discussion. Il faut d'abord bien s'entendre, dit-il, sur ce que l'on entend par cancer de l'utérus justiciable d'une opération quelconque. Il est bien évident qu'il ne s'agit alors que de la forme épithéliale et non de la forme squirrheuse ayant envahi les culs-de-sac, la vessie, etc. Pour cette dernière variété, il ne peut être question d'aucune opération.

L'ablation totale de l'utérus cancéreux ne semble pas avoir jusqu'ici donné des résultats bien satisfaisants, si l'on en juge par les documents étrangers ou par les faits de nos collègues de Bordeaux. D'ailleurs cette opération, si jamais elle était rendue plus facilement praticable et moins dangereuse, ne serait indiquée que dans les cas de cancers du corps de l'utérus ou de cancers bien limités au col. Il importe de bien s'assurer si le vagin n'est pas envahi et si les ganglions pelviens sont intacts. Quoi qu'il en soit, jusqu'ici la voie vaginale paraît devoir être préférée à la voie hypogastrique.

Plusieurs de nos collègues ont insisté sur la difficulté d'abaisser l'utérus pour en faciliter l'ablation partielle ou totale. Mais il est un moyen de rendre cet abaissement ou tout au moins toute traction sur l'utérus inutiles : c'est de placer la malade dans la position de l'opération de la fistule vésico-vaginale et de se servir du spéculum de Sims. On peut ainsi placer le col sous ses yeux sans l'attirer comme le faisait Lisfranc et l'on se trouve dans les meilleures conditions pour en pratiquer la résection ou l'ablation.

Que faut-il préférer de l'anse galvanique, de l'écraseur, du serre-nœud, etc. ? Sans doute l'écraseur, employé avec la modification proposée par M. Verneuil, est un bon instrument; mais l'anse galvanocaustique est infiniment préférable. J'ai publié, en 1874, un mémoire sur l'application de l'anse galvanique au traitement des affections du col, et, depuis cette époque, cet instrument a été adopté par un certain nombre de chirurgiens.

Sans doute c'est un devoir pour le chirurgien de soigner, par tous les moyens à sa disposition, une malade atteinte d'un cancer de l'utérus. L'intervention chirurgicale peut, en pareil cas, rendre des services éminents et procurer une prolongation de la vie souvent assez considérable. J'ai opéré, en 1872, une malade atteinte d'un épithélioma du col qui a été examiné au microscope; or cette malade vit encore et se porte très bien. Il y a trois ans, j'ai complètement évidé avec le galvanocautère un col atteint d'épithélioma et la malade jouit encore actuellement d'une très bonne santé. Il est vrai que ces cas sont exceptionnels; mais ils n'en sont pas moins encourageants. D'ailleurs, sans parler de ces succès inespérés, n'est-ce pas toujours le droit et même le devoir du chirurgien de parer, fût-ce même par une opération, aux hémorragies souvent mortelles que présentent ces malades, aux douleurs atroces qui rendent leur existence impossible? M. Polaillon a justement fait observer qu'il obtenait de bons résultats en complétant ses opérations par des applications de caustiques. J'ai, dans cet ordre d'idées, tiré de très bons effets de la pâte de Canquoin dont on connaît la puissance hémostatique. L'emploi de la pâte de Canquoin, combiné avec le curage, m'a permis de prolonger la vie de bien des malades et de leur rendre quelques forces et tout au moins les apparences de la santé. M. Verneuil nous montre par sa statistique qu'il a obtenu une moyenne de survie de dix-huit à dix-neuf mois : c'est là un résultat très important et qui justifie amplement l'intervention du chirurgien dans ces cas. Celui-ci doit s'occuper des malades atteintes de cancers de l'utérus au même titre que les médecins s'occupent des malades atteints de cancers internes, de phtisie, d'affection cardiaque, etc. Toute opération, partielle ou totale, qui peut avoir pour résultat soit d'empêcher une malade de mourir d'hémorragie, soit de calmer des souffrances intolérables, soit de prolonger l'existence de quelques mois, est, par cela même, non seulement indiquée, mais même commandée.

M. MARCHAND appuie l'opinion qui vient d'être émise sur l'utilité réelle des opérations palliatives dans le traitement du cancer de l'utérus. Dès qu'il est possible, par des opérations ou des moyens palliatifs, de prolonger l'existence et de calmer les souffrances des malades, ces opérations et ces moyens ont leur raison d'être, au même titre que, par exemple, la colotomie lombaire chez les malades atteints de cancer du rectum. Et pourtant cette dernière opération, toute palliative qu'elle est, est infiniment plus grave que toutes celles qui se pratiquent dans les cas de cancer utérin.

La curabilité définitive de cette affection peut être obtenue par l'intervention chirurgicale? Or, chaque chirurgien a, par devers lui, des cas de guérison tout au moins fort durable; bien qu'exceptionnels, ces cas n'en existent pas moins.

M. Marchand cite la statistique de Schrœder qui portait sur 811 cas. Ce chirurgien a abandonné le fer rouge pour le bistouri ou le couteau. Il a fait aussi l'amputation abdomino-susvaginale de l'utérus, opération qui consiste à extraire le corps de l'utérus par la laparotomie en laissant le col comme pédicule. Dans ce cas, la récidive paraît avoir été plus rapide. Toutefois M. Schrœder a revu des malades, ainsi opérées, cinq ans après l'opération. Il y a donc lieu d'intervenir et il ne faut pas désespérer, dans certaines circonstances, de guérir, par l'opération, des cancers de l'utérus.

M. TERRIER fait observer à M. Marchand qu'il se méprend sur le véritable sens du mot palliatif, relativement au cancer de l'utérus; il n'y a qu'une seule distinction qui puisse être établie entre les diverses opérations qu'il comporte. Il y a des opérations complètes et des opérations incomplètes : c'est ce dernier mot qui répond aux cas dont a parlé M. Marchand.

Il y a longtemps que l'anse galvanique est appliquée au traitement des cancers du col de l'utérus; M. Trélat l'employait déjà avant la guerre. Il est vrai que les opérations incomplètes peuvent, dans certains cas, donner d'assez bons résultats, soulager momentanément les malades, diminuer ou supprimer des hémorragies inquiétantes; mais on ne peut pas dire que ces opérations soient absolument inoffensives et sans danger.

Peut-on dire que ces opérations puissent jamais être des opérations curatives? Non, certes; dans cet ordre d'idées, il faut aller plus loin et songer à l'ablation complète de l'utérus. Est-on autorisé à recourir à cette ablation complète de l'organe malade, comme on a recours à l'ablation complète de la glande mammaire, par exemple, dans les cas de cancer du sein? Jusqu'ici, non; mais il y a lieu de penser, d'espérer que cette opération deviendra un jour assez peu dangereuse pour qu'on soit parfaitement autorisé à y recourir. Quant aux opérations incomplètes, il faut reconnaître qu'elles ne donnent que des résultats bien médiocres.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, d'accord avec ses collègues sur l'opportunité des opérations partielles pour répondre à certaines indications, telles que l'hémorragie ou la douleur, déclare que ces opérations donnent le plus habituellement de tristes résultats. En outre, elles sont loin d'être sans danger; récemment encore un membre de la Société citait l'exemple d'une malade qui, à la suite d'une opération de ce genre, a vécu dix-sept mois avec une fistule vésico-vaginale en plus de son cancer. Ce sont là des résultats peu encourageants. L'ablation totale, si elle parvient à être rendue moins dangereuse, semble plus logique et préférable. Enfin le diagnostic d'un cancer au début est souvent impossible, même pour les histologistes les plus expérimentés; il y a donc eu bien des erreurs de diagnostic qui peuvent expliquer des cas de guérison en apparence bien surprenants.

M. TRÉLAT rappelle, en effet, qu'il employait l'anse galvanique avant 1870 et, déjà à cette époque, s'en trouvait fort bien, malgré l'opinion contraire de Demarquay, qui, avec cet instrument, se brûlait les doigts, brûlait le vagin, brûlait tout, excepté le col.

Pour résumer les principaux arguments qui résultent de cette discussion, on peut dire que nous nous trouvons en présence d'une affection d'un diagnostic difficile, d'une limitation incertaine, d'une marche redoutable; que nous n'avons à notre disposition contre cette affection que des opérations dont les dangers croissent avec la puissance. En outre, les opérations les plus complètes peuvent devenir incomplètes par ce fait qu'on ne sait jamais au juste si les ganglions lymphatiques péri-utérins ne sont pas envahis. On n'est donc jamais sûr de tout enlever, même si on enlève tout l'organe. Si, par une série de perfectionnements jusqu'ici inaperçus, mais non impossibles, l'ablation totale de l'utérus devient une opération dont les dangers ne croissent plus en raison directe de la puissance, ce sera incontestablement l'opération à laquelle il faudra donner la préférence comme étant la plus logique et la plus apte à donner un résultat définitif. Mais jusque-là il faut savoir reconnaître la pauvreté de tous les moyens thérapeutiques employés pour combattre le cancer de l'utérus. Encore est-ce souvent par la thérapeutique la plus inoffensive qu'on obtient les résultats les moins défavorables : c'est ainsi que M. Trélat a pu faire vivre trois et cinq ans des malades, jeunes encore, atteintes de cancer utérin, auxquelles il s'est contenté de faire des pansements appropriés. Or la moyenne des résultats fournis par les opérations partielles ne donne pas encore une survie aussi longue.

M. VERNEUIL dit que si l'on a affaire à un cancer du col commençant, très limité, on peut agir comme pour le cancer de la lèvre, par exemple, c'est-à-dire opérer largement. Ce serait un

tort, en pareil cas, d'entrer dans la voie des pansements. Quant à l'ablation totale, M. Verneuil ne veut pas en entendre parler jusqu'à ce que l'opération ait pu être modifiée et rendue moins dangereuse.

M. POLAILLON soutient qu'avec l'anse galvanique et les cautérisations consécutives on peut faire des opérations complètes et arriver à obtenir des succès définitifs. En outre, ces opérations sont bénignes; les revers sont tout à fait exceptionnels.

M. TERRIER dit que ces opérations sont des opérations bénignes, comparées à l'ablation totale de l'utérus; mais en somme elles ne sont pas toujours si inoffensives et la perforation des culs-de-sac n'est pas un accident sans importance.

Névralgie rebelle du nerf dentaire inférieur, arrachement. — **M. MONOD** communique deux observations de névralgie rebelle du nerf dentaire inférieur guérie par l'arrachement et l'élongation de la portion inférieure de ce nerf. Le premier malade qu'il a opéré de la sorte est guéri depuis treize mois. Dans le second cas, il s'agissait d'une névralgie intense, rebelle, avec des crises atroces; M. Monod a pratiqué la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur et l'arrachement du nerf, il y eut une récidive après six mois; alors M. Monod fit l'élongation et l'arrachement du nerf tout entier en arrière du trou mentonnier. Depuis, le malade n'a plus souffert et reste guéri.

M. TILLAUX a pratiqué trois opérations de ce genre, l'une il y a maintenant douze à quinze ans et depuis cette époque le malade est resté guéri. Il avait pratiqué cette opération par la méthode de Michel, en allant chercher le nerf au niveau de l'épine de Spix. Depuis il a changé d'avis et préfère de beaucoup la trépanation du maxillaire; il préfère l'emploi du ciseau et du maillet à celui du trépan. Il a ainsi opéré deux malades qui ont tiré de l'opération un bénéfice considérable. Les plaies osseuse et cutanée se réunissent par première intention. Tout est fini en huit jours. Enfin M. Tillaux, dans ces cas, pratique la résection de préférence à l'élongation.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XVI

DUMAS.

Professeur d'anatomie et de physiologie depuis une dizaine d'années et auteur d'un ouvrage en quatre volumes sur le double objet de ses études; joli homme, de bonnes manières, quarante à cinquante ans.

MARCEL DE SERRES.

N'était alors qu'un entomologiste avec lequel je fis des excursions; il puisa sans mesure dans mes boîtes de Paris et il était fort sobre de ses insectes; il est devenu depuis un célèbre paléontologiste. Il vit encore (1857).

BOUCHET.

Bon naturaliste, excellent, très excellent homme, auquel sa fortune permettait d'être fort honorable, et de posséder de belles collections; on pouvait à juste titre le surnommer le Banks du midi de la France; on le trouvait toujours empressé à bien accueillir toutes les personnes qui venaient le voir et consulter son cabinet; taille moyenne, embonpoint, visage fleuri, physionomie de bonté; je devins son ami intime et nos relations n'ont fini qu'à sa mort. Il a publié plusieurs mémoires d'agriculture.

DURAND.

Conservateur du cabinet d'histoire naturelle, il avait beaucoup voyagé, je l'avais déjà connu à Paris.

LAFABERIE.

Professeur de clinique à l'hôpital Saint-Éloi qui est peu vaste et assez mal aéré. L'enseignement médical laisse beaucoup à désirer; le zèle des professeurs est très modéré; la thérapeutique usuelle repose presque exclusivement sur un trépied pharmaceutique, émétique, ipécacuanha, bols camphrés. L'École de médecine, autrefois si renommée, ne se soutient plus que par sa vieille gloire; les hommes de mérite qui l'illustraient n'y professent plus ou sont d'une négligence décourageante.

GRATELOUP.

Étudiant en médecine à Montpellier, devenu depuis et étant encore mon confrère et mon ami intime. Son rare talent de dessinateur l'avait fait choisir par le professeur Draparnaud pour faire les belles figures de son grand ouvrage sur les *Coquilles terrestres et fluviatiles de France*. Grateloup est depuis longtemps l'un des praticiens les plus estimés de Bordeaux et un naturaliste fort distingué, surtout en paléontologie.

Retour à Beaucaire. — Excursion au pont du Gard.

Le 17 mai, nous quittâmes Montpellier, Dufau et moi, pour entreprendre le voyage de Provence que depuis si longtemps je caressais de mes espérances. Nous séjournâmes quinze jours chez notre ami Blaud, de Beaucaire; la botanique était dans son beau sur les montagnes de Marguillier. Quels changements depuis ma dernière visite! Elles sont couvertes de jolies plantes australes, l'air est embaumé du parfum de leurs fleurs; mille insectes qui se jouent au milieu de celles-ci tombent dans mes filets et expirent dans mes boîtes; je ne me sentais pas de joie, je fis d'immenses récoltes, j'étais sans cesse en mouvement.

Le 23 mai, à cinq heures du matin, nous partons pour aller au fameux pont du Gard; César, Dufau et moi nous étions, en observateurs philosophes, montés sur des ânes; le docteur Blaud, ne voulant pas se compromettre aux yeux de ses concitoyens, nous précédait sur un fort beau cheval. Après quelques incidents dont je fus le principal héros, nous suivîmes la rive droite du Rhône qui est d'une grande largeur et se divise plus haut en deux branches circonscrivant une île où est le village de Villabrègue, c'est-à-dire ville de brigands. Bientôt on perd de vue le fleuve et nous remontons le cours du Gardon en passant près des villages de Comps et de Montfrin, renommés l'un pour ses cerises, l'autre pour son vin. Après deux heures de marche, nous arrivons à Remoulins, situé sur les bords du Gardon; on y laisse les montures à l'exception de l'aliboron de César qui portait le comestible et nous prenons un guide pour aller visiter une grotte fameuse dans toute la contrée par son étendue et la beauté de ses pétrifications. Cette grotte, qu'on appelle dans le pays *Baoume Sartanette* (*baoume* signifie *grotte*), est creusée sur le penchant d'une montagne boisée et située dans la première gorge que l'on rencontre en sortant du village pour aller au pont du Gard. Nous nous étions munis de torches et de cordes pour exécuter notre descente dans ce souterrain: j'abandonnai à mes compagnons ce dernier moyen, et, armé de deux torches, je me mis en tête de la marche avec le guide. Je ne trouvai, du reste, qu'une vaste caverne divisée en deux chambres fort larges mais peu étendues en longueur; le couloir de communication entre les chambrées est très resserré et déclive; aussi faut-il être fort circonspect pour descendre sur un sol rendu onctueux par la filtration continuelle de l'humidité à travers la voûte. Lorsque nous eûmes dépassé ce détroit où la lumière ne pénètre plus, nous plantâmes une torche comme fanal: il fallait marcher à tâtons et surtout éviter l'extinction des flambeaux. Les parois intérieures de cette grotte sont formées de stalactites très variées de forme: il y en a qui représentent très bien des draperies disposées autour d'un espace carré que l'on nomme le *lit du roi;* d'au-

(1) Suite. — Voir le numéro du 3 juillet 1883.

tres ont quelque ressemblance avec un fourneau et une chaudière, c'est la *cuisine* de la grotte. Les paysans, crédules et superstitieux dans ce pays comme ailleurs, racontent sérieusement une foule d'anecdotes de rois, de voleurs, de sorciers qui ont vécu dans ce souterrain; nous sortîmes noircis de fumée; cette caverne est le repaire froid et ténébreux d'une légion de chauves-souris. Nous descendons dans la vallée afin de prendre la route du pont du Gard, et, après une demi-heure de marche, nous arrivons en face du fameux monument romain. Avant d'aller le visiter en détail, nous jugeons opportun de restaurer nos forces et nous cherchons un bon endroit pour notre salle à manger; notre choix se fixe sur un tapis d'herbes et de mousse, ombragé par un beau chêne, sur le bord du Gardon. L'âne des provisions en fut débarrassé et trouva dans les chardons du voisinage de quoi se restaurer : poissons, gigot, poulets, *fromatzous* et *fromettes*, cinq ou six livres de pain, deux grandes bouteilles de vin, tout cela fut étalé sur le gazon et en disparut rapidement, car nous avions les quatre plus beaux appétits du monde. Le pont formait, devant et tout près de nous, une superbe décoration; les rochers voisins opposaient à ce prodige de l'art leur âpreté sauvage et relevaient sa magnificence. Le Gardon roulait à nos pieds son onde fraîche et limpide; le murmure sourd et profond d'une cascade lointaine faisait seul diversion au silence de ce lieu; tout portait à la méditation et aux réflexions; malgré le pittoresque du lieu, le repas fut soporatif pour mes compagnons, et, pendant qu'ils faisaient presque retentir le vallon de leurs ronflements, j'allai pendant trois heures explorer l'histoire naturelle des montagnes environnantes; mes recherches ne furent point infructueuses, je découvris plusieurs objets nouveaux pour moi, nouveaux même pour la science. Une jolie espèce du genre *Tridactyle*, qu'on n'a encore observée qu'en Afrique, habite ici les bords sablonneux du Gardon; elle ressemble en miniature au *taupe grillon* et saute avec une agilité et une promptitude surprenantes. Je rencontrai aussi un autre insecte sauteur très voisin du genre *Galgule*, découvert par Bosc, dans la Caroline : je fis provision de l'un et de l'autre.

Après avoir épluché les plantes et les insectes d'alentour, je vins enfin rompre le sommeil de mes trois paresseux : je me baignai dans le Gardon, que je traversai deux fois à la nage, et nous allâmes ensuite escalader le pont, quoique je fusse en manches de chemise, sans souliers ni bas.

Le pont du Gard, édifice antique aussi étonnant par la hardiesse et la solidité de sa construction que par la noble élégance de son architecture, est formé d'une triple rangée d'arches ou d'arcades superposées; le rang inférieur se compose de six grandes arcades dont une seule donne passage au Gardon : l'intermédiaire en offre neuf de moindre proportion; le rang supérieur en a trente-cinq beaucoup plus petites que les autres sur lesquelles est creusé l'aqueduc qui semble réunir les sommités des deux montagnes opposées. Le mode de construction est d'une simplicité admirable : il n'y a pas un atome de ciment ou de mortier dans la structure de cet immense monument : ce sont de grandes pierres de taille simplement superposées qui tirent toute leur solidité de la largeur et du poli des surfaces par lesquelles elles se touchent. Cet édifice, admirablement conservé, a bravé les outrages de plusieurs siècles : qui peut calculer combien de siècles s'écouleront encore avant qu'il cède à l'action destructive du temps? Lorsque, du bord de la rivière, on considère le pont du Gard, il semble que le comble de l'édifice ait fort peu de largeur; mais lorsqu'on gravit jusqu'au sommet, on peut constater une chaussée large de 11 pieds 8 pouces, en sorte qu'on peut en parcourir avec sécurité toute l'étendue, malgré l'absence de balustrade sur les côtés, et cette chaussée est formée par des pierres de taille monolithes placées les unes à côté des autres et recouvrant l'aqueduc qui est assez haut pour qu'on puisse le traverser d'un bout à l'autre sans se courber. Le point de vue dont on jouit du haut des rangs supérieurs des arcades, n'est pas très étendu, mais il est des plus pittoresques : du côté du sud, les belles prairies et le village de Remoulins sont en opposition avec la stérilité des rochers environnants; au nord, des montagnes sauvages couvertes d'arbustes limitent une vallée fort courte ou dont on n'aperçoit pas la continuation; aux pieds de l'observateur coule le Gardon sur lequel il ose à peine plonger ses regards. Ce monument ne fut jamais destiné par les Romains à servir de pont comme semblerait l'indiquer son nom, c'était un aqueduc servant à conduire les eaux à Nîmes qui est distante de quatre lieues et demie; le pont qui y existe aujourd'hui et sur lequel les voitures peuvent passer a été construit dans un temps moderne, comme un parasite, sur le premier rang d'arcades et rend l'édifice plus massif du côté du midi; mais celui-ci conserve toute sa forme majestueuse du côté opposé. Nous revenons au village de Remoulins pour reprendre nos ânes devenus d'humeur plus paisible et nous arrivons à Beaucaire vers sept heures du soir.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Les nouvelles de Toulon semblent indiquer une amélioration, le nombre des décès cholériques a diminué. On signale deux cas dits foudroyants : celui d'une religieuse et celui d'un infirmier de l'hôpital maritime. Par contre, les cas de cholérine seraient très nombreux en ville.

Le nombre des décès cholériques a été de 10 seulement pour la journée du 9 juillet (3 en ville, 3 dans les faubourgs, 2 à l'hôpital Saint-Mandrier et 2 à l'hôpital civil). Pour la journée du 10 juillet jusqu'à cinq heures du soir, on compte 11 décès cholériques, dont 6 en ville et 1 à l'hôpital maritime.

Voici d'ailleurs la situation des hôpitaux de Toulon à la date du 10 juillet sept heures du soir.

Hôpital civil : 6 entrées, 6 décès, 14 malades en traitement.

Hôpital maritime : 1 entrée, 1 décès, 19 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier : 6 entrées, 10 sorties après guérison, 104 malades en traitement, 97 convalescents.

A Marseille, la situation s'est notablement aggravée depuis quarante-huit heures. Nous n'avons pas le nombre exact des décès pour la journée du 9; par contre, nous voyons que la mortalité cholérique a été de 53, du 9 juillet huit heures du soir au 10 juillet sept heures du soir. Ces décès se répartissent de la manière suivante : 12 à l'hôpital du Pharo, 3 à l'asile des Aliénés, 1 à l'hospice de la Charité et 37 en ville. Plus de 60 cholériques sont actuellement en traitement au Pharo.

Quant aux décès cholériques survenus depuis notre dernier bulletin hors des deux villes contaminées, Toulon et Marseille, ce sont : 1 décès à Ollioules (Var); 1 décès à Aix, 1 décès à Nîmes et 1 décès dans une localité des environs de Voiron (Isère). Ces trois derniers cas, suivis de mort, se sont déclarés sur des individus qui arrivaient de Marseille ou de Toulon.

— Par décrets en date des 7 et 8 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Gestin, directeur du service de santé de la marine à Toulon.

Au grade d'officier : MM. Servier, médecin principal de première classe à l'École du Val-de-Grâce; — Josué-Sainte-Rose, médecin-major de première classe au 92e d'infanterie; — Pellerin, médecin-major de première classe à Verdun; — Blin, médecin-major de première classe à l'hôpital mixte de Besançon; — Champenois, médecin-major de première classe au 27e d'artillerie; — Schmitt, pharmacien principal de première classe; — Chastang, médecin en chef de la marine, chef du service de santé en Cochinchine; — Héraud, pharmacien en chef de la marine.

Au grade de chevalier : MM. les médecins-majors de première classe : Bar, du 69e d'infanterie; Sorel, de l'hôpital militaire Saint-Martin; Accolas, du 124e d'infanterie; Schindler, du parc de construction à Versailles; Eichinger, des hôpitaux de la division de Constantine; Annequin, des hôpitaux de la division d'Oran; Alphant, du 4e régiment du génie; Vieusse, de l'hôpital militaire

de Perpignan; Richard, agrégé à l'École du Val-de-Grâce; Ringeisen, de l'hôpital militaire de Bayonne; Desmonceaux, de l'hôpital militaire de Bourges; Viry, de l'École spéciale militaire.

MM. les médecins-majors de deuxième classe : Carette, du 2e chasseurs d'Afrique; Kopff, du bataillon de gendarmerie mobile.

M. le pharmacien-major de première classe Ameler.

MM. Treille, médecin-professeur de la marine; Dollieule, Cauvin, Siciliano, médecins de deuxième classe de la marine; Campana, pharmacien de première classe de la marine; Gros-Désormeaux, médecin civil à la Martinique.

— Par décret en date du 8 juillet, les grades de la hiérarchie des vétérinaires militaires sont assimilés aux grades de la hiérarchie militaire ainsi qu'il suit :

Vétérinaire principal de première classe : lieutenant-colonel ;
Vétérinaire principal de deuxième classe : chef d'escadron ;
Vétérinaire en premier : capitaine ;
Vétérinaire en deuxième : lieutenant ;
Aide-vétérinaire : sous-lieutenant.

Cette assimilation ne modifie point les conditions du fonctionnement du service vétérinaire telles qu'elles sont réglées par les décrets des 26 décembre 1876 et 28 décembre 1883, ni les limites d'âge fixées par la décision impériale du 29 juin 1863 et le décret du 30 avril 1875 pour l'admission à la retraite des vétérinaires militaires. — Toutes les dispositions antérieures à celles qui précèdent sont abrogées.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Forthomme, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy, décédé à l'âge de soixante-deux ans.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Samedi prochain, 11 juillet 1884, à deux heures, dans la salle d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. Leclerc du Sablon soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Recherches sur la déhiscence des fruits à péricarpe sec. »

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16457.

N° 82. — MARDI 15 ET JEUDI 17 JUILLET 1884. 57e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 JUILLET 1884. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Broncho-pneumonie et granulations tuberculeuses. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Consultée par M. le Ministre du commerce sur les mesures prophylactiques à opposer au choléra, l'Académie a adopté unanimement quatre propositions qui n'engagent en rien sa responsabilité ni au point de vue des principes ni au point de vue des détails d'application.

Ces propositions, quand elles étaient annexées en qualité de conclusions au rapport de M. Brouardel, se rattachaient à une théorie sur la transmission du choléra, qui se rapproche par certains côtés de la théorie du docteur Koch.

Le docteur Koch attribue le choléra à un genre particulier de microbe, qui se reproduit exclusivement par scissiparité, sans faire de germe, et qui, par conséquent, devient inoffensif, comme en général tous les microbes dépourvus de germes, du moment où la dessiccation l'a privé de vie. Il ne peut donc pas être transmis efficacement par l'atmosphère, mais seulement par l'eau et par les corps humides.

M. Brouardel, de son côté, dans son rapport, innocente l'air et incrimine l'eau.

Si le moindre reflet de cette théorie avait figuré dans les conclusions, M. Léon Colin se serait levé sans doute pour la combattre, car dans son travail, lu dans cette même séance, il s'en déclare l'adversaire.

Mais, quelle que fût l'opinion de chacun sur les questions fondamentales qui préoccupent le monde médical relativement au choléra, mode de production, mode de transmission, durée possible de la période d'incubation, etc., du moment où il était parfaitement établi que l'Académie n'approuverait rien en dehors des phrases un peu vagues qui lui étaient soumises, rien n'empêchait de les voter.

Toutes ces questions restent donc entières. Elles ne peuvent d'ailleurs être éclairées que par une enquête approfondie sur le début du choléra dans chaque ville, sur les premiers faits observés, sur la marche affectée depuis lors par l'épidémie, sur les phénomènes prémonitoires et les formes atténuées.

Nous ne saurions trop remercier les savants confrères qui, pratiquant dans les villes contaminées, au milieu de tant de fatigues et d'émotions, ont pris le temps de nous écrire pour travailler à élucider ces grands problèmes. Samedi prochain, dans une revue clinique, nous résumerons les enseignements que renferment ces lettres pleines d'intérêt.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Broncho-pneumonie et granulations tuberculeuses.

Nous avons en ce moment, dans nos salles, un garçon de vingt et un ans qui, jusqu'à l'époque toute récente où il vient de tomber malade, avait toujours été très bien portant. Ses parents jouissent également d'une très bonne santé; donc nul antécédent morbide personnel ou héréditaire.

Il y a six semaines, il fait une longue course, marche très vite, se met en sueur, reçoit une forte averse, ses vêtements sont traversés, il éprouve une violente impression de froid, il rentre chez lui, se sèche tant bien que mal. Le soir il ressent quelques frissons; néanmoins il passe une bonne nuit et, le lendemain, se remet au travail comme d'habitude. Dans la journée il commence à tousser un peu. La toux augmente, les jours suivants, de fréquence et d'intensité; toux sèche, sans expectoration, suivie plusieurs fois de vomissements alimentaires. A diverses reprises aussi le malade vomit ses aliments sans avoir toussé. En même temps il éprouve un malaise général, une courbature assez forte, ses forces diminuent peu à peu; il s'aperçoit d'un certain amaigrissement; il se plaint d'être facilement essoufflé, mais il n'a point de douleur dans la poitrine. Bref, il y a dans son état un ensemble de phénomènes locaux et généraux tels qu'il s'est décidé la semaine dernière à entrer à l'hôpital.

Le lendemain matin nous l'avons examiné avec soin, et voici ce que nous avons trouvé : cet homme commence à ressentir une petite douleur dans le côté gauche, douleur encore peu intense et qui n'existe que lorsqu'il tousse. Il a un peu d'anhélation; la toux est le phénomène en quelque sorte prédominant, elle est fréquente, moins sèche actuellement qu'au début des accidents, il y a six semaines. Elle est quinteuse, suivie encore parfois de vomissements alimentaires, et souvent accompagnée d'une expectoration qui ne présente rien de particulier, ne contenant jamais ni filets de sang ni sang pur, expectoration mi-partie mousseuse, salivaire, mi-partie opaque, en somme expectoration de bronchite jusqu'à présent.

Quant aux symptômes généraux, ils consistent en une

fièvre persistante, la température oscille entre 38°,2 le matin et 39°,5 le soir; le pouls est également plus fréquent; les sueurs sont assez abondantes la nuit, sur la figure et la poitrine principalement. Du côté du tube digestif, nous trouvons d'une part un appétit ordinaire, à peu près conservé, de l'autre de la diarrhée, deux ou trois selles liquides par jour. Enfin il existe un certain degré d'affaiblissement musculaire en même temps qu'un amaigrissement prononcé de partout et surtout de la poitrine. Celle-ci, en effet, est comme aplatie d'arrière en avant, voire même concave; les clavicules sont saillantes, les creux sus et sous claviculaires sont très marqués.

Enfin ajoutons, et cela sans y attacher l'importance exagérée de certains médecins surtout d'autrefois, que cet homme est d'un blond un peu roux. De plus, bien qu'il ait maintenant vingt et un ans, il est très peu velu : ce qui est, à cet âge, un fait assez anomal.

Si l'on vient à percuter la poitrine, on trouve en avant et à gauche une sonorité parfaite, normale dans toute l'étendue de la poitrine. A droite, au contraire, *sur* la clavicule et au tiers externe une matité prononcée, tandis qu'à gauche, au même niveau, la sonorité est absolue. En avant des deux côtés la respiration est normale, les vibrations thoraciques ne présentent aucune modification. De telle sorte qu'en avant nous trouvons seulement de la matité *sur* le tiers externe de la clavicule et nulle part ailleurs. Mais il n'en est pas de même en arrière : en effet, à gauche non seulement il y a intégrité parfaite de la respiration, mais encore il y aurait comme une certaine tendance à une exagération de l'état normal et les inspirations, comme force et comme durée, relativement à l'expiration sont comme 4 : 1 au lieu des chiffres 3 : 1 à l'état normal. A droite, au contraire, on observe des signes réellement frappants : les vibrations thoraciques sont exagérées dans la fosse sus-épineuse, à la percussion on entend un son parfaitement mat; à l'auscultation on constate une expiration prolongée comme force et durée, l'emportant sur l'inspiration, ainsi que du souffle à l'expiration, et au milieu de ce souffle un râle fin, sec, retentissant aux deux temps de la respiration, c'est-à-dire à l'inspiration et à l'expiration.

Ces différents signes physiques siégeant dans une région limitée à la partie postérieure et supérieure de la poitrine sont les éléments d'un diagnostic précis, du diagnostic d'une induration pulmonaire, d'une broncho-pneumonie se rattachant à la tuberculose. En un mot, cet homme est un tuberculeux au premier degré.

En effet, la tuberculose du sommet est caractérisée, à cette période de la maladie, par des phénomènes de congestion et d'inflammation bornés à un point circonscrit du poumon, à son sommet. Les autopsies d'individus qui n'en étaient encore qu'à un degré de la phtisie pulmonaire ont montré des vaisseaux gorgés de sang, des poumons rouges, congestionnés, d'où la facilité des hémoptysies à cette période, tandis que lorsque la maladie est parvenue au deuxième ou au troisième degrés les vaisseaux sont oblitérés, par suite les hémorragies plus rares. Au premier degré, la muqueuse des petites bronches est rouge, dépolie, tuméfiée, un peu ramollie, et les petites bronches contiennent un exsudat caséeux ou puriforme. De plus, enfin le tissu interlobulaire est également rouge, épaissi et tantôt ramolli, tantôt induré, en tous cas toujours plus dense, plus résistant, grâce à la prolifération de cellules conjonctives. En résumé, on trouve là les lésions à la fois de la pneumonie lobulaire et de la bronchite capillaire, ainsi que de petites granulations tuberculeuses dans le tissu interlobulaire. C'est à ces lésions que correspondent les phénomènes de toux, d'expectoration spéciale, d'hémoptysies, des phénomènes de broncho-pneumonie du sommet : matité, augmentation des vibrations thoraciques, râles variant du crépitant au sous-crépitant, râles retentissants, souffle à l'expiration, mais non tubaire comme dans la pneumonie lobaire et dont l'intensité est en rapport avec le siège et l'étendue de la lésion.

Ce sont donc, sauf les hémoptysies et les vomissements alimentaires qui appartiennent à la tuberculose du premier degré, les mêmes signes et à peu près les mêmes symptômes que ceux de la broncho-pneumonie du sommet. De là certaines difficultés pour diagnostiquer sûrement une tuberculose commençante.

Cette dernière, au début, présente quelquefois une marche ordinaire, d'autres fois la toux est persistante, augmentant avec les vomissements, s'accompagnant de fièvre, de diarrhée; tantôt la maladie débute par une bronchite avec les râles qui lui appartiennent, ou par une pneumonie, par une pleurésie ou par une laryngite. Puis plus tard les symptômes propres à ces diverses maladies s'amendent : tandis que la toux et la fièvre persistent, l'amaigrissement se prononce, la toux s'accentue, des hémoptysies surviennent et le mal s'établit définitivement.

Ainsi, chez notre malade, la tuberculose s'est développée sans antécédents personnels ni héréditaires, sans aucune prédisposition particulière scrofuleuse ou autre, faits qui semblent contraires à la doctrine du parasite, cause de la tuberculose. Néanmoins tous les signes que nous observons chez lui depuis son entrée à l'hôpital sont absolument confirmatifs de notre diagnostic : tuberculose commençante, tuberculose au premier degré, c'est-à-dire broncho-pneumonie avec granulations tuberculeuses.

Le pronostic est grave, bien entendu. Quant au traitement, il doit avoir pour but d'arrêter, si possible les phénomènes inflammatoires par l'application de révulsifs énergiques : pointes de feu, vésicatoires, et de modifier l'état général par l'hygiène et quelques médicaments tels que le phosphate de chaux et l'arsenic.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Devilliers relative aux mesures sanitaires prises dans les gares de la Compagnie des chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée, à l'égard des voyageurs, et à celles que la même Compagnie applique à tous ses employés. L'utilité des unes et des autres lui paraît certaine. M. Devilliers donne aussi quelques détails sur la manière dont le choléra s'est produit et s'est propagé à Marseille ;

2° Une lettre par laquelle M. le docteur Comberet fait connaître le contenu du pli cacheté refusé par l'Académie dans sa dernière séance. Il s'agit du traitement du choléra par les sulfites et les hyposulfites, traitement que M. Comberet n'a jamais eu l'intention de tenir secret;

3° Un mémoire de M. le docteur Burq sur l'action du cuivre contre le choléra;

4° Un mémoire intitulé : *Appréciations de haute hygiène*, par M. Machelon (d'Angoulême).

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL remet à la semaine prochaine le reste du dépouillement de la correspondance, attendu que l'Académie vient d'être saisie par M. le Ministre du commerce d'une question urgente sur laquelle elle doit donner son avis séance tenante.

La lettre de M. le Ministre est ainsi conçue :

« Monsieur le secrétaire perpétuel,

Les mesures appliquées ou proposées dans le but de prévenir l'extension de l'épidémie qui frappe Toulon et Marseille, et d'en atténuer les effets présentent des divergences qui troublent profondément l'opinion publique.

Les unes, qui m'ont été soumises par le comité consultatif d'hygiène publique de France, ont reçu ma pleine et entière approbation; mais d'autres, inspirées également par le souci de s'opposer à la marche de l'épidémie, ont été prises par diverses autorités administratives ou municipales, et l'utilité de quelques-unes de ces dernières a paru fort contestable.

J'ai pensé qu'il était de l'intérêt de la santé publique de coordonner les diverses mesures de prophylaxie, de manière qu'une vue d'ensemble préside à leur application, et il m'a paru utile de soumettre à une discussion publique devant l'Académie de médecine les moyens de préservation proposés tant par le comité d'hygiène que par les autres autorités : ceux de ces conseils qui recevraient l'approbation de l'Académie acquerraient ainsi une plus haute valeur.

J'ai chargé M. le docteur Brouardel, président du comité consultatif d'hygiène publique, d'exposer les opinions du comité devant l'Académie. Votre Compagnie comprendra que les questions soulevées ne comportent pas d'atermoiements. J'insiste donc pour qu'elle se prononce dans sa séance du mardi, 15 de ce mois, et pour que vous me transmettiez, le jour même, le résultat de sa délibération.

Je remercie, par avance, l'Académie du concours éclairé qu'elle voudra bien, dans cette circonstance, prêter au Gouvernement.

Recevez, etc. »

En conséquence, la parole est donnée à M. Brouardel.

PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA.

M. BROUARDEL rappelle que, le 1er juillet dernier, M. le Ministre du commerce a désigné quelques-uns des membres du comité consultatif d'hygiène de France pour constituer une commission dite du choléra. Cette commission se compose de MM. Brouardel, président, Pasteur, Peter, Legouest, Rochard, Gallard, Vallin et Nicolas, directeur du commerce intérieur. C'est elle-même qui a prié le ministre de soumettre à l'Académie les mesures qu'elle lui a proposé de prendre dans le but d'atténuer les ravages de l'épidémie qui frappe en ce moment Toulon et Marseille.

La commission espère qu'au cours de la discussion surgira quelque proposition nouvelle, qu'elle s'empressera de soumettre à l'approbation ministérielle. De plus, elle se trouve en présence de mesures nombreuses prises ou conseillées par des administrations différentes et dont plusieurs lui ont paru impraticables ou excessives.

Armées par la loi du 5 avril 1884, les municipalités, excitées par le légitime désir de protéger leurs concitoyens, prennent sur les divers points du territoire les mesures les plus variées sans aucune coordination avec celles qui sont adoptées par les municipalités voisines. Nice interdit l'accès de la ville à tout étranger qui n'aura pas fait une quarantaine de cinq jours. Hendaye interdit le passage dans sa gare des provenances d'Espagne alors que cette contrée n'est pas contaminée. D'autres villes, telle que Ruffec, demandent à transformer leurs gares en lazarets, au risque de créer des foyers capables de propager l'épidémie par la réunion, dans le point le plus fréquenté de la ville, des quarantaines et des marchandises provenant des contrées envahies. Il appartient à l'Académie de discerner et d'indiquer la règle à suivre, de rétablir une unité de vue indispensable pour servir de guides aux autorités locales et aux individus.

La préservation du territoire sain par l'isolement des foyers contaminés est le moyen qui, *a priori*, semble le plus simple, celui qui a été le premier proposé et expérimenté lors de l'épidémie de 1830-1832. Cette séquestration est possible et efficace lorsqu'il s'agit d'îles ou de pays ne communiquant entre eux que par la mer. L'exemple de l'île de Crète et de la Sicile en 1865 prouve qu'elle est alors justifiée. Mais elle n'a jamais réussi dans l'Europe continentale, ni en Autriche, ni en Russie, ni en Prusse, où on en fit l'essai pendant la première épidémie. Partout les cordons sanitaires ont été débordés et sont devenus eux-mêmes des agents de transmission pour l'épidémie.

En France, d'ailleurs, comment séquestrer les pays contaminés? Le cordon sanitaire devrait-il faire usage de ses armes contre les populations affolées?

Quant à l'isolement d'une ville, d'une commune, d'une réunion d'hommes avant qu'elle soit contaminée, il a été appliqué, il est vrai, avec succès, en 1831, à Peterhof et à Tsarkoe Sélo où la cour de Russie, comptant 10,000 personnes, s'était séquestrée. Ce mode protecteur peut être utilisé exceptionnellement. Il l'a été pour la troupe, à Toulon, dès le début de l'épidémie et, jusqu'à ce jour, la préservation a été presque complète.

Mais, pour être efficace, il doit être appliqué sans distinction à tous les étrangers, car la propagation du choléra a surtout pour cause le voyageur en puissance de maladie pendant cinq ou six jours et peut-être même pendant un temps beaucoup plus long. Il ne faut pas compter sur une désinfection qui, pour les objets, ne pourrait être vraiment effectuée que par le surchauffement ou le trempage et qui d'ailleurs, pour les personnes en puissance de choléra, serait complètement illusoire.

Les fumigations ne peuvent être que dangereuses sans utilité : elles n'ont que les apparences de l'hygiène, qu'elles compromettent en inspirant une sécurité trompeuse.

Sommes-nous donc désarmés? La commission du choléra ne le pense pas. Chacun est maître de restreindre son danger personnel par son hygiène propre et celle de sa maison.

La commission ne soumettra pas à l'Académie tous les détails des instructions qu'elle a formulées. Elle résumera seulement les idées générales qui l'ont guidée et indiquera les conséquences qui s'en déduisent.

Les faits observés établissent que les matières excrémentitielles sont l'agent le plus puissant de transmission du choléra si elles ne sont pas détruites par des agents énergiques.

La commission a donc conseillé d'isoler autant que possible tout cholérique, de désinfecter ses matières, de détruire par le feu, s'ils ont peu de valeur, les vêtements souillés, les linges tachés ou de les plonger de suite dans de l'eau en ébullition, ou dans une solution de sulfate de cuivre, de chlorure de zinc, de chlorure de chaux, de désinfecter la chambre après guérison ou après décès à l'aide de l'acide sulfureux. Mêmes précautions pour ceux qui soignent un cholérique.

Le choléra ne se propage point par l'air. Mais il est bon de tenir propres les fosses d'aisance. Il faut éviter tout excès; ne boire que de l'eau bouillie, ne manger que des légumes ou des fruits cuits; éviter de provoquer l'apparition des troubles intestinaux par l'ingestion immodérée de liqueurs alcooliques, de glaces, de mets de digestion difficile ou par des refroidissements, des bains froids, etc.

La commission a demandé que les voyageurs eux-mêmes fussent surveillés; que des médecins fussent présents à l'arrivée des trains, chargés de donner des soins immédiats aux personnes malades, de les placer dans des maisons choisies à cet effet près des gares, et de les empêcher de continuer leur route.

Le rôle des municipalités est de veiller à la stricte observation des mesures qui échappent à l'action individuelle. Elles doivent éviter les grandes agglomérations humaines. Elles doivent surveiller la qualité des denrées alimentaires, la pureté des eaux, veiller à ce que les cholériques ne puissent séjourner dans les

hôtels ou les auberges, à ce qu'après la mort ils soient mis en bière et inhumés dans le plus bref délai, etc.

La commission a indiqué, parmi les désinfectants, en dehors de l'étuve, sèche ou humide, le sulfate de cuivre, le chlorure de zinc, le chlorure de chaux. Elle n'a pas cru devoir recommander le sublimé à cause de ses propriétés toxiques.

Tel est le sens général des décisions prises par la commission du choléra. Elle a tenu à les soumettre à l'approbation de l'Académie. La commission les résume dans les propositions suivantes :

1° Les quarantaines terrestres, quelle que soit la forme sous laquelle on les établisse, sont impraticables en France.

2° Les pratiques de désinfection imposées aux voyageurs et à leurs bagages dans les gares de chemins de fer sont inefficaces et illusoires.

3° Il y a lieu d'établir sur les lignes de chemins de fer, dans les grandes gares, des postes de surveillance médicale pour donner des soins aux malades atteints par l'épidémie et les isoler des autres voyageurs.

4° Les mesures de préservation efficace sont celles que chaque personne doit prendre pour elle-même et pour sa maison.

Le devoir des municipalités est de veiller à ce que les prescriptions relatives à l'isolement des malades, à la désinfection des linges, vêtements, chambres, etc., soient rigoureusement accomplies, et à ce que les précautions d'hygiène privée et générale soient exécutées dans toute leur rigueur.

— L'Académie renvoie le rapport de M. Brouardel à l'examen d'une commission composée de ceux des membres de la section d'hygiène qui se trouvent présents à la séance. Cette commission, qui se réunit immédiatement, est chargée de donner son avis séance tenante.

En attendant, l'Académie procède à une élection et entend une communication de M. Léon Colin.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

La commission présente : en première ligne, M. Cornil ; en deuxième, M. Voisin ; en troisième, M. Grancher ; en quatrième, M. Hanot.

Le nombre des votants étant de 74, majorité 38,

M. Cornil obtient.	64 suffrages.
M. Voisin.	8 —
M. Grancher.	2 —

En conséquence, M. Cornil, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire pour la section d'anatomie pathologique.

COMMUNICATION

Le choléra nostras et le choléra de Toulon. — M. LÉON COLIN lit un mémoire qu'il avait écrit en réponse au discours de M. Fauvel, considérant d'abord le choléra de Toulon comme un choléra nostras. Cette réponse a donc surtout un intérêt historique en ce qu'elle fait voir que, dès le premier moment, l'hypothèse d'un choléra nostras n'était pas acceptée par tous les membres de l'Académie. M. Colin discute à la fin de son mémoire la théorie suivant laquelle l'eau serait le propagateur le plus puissant du choléra. Il fait remarquer que le choléra suit fréquemment une direction toute différente de celle des grands cours d'eau ; que la ville de Versailles, où l'on boit exclusivement de l'eau de Seine contaminée par les déjections de Paris, jouit d'une immunité qui serait inexplicable avec cette théorie.

D'ailleurs, quand une armée en marche est atteinte du choléra, l'expérience a démontré qu'il importe de s'arrêter immédiatement, et cependant les chances de contamination des eaux de boisson augmentent alors ; l'armée, par le fait même du stationnement, ne laisserait plus derrière elle les cours d'eau souillés de ses déjections.

La diffusion des épidémies dans les quartiers les plus éloignés des grandes villes doit faire admettre que l'atmosphère est le véritable centre de répartition des germes cholériques, qui parfois s'y condensent en essaims pressés.

A Paris même, on a eu une preuve de la prédominance du danger de l'atmosphère commune dans la fréquence des cas intérieurs des hôpitaux. Ici, en effet, la matière cholérique, annihilée ou séquestrée avec le plus grand soin, n'avait aucune chance de contaminer les eaux de boisson.

DISCUSSION SUR LA PROPHYLAXIE DU CHOLÉRA

M. LUNIER, au nom du comité d'hygiène, propose que l'Académie s'approprie et vote comme siennes les quatre propositions qui terminent le rapport de M. Brouardel.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande si ce vote impliquera l'approbation des « Instructions » contre le choléra émanées de la même commission dite du choléra, prise dans le sein du comité consultatif d'hygiène de France. Dans ces instructions, bien des points seraient à critiquer.

M. HARDY déclare que l'Académie n'approuvera par son vote rien en dehors des propositions qui lui sont soumises.

Les deux premières propositions, déclarant impraticables les quarantaines terrestres et condamnant les pratiques de fumigations imposées soit aux voyageurs, soit aux bagages, sont adoptées après quelques observations critiques de **MM. COLIN** (d'Alfort), **TARNIER, DEVILLIERS.**

La troisième proposition, relative à l'établissement d'une surveillance médicale dans les gares de chemin de fer, critiquée comme peu pratique par **M. HARDY**, est également adoptée.

A l'occasion du paragraphe de la quatrième proposition relatif aux droits et aux devoirs des municipalités, **M. HARDY** exprime la crainte qu'on puisse y voir l'approbation d'un article de « l'Instruction » qui ne permet pas de laisser mourir dans sa chambre un malade atteint de choléra dans un hôtel ou une maison garnie. C'est draconien, et cela n'atteindra que les gens pauvres, car les autres trouveront toujours le moyen de se faire maintenir jusqu'au bout dans l'hôtel où ils seront descendus.

MM. PROUST, DUJARDIN-BEAUMETZ et **BROUARDEL** défendent cet article de l'instruction.

MM. LUNIER, VILLEMIN, LAGNEAU, BESNIER, BUCQUOY, HERVIEUX, GUENEAU DE MUSSY, etc., prennent successivement la parole pour bien établir que l'Académie n'entend en rien se rendre responsable d'aucun des articles contenus dans les instructions officielles.

Sous le bénéfice de ces réserves, la proposition quatrième et dernière est adoptée à l'unanimité.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 12 juillet 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Élimination de l'acide phosphorique. — M. MAIRET rappelle la communication qu'il a faite dans la dernière séance sur l'élimination de l'acide phosphorique, chez l'homme sain, sous l'influence du fonctionnement cérébral et du travail musculaire. Aujourd'hui, il fait connaître les résultats de ses recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique dans la manie, la lypémanie et l'épilepsie.

Dans la manie, les résultats varient selon qu'on observe pendant une phase d'agitation, une phase de dépression, dans la période d'état ou dans la période de rémission ou de convalescence. Dans la phase d'agitation, l'azote et l'acide phosphorique augmentent ; dans la période de dépression, l'azote diminue ainsi que l'acide phosphorique uni aux alcalins, tandis que l'acide phosphorique uni aux terres augmente. Dans la période de rémission ou de convalescence, tout diminue. Une partie de ces modifications doit être rattachée à la nutrition générale.

Dans la lypémanie, il y a diminution de l'azote, augmentation de l'acide phosphorique uni aux terres et diminution de l'acide phosphorique uni aux alcalins. Il faut tenir compte, dans certains cas, de troubles de la nutrition tels que l'hématopoièse, la leucocythémie.

L'épilepsie modifie notablement l'élimination de l'azote et de l'acide phosphorique. Sous l'influence des attaques tout augmente.

Il y a une augmentation dans les échanges. On peut trouver, dans ces modifications, le point de départ d'indications thérapeutiques précieuses. Ce sera l'objet d'une prochaine communication. Pour le moment, M. Mairet ne veut retenir que ce fait que l'élimination de l'acide phosphorique est intimement liée à la nutrition du système nerveux.

Dangers de la désinfection par les vapeurs nitreuses. — **M. GREHANT** rappelle qu'on pratique actuellement dans certaines gares la désinfection des colis par les vapeurs nitreuses. Or il y a là un danger pour les personnes chargées d'aller chercher ces colis. Ces vapeurs, en effet, sont très dangereuses à respirer. MM. Gréhant et Quinquaud ont fait, sur les chiens, des expériences qui démontrent qu'il peut être très dangereux et même mortel de respirer ces vapeurs nitreuses. Or, s'il est bon de chercher à tuer les microbes, il ne faut pas pour cela risquer de tuer les gens.

MM. BOUCHEREAU et **LABORDE** font également ressortir les dangers que présentent ces vapeurs nitreuses.

M. PAUL BERT rappelle que la toxicité de ces vapeurs est connue depuis longtemps. Thénard, en particulier, avait fait connaître les accidents auxquels donne lieu le protoxyde d'azote auquel se trouvent mélangées quelques traces de bioxyde d'azote.

M. RABUTEAU insiste tout particulièrement sur les dangers que présentent ces vapeurs nitreuses et sur l'importance qu'il y a à les signaler. On détermine ainsi des altérations très graves du sang. Le danger ne se fait pas toujours sentir de suite. On voit des ouvriers, respirant ces vapeurs, qui mangent et marchent pendant quelque temps après, sans rien ressentir de particulier, et qui, rentrés chez eux, meurent en quelques heures.

M. HENNINGER, à l'appui des assertions qui viennent d'être émises, cite un cas de mort dans la science. Un savant d'Édimbourg, après avoir respiré ces vapeurs, est mort le lendemain. Son garçon de laboratoire, plus jeune que lui, a présenté des accidents graves, mais a survécu.

M. PAUL BERT rappelle qu'un garçon de laboratoire de Desprès est mort aussi en quelques heures.

M. DUMONTPALLIER a vu chez des ouvriers respirant ces vapeurs de graves accidents albuminuriques.

Alimentation par les peptones. — **M. GRÉHANT** indique un procédé très simple à l'aide duquel il fabrique des peptones de fibrines dans un but thérapeutique. L'expérience a démontré que ces peptones suffisent pour maintenir la nutrition.

M. BOUCHEREAU a fait prendre de ces peptones à un certain nombre de malades aliénés, dont l'état physique et même parfois l'état mental s'est trouvé singulièrement amélioré.

M. HENNINGER rappelle un travail qu'il a publié sur l'alimentation rectale par les peptones. Il cite l'observation d'un malade, très gravement atteint, qui a vécu trois semaines en ne prenant absolument que des lavements de peptone. M. Henninger faisait ajouter à ces lavements du sucre et du laudanum. Il n'y a pas du tout d'inflammation rectale.

M. QUINQUAUD a recherché l'influence de ce mode d'alimentation sur le poids et l'augmentation de l'urée. Il cite plusieurs observations :

Une femme diabétique, de soixante-quatre ans, très gravement atteinte, ne pouvant plus s'alimenter, est nourrie par les peptones préparées selon le procédé de M. Gréhant. Un mois et demi après, le poids de son corps a augmenté de 8 kilogrammes. Il en a été de même chez une malade atteinte d'ulcère simple de l'estomac. Une autre, affectée d'un cancer de l'estomac, a été maintenue pendant un certain temps, et son poids est resté stationnaire. Plusieurs phtisiques ont pu être alimentés ainsi avec avantage. Dans tous ces cas, il a été constaté, en même temps que l'augmentation de poids, une augmentation constante de l'urée ; ce qui prouve que l'assimilation s'opérait.

M. DASTRE pense qu'il faut attacher à ces faits d'autant plus d'importance que des auteurs allemands, s'appuyant sur l'examen des produits de la respiration, prétendent que les peptones restent sans action.

Dosage de l'azote total de l'urée. — **M. HENNINGER** fait connaître un nouveau procédé de dosage de l'azote total de l'urée, qui peut être facilement fait en deux heures. C'est une modification d'un procédé dû à un savant danois, M. Kyedahl. Ce procédé ainsi modifié a donné d'excellents résultats.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 juillet 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Choléra. — **M. BESNIER** pense qu'il est rationnel et légitime que les médecins des hôpitaux de Paris s'occupent et se préoccupent de l'épidémie cholérique probable ou tout au moins possible. Cela semble, dit-il, d'autant plus urgent que ce matin même les journaux politiques racontaient en détail une visite du professeur Koch à Marseille, visite dans laquelle le savant allemand aurait rempli l'office d'inspecteur, aurait fait une conférence aux médecins et à la municipalité de Marseille. De deux choses l'une : ou les médecins et la municipalité de Marseille savaient tout ce que leur a dit M. Koch et dès lors cette conférence devenait tout à fait inutile ; ou ils ne le savaient pas et alors ce n'était pas de lui qu'ils devaient l'apprendre. Il y a donc eu là, à son sens, un abus d'hospitalité.

La commission d'hygiène des hôpitaux s'est réunie dans le but d'étudier ce qu'aurait à faire l'administration au cas où un cholérique serait amené à l'hôpital. Tous les membres de la commission se sont trouvés d'accord sur la nécessité de mettre à part, d'isoler ce premier cholérique. L'administration prépare, dans ce but, deux hôpitaux contenant chacun 200 lits, l'un sur la rive gauche, l'hospice des Mariniers, l'autre sur la rive droite, l'hôpital Bichat. Ces deux hôpitaux, par leur situation éloignée des quartiers populeux, se trouvent dans de bonnes conditions pour cette destination. Avant que ces 400 lits soient occupés, on aurait au moins le temps de se retourner et de se préparer à parer aux éventualités d'une épidémie plus on moins considérable. On aurait ainsi devant soi au moins quinze à vingt jours, à moins que, ce qui ne serait pas impossible, la grande agglomération d'étrangers qu'on ne veut pas éviter, ne favorise un développement beaucoup plus rapide de l'épidémie.

Restent les mesures à prendre pour les cas intérieurs dans les hôpitaux ; que va-t-on faire si, à Saint-Louis, par exemple, on constate l'existence d'un premier cholérique ? Ce serait bien le cas de demander de nouveau ce que nous avons si souvent demandé en vain, savoir : l'établissement, dans chaque hôpital, d'un lazaret. Cela n'existant pas, il faudra que, dans chaque hôpital, on organise un service particulier pour y recevoir et y isoler les cas intérieurs. Il est du devoir de chaque médecin d'hôpital d'assurer dès maintenant ce service d'isolement. C'est ce que j'ai fait, pour ma part, à l'hôpital Saint-Louis où j'ai fait disposer dans ce but les baraquements assez éloignés du reste de l'hôpital.

Malheureusement ces baraques contiennent des latrines sans aucune espèce de moyens de ventilation avec tinettes filtrantes, laissant tout passer dans l'égout qui circule sous tous les autres bâtiments de l'hôpital pour aller se jeter lui-même dans l'égout commun de la rue. Voilà où mène la théorie du « Tout à l'égout ». Or, dans ces conditions, y a-t-il un moyen de désinfec-

ter toutes les matières qui vont s'écouler dans cet égout? On rencontre ici les plus grandes difficultés pratiques. Puisque nous ne pouvons faire bien, il faut que nous nous efforcions de faire le moins mal possible. Il est donc temps que tous les médecins des hôpitaux s'occupent d'assurer dans chaque hôpital un service d'isolement pour les cholériques. Or l'Administration prétend que les médecins ne demandent rien; si cela est vrai, c'est un tort.

M. MARTINEAU voudrait savoir quels moyens emploiera M. Besnier pour assainir ses baraquements et les rendre propres au service d'isolement des cholériques. Il se guidera sur lui pour ce qu'il devra faire dans les baraquements de Lourcine. Déjà les baraquements et les cabinets qui en dépendent ont été désinfectés avec le sulfate de cuivre.

M. Martineau exprime le regret que l'Administration refuse de fournir du sel Pennès dont il avait fait la demande pour désinfecter les salles et les lits.

M. BESNIER répond à M. Martineau qu'à Saint-Louis on fera, le mieux possible, la désinfection préalable des tinettes. Quant aux matières, aux déjections des cholériques, M. Lailler étudie en ce moment le moyen de les soumettre à la crémation. Il demanderait pour cela qu'on réquisitionnât les voitures-fourneaux à bitume. Si cette idée est réalisable, ce sera certainement le meilleur mode de destruction de ces matières.

M. GÉRIN-ROZE exprime de nouveau le regret que l'Administration ne se mette pas en mesure de filtrer l'eau de boisson des malades et des infirmiers. Il a aussi demandé bien des fois en vain qu'on ne laisse pas de jeunes enfants entrer avec leurs parents dans des salles où se trouvent d'autres enfants atteints de maladies contagieuses, pas plus que dans les salles de consultation où se trouvent souvent des affections contagieuses.

M. BESNIER fait observer qu'il n'y a que trois hôpitaux qui n'ont pas d'eau filtrée. D'ailleurs le filtre est plutôt nuisible qu'utile; car il demande un entretien des plus minutieux, sans quoi il retient précisément les matières dangereuses.

Prophylaxie de la phtisie pulmonaire. — M. VALLIN lit sur ce sujet un très important rapport dont voici la conclusion générale :

1° La transmissibilité de la tuberculose pulmonaire est probable, quoiqu'elle ne soit pas jusqu'ici rigoureusement démontrée par les faits. C'est par les crachats et l'air confiné qu'elle s'exercerait.

2° L'isolement des malades atteints de tuberculose, au même titre que celui des varioleux ou des diphtéritiques, n'est pas nécessaire ; mais il y a lieu de prescrire, en présence d'un phtisique, un certain nombre de mesures prophylactiques.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Après une augmentation notable du nombre des décès cholériques à Toulon et à Marseille pendant les journées des 11, 12, 13 et 14 juillet, nous sommes heureux de constater une légère diminution, du moins pour la première de ces villes.

En effet les chiffres sont, pour Toulon : le 10 juillet, 11 décès, dont un étudiant en médecine, M. Hilaire Dumas, mort à l'hôpital de la marine; — le 11 juillet, 20 décès dans la ville, 1 à l'hôpital Saint-Mandrier ; — le 12 juillet, 30 décès ; — le 13 juillet, 31 décès ; — le 14 juillet, 24 décès. — Enfin, hier 15 juillet, jusqu'à six heures du soir, on comptait 14 décès cholériques. A cette date, la situation de l'hôpital Saint-Mandrier était, à une heure du matin, de : 8 entrées, 10 convalescents évacués, 95 cholériques en traitement et 3 décès.

L'hôpital maritime a été évacué et remplacé par l'hôpital *Bon-Rencontré*, lequel, dans la première journée (14 juillet), a eu 14 admissions et 5 décès.

Une dépêche de la Seyne, 15 juillet six heures et demie du soir, nous apprend que 8 cas graves se sont déclarés hier soir dans une compagnie du 61e de ligne, logée au fort Lamalgue, lequel a été dès ce matin complètement évacué.

On signalait déjà depuis deux jours 2 cas à Solliés-Pont, 1 cas à la Seyne, 1 cas à Revert, 1 cas à Pignans et 1 à Pradet, tous survenus chez des individus arrivés de Toulon.

Pour Marseille, voici également la situation depuis notre dernier numéro : le 10 juillet, 59 décès cholériques; le 11 juillet, 74 décès; le 12 juillet, 65 décès; le 13 juillet, 57 décès; le 14 juillet, 66 décès, dont deux religieuses à l'Asile des aliénés; enfin, dans la nuit du 14 au 15 juillet, on compte 35 décès cholériques et 4 autres dans la matinée, soit 39 décès de minuit à midi. A cette dernière heure 87 cholériques étaient en traitement à l'hôpital du Pharo.

En dehors des deux départements du Var et des Bouches-du-Rhône, on signale 1 cas suivi de décès le 12, à Lyon; 1 cas suivi également de mort à Nîmes, chez une Italienne arrivée de Marseille; enfin 1 cas à Montpellier chez une femme également arrivée du chef-lieu des Bouches-du-Rhône, et 2 décès à Sigale, dans les Alpes-Maritimes, chez deux personnes venues de Toulon.

Une dépêche de Madrid nous apprend aussi que 4 cas de choléra, dont deux suivis de mort, se seraient déclarés au lazaret de Port-Mahon, parmi les passagers d'un navire récemment arrivé de Marseille. Enfin 2 cas de choléra se seraient produits en Russie dans le gouvernement de Pultawa.

Sur la demande du Conseil sanitaire du Var, huit étudiants en médecine de la Faculté de Montpellier viennent de partir pour Toulon, s'offrant généreusement pour aller soigner les cholériques de cette ville.

— Par décret en date du 12 juillet, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Le Fort, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris; le docteur Dumontpallier, médecin des hôpitaux de Paris; le professeur Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Au grade de chevalier : MM. le docteur Garny, vice-président du Conseil général d'Alger; le docteur Fernet, médecin des hôpitaux de Paris; le docteur Javal, directeur du laboratoire d'ophtalmologie à la Sorbonne; le docteur A. Tahère, médecin inspecteur des enfants du premier âge pour le canton de Tilly-sur-Seulles; le docteur Brière, médecin de l'hospice d'Évreux; le docteur Duburque, médecin de l'hospice de Casteljaloux; le docteur Blatin, professeur suppléant à l'École de médecine de Clermont-Ferrand; le docteur Dufraigne, ancien chirurgien en chef de l'hospice de Meaux; le docteur Joyeux, médecin de l'école normale de Mirecourt; Dastre, professeur suppléant à la Faculté des sciences de Paris; le docteur Paquelin (de Paris); d'Arsonval, directeur du laboratoire de physique biologique au Collège de France; Rey, médecin à Saint-Denis (Lot); Mme Nonat (en religion sœur Marie-Ambroise), attachée à l'hospice de Tours ; M. Bourrel, vétérinaire à Paris (collaborateur de M. Pasteur).

— Par décret, en date du 10 juillet, une chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques est créée à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

— Par décret, en date du 10 juillet, MM. Sirot et Bosch, médecins de deuxième classe de la marine, démissionnaires, ont été nommés à des emplois du même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 10 juillet, M. de Nozeille a été promu au grade de pharmacien en chef de la marine.

— M. le docteur Du Mesnil, médecin de l'asile national de Vincennes, a été nommé, pour trois ans, membre du conseil du Bureau central météorologique de France. M. le docteur Du Mesnil représentera au Conseil le ministère de l'intérieur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les engagements d'imprimerie pour les thèses de doctorat seront reçues au secrétariat jusqu'au *vendredi* 18 *juillet* 1884 *inclusivement, dernier délai.*

MM. les étudiants qui désirent soutenir leur thèse avant les va-

cances sont donc priés de ne pas dépasser ce délai. Il est bien entendu que leur consignation pour ladite thèse aura été déposée avant le 15 juillet 1884.

— Une partie du domaine de Villeneuve-l'Étang va être prochainement mise par le Gouvernement à la disposition de M. Pasteur pour y poursuivre ses expériences sur la rage.

Faculté des sciences de Paris. — Le vendredi 18 juillet, à deux heures du soir, dans la salle d'histoire naturelle de la Sorbonne, M. F. Hy soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Recherches sur l'archégone et le développement du fruit des Muscinées. »

— M. A. Langlebert, pharmacien de première classe à Paris, ex-interne des hôpitaux de Paris, nous adresse une protestation contre la note insérée dans notre numéro du 10 juillet, page 639, note qui avait été adressée à plusieurs journaux de médecine.

De cette protestation il ressort que :

1° M. A. Langlebert n'est pas simplement un pharmacien *homonyme* des docteurs Langlebert, mais que, fils du docteur Ad. Langlebert, chevalier de la Légion d'honneur, il est le cousin du docteur Edmond Langlebert.

2° M. A. Langlebert n'a jamais annoncé un remède contre le choléra; mais il a annoncé un désinfectant et un antiseptique, le *Sublimol Langlebert*, dont la formule (sublimé, acides salicylique et thymique, alcool) est la mise en pratique des idées adoptées aujourd'hui sur la supériorité de ces antiseptiques.

Médecine et thérapeutique rationnelles, par le docteur Henri Coiffier (du Puy). 1 vol. in-18 de 432 pages avec figures. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16474.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	— 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. La durée de l'incubation du choléra. — Le premier fait de Nîmes. — Le choléra de Marseille. — Considérations sur l'histoire et la géographie de la fièvre jaune. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — NÉCROLOGIE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La durée de l'incubation du choléra. — Le premier fait de Nîmes.

Connaît-on bien la durée de l'incubation du choléra? Cette maladie est-elle une de celles qui couvent forcément durant un temps voulu, avant de se manifester par un appareil symptomatique, quand leur germe, quel qu'il puisse être, qu'il s'agisse ou non d'un microbe, s'est introduit dans le corps humain en suivant sa voie accoutumée? Tel est le cas pour la variole, la rougeole, la scarlatine et même la vaccine, qu'on inocule. En est-il ainsi pour le choléra? et peut-on préciser un délai nécessaire entre la contamination et l'apparition des premiers symptômes?

Il ne faudrait pas qu'on tirât cette conclusion des termes du rapport de la commission du choléra, où il est question d'une incubation de cinq à six jours et peut-être plus.

En vérité, c'est là un point très difficile à déterminer dans les circonstances ordinaires : les causes d'erreur sont nombreuses. Si, par exemple, il s'agit de voyageurs qui aient quitté la ville infectée à telle ou telle date, rien ne prouve le plus souvent que le contage ait pénétré jusqu'en eux avant leur départ. En effet, il est établi que ce contage peut s'attacher momentanément à des corps sans vie, adhérer à des vêtements, à des bagages, à d'autres objets. Par conséquent un individu jusqu'alors indemne pourra l'emporter avec lui et le recevoir en soi à un moment quelconque, loin de la source qui l'aura fourni.

Comment dire alors quand l'incubation aura commencé? Si l'individu ne s'est pas entièrement dépouillé de tout ce qu'il portait avec lui et sur lui, non seulement vêtements et bagages, mais jusqu'à la bourse et son contenu, s'il n'a pas été plongé en entier dans une solution désinfectante, on n'en sait absolument rien. Les incubations apparentes de cinq à six jours pourraient se réduire à quelques heures en réalité.

Or quelques heures peuvent suffire pour l'incubation du choléra. C'est ce que vient de mettre hors de doute un fait qui s'est produit à Nîmes, et dont nous avons à la fois reçu des relations détaillées, tout à fait concordantes, se complétant l'une par l'autre, dans des lettres de M. le docteur Puech, de M. le docteur Galtier, de M. le docteur Bonnes et de M. le docteur Delamarre. Il s'agit du premier cas de choléra observé à Nîmes, cas qui se termina par la mort dans le service de M. le docteur Carcassonne, à l'Hôtel-Dieu de cette ville, dont M. le docteur Puech est le médecin en chef. Nous en reproduisons l'observation d'après le récit, tout à fait parallèle, je le répète, de nos savants et obligeants confrères.

Une femme de trente-quatre ans, L. D..., accompagnée de ses trois enfants, s'était rendue de Rochefort à Marseille pour s'embarquer pour le Sénégal, où se trouve son mari. Lorsqu'elle arriva à la gare de cette ville, elle apprit que le choléra y régnait et qu'il lui faudrait probablement faire quelques jours de quarantaine avant d'être reçue sur un navire. Cette nouvelle et cette perspective lui causèrent un saisissement tel qu'elle prit aussitôt la résolution de s'en retourner sur-le-champ. Faute de ressources suffisantes, elle dut faire quelques démarches pour engager une partie de ses bagages, et avec l'argent qu'elle en retira, elle s'empressa de prendre un billet pour Nîmes. D'après les renseignements qu'elle a donnés, elle aurait séjourné seulement cinq à six heures dans la ville contaminée avant de reprendre le train. Elle arriva à Nîmes dans la soirée du 8, tellement exténuée qu'un membre de la commission d'hygiène lui demanda si elle n'éprouvait aucune maladie. Elle répondit qu'elle ressentait seulement la fatigue de ses voyages successifs, mais qu'elle n'était pas indisposée.

Descendue dans une modeste auberge, elle procéda au repas de ses enfants, plus qu'elle n'y prit part. Elle but avec modération et se coucha, vers dix heures du soir, peu après son léger repas. Vers les deux heures du matin, elle fut prise de diarrhée et de vomissements. Un médecin, appelé vers les cinq heures du matin, trouva le cas suspect et la fit transporter peu après à l'Hôtel-Dieu. « D'après mon collègue M. le docteur Carcassonne, dans le service duquel elle fut placée, ajoute M. Puech, elle offrit successivement les symptômes du choléra asiatique confirmé, crampes, surtout dans les orteils, aphonie, refroidissement, etc., et succomba le lendemain dans la période algide, à cinq heures du soir, soit trente-neuf heures après le début des accidents. »

La veille de sa mort, le 9 juillet, à six heures du soir, M. le docteur Bonnes, avec deux autres médecins de Nîmes, était allé la voir à l'Hôtel-Dieu. Ils l'avaient trouvée en pleine période de réaction. La face était moins grippée que le matin, la peau du visage moins froide, le pouls, le matin imperceptible, avait reparu. La malade parlait plus distinc-

tement, elle déclarait se trouver très bien. Depuis plusieurs heures, il n'y avait plus de vomissements, beaucoup moins de diarrhée, beaucoup moins de crampes, la langue paraissait assez bonne; mais la peau du corps était froide, visqueuse, et les yeux restaient cernés. Malgré le sentiment de bien-être accusé par la malade, il n'y avait là qu'une de ces améliorations apparentes, qui se produisent si souvent au début de la période de réaction dans le choléra asiatique, même quand l'issue doit en être fatale.

En résumé, cette femme, venue de la Charente, contrée jusqu'ici complètement indemne, n'a pu contracter le choléra qu'une fois arrivée à Marseille; elle n'y passa que quelques heures, et le même jour elle revenait à Nîmes, où elle fut prise d'un choléra qui, pour ne pas être foudroyant, a été cependant d'une marche rapide, puisqu'à partir de la diarrhée et des vomissements du début jusqu'à la mort il ne s'est écoulé que trente-neuf heures en tout.

La période d'incubation avait été si courte que, partant des données reçues, on s'était d'abord demandé s'il était possible que ce fût bien là un cas de contagion du choléra asiatique régnant à Marseille. Mais tous les symptômes étaient bien ceux du vrai choléra, et les selles étaient riziformes. M. Bonnes et M. Galtier s'en sont assurés.

D'ailleurs, depuis lors, trois jours après ce premier décès, un second cas de choléra, provenant également de Marseille, s'est produit à Nîmes, où il s'est terminé de même à l'Hôtel-Dieu, à peu près dans le même temps. Nous en connaissons les détails par les lettres de MM. Galtier et Delamarre.

Il s'agit d'une Marseillaise, placée comme nourrice à Nîmes, et qui fut rappelée dernièrement à Marseille, auprès de son mari atteint du choléra. Elle y resta quelques jours, puis revint le samedi, et le lendemain, dimanche, elle ressentit les premières atteintes du choléra. On la transporta à l'Hôtel-Dieu, où elle mourut, dans la nuit du 14 au 15, après avoir aussi passé par la période de réaction.

Malgré cette double importation et quoique Nîmes soit envahie par les émigrants de Marseille, comme le fait remarquer M. Puech, l'état sanitaire général y est resté très satisfaisant. Les témoignages de nos savants correspondants sont unanimes sur ce point, comme, du reste, sur tous les autres.

Toutefois MM. Delamarre et Bonnes insistent sur la fréquence extrême des embarras gastriques et des indigestions, avec vomissements et diarrhée, fréquence également signalée par M. Puech. M. Delaunay ajoute que les affections du tube digestif sont *chez les enfants* moins fréquentes que les années précédentes, contrairement à ce qui a lieu pour les adultes, et il se demande si c'est là une conséquence de la peur.

« D'ailleurs, dit-il, toutes les mesures préventives signalées par MM. les docteurs Proust et Brouardel ont été prises, tant par la municipalité que par le conseil d'hygiène, qui siège en permanence. »

Le choléra de Marseille.

Nous avons reçu un grand nombre de lettres sur le choléra de Marseille, et elles répondent aux questions qui se posent sur les débuts de l'épidémie, son origine, la fréquence des diarrhées prémonitoires, des cholérines et des formes atténuées, la gravité plus grande du mal chez les personnes insuffisamment nourries ou débilitées par quelque autre cause.

Nous allons donner dès aujourd'hui quelques extraits de ces documents.

Voici d'abord quelques passages d'une lettre de M. le docteur Livon :

« Depuis les chaleurs brusques, arrivées tardivement cette année à Marseille, beaucoup de diarrhées saisonnières ; et l'on peut dire qu'actuellement la cholérine est une affection commune.

Mais ce que l'on peut affirmer, c'est que jusqu'à présent le choléra a frappé d'une manière grave seulement *la classe ouvrière* mal nourrie ou faisant des excès.

Jusqu'à présent, sauf quelques rares exceptions (il y avait alors une maladie déjà ancienne que des symptômes cholériques ont brusquement terminée), la classe bourgeoise, qui fait de l'hygiène, a été épargnée.

Un fait constant, c'est la diarrhée prémonitoire chez les cholériques. »

M. le docteur Bastide s'exprime ainsi :

« Incontestablement oui, en ce moment, les cas de cholérine sont nombreux. Je puis dire que, en moyenne, sur quinze à vingt malades que je verrai dans la journée, j'aurai huit à dix cholérines légères, un ou deux cas de choléra grave foudroyant. J'ai eu hier et avant-hier deux cas qui se sont terminés par la mort : le premier, chez un enfant de neuf ans, douze heures après la première évacuation ; le second, chez une femme de trente-trois ans, onze heures après l'apparition des premiers symptômes. Ces deux malades jouissaient avant d'une bonne santé. Je ne les ai vus l'un et l'autre qu'une heure ou deux avant la mort. Les cholérines que nous voyons en ce moment se traduisent toujours à peu près de la même manière : langue plate et large ; perte d'appétit ; pouls vers 80 ; borborygmes ; ventre souple ; évacuations abondantes et répétées de six à huit par vingt-quatre heures ; douleur à la pression au niveau de l'estomac ; pas de douleur dans le dos ; pas de ténesme ; quelquefois, mais très rarement, des vomissements, provoqués surtout lorsque le malade veut se forcer à manger. La couleur des selles est très variable, suivant les malades ; tantôt jaunâtres ou brunes, tantôt blanches, riziformes, généralement peu odorantes. Langueur, affaiblissement musculaire marqué.

Il faut dire aussi que la température est excessive, très peu d'air, on se croirait dans une fournaise. Nous soupirons après le mistral, pour rafraîchir un peu l'atmosphère.

J'ai en ce moment, en traitement, une dame de soixante-cinq ans, qui a été prise, le 11 à midi, d'une attaque de choléra formidable. Je n'ai pu la voir que le soir, à cinq heures. Elle était en pleine période algide : langue froide, haleine froide, peau visqueuse et froide, yeux profondément excavés, anurie, vomissements et diarrhée, cela va sans dire ; comme aspect, un vrai cadavre. Le lendemain matin, période de réaction. Elle est aujourd'hui sous le coup de complications à forme typhoïde, de surdité complète. Cette dame a trois filles de vingt-cinq à trente-trois ans, qui lui ont prodigué les soins les plus dévoués ; toutes les trois sont atteintes en ce moment de cholérine légère, qui les affaiblit un peu, mais ne les empêche pas de continuer à soigner leur mère.

Je ne me rappelle pas trop qui prétend que les oiseaux, les hirondelles surtout, disparaissent d'une localité pendant une épidémie de choléra ; depuis vingt-quatre ans

que j'habite Marseille, jamais je n'en ai autant vu que maintenant. Il est vrai que nous sommes envahis par de véritables nuées de moucherons. Au début de l'épidémie, ils étaient tellement nombreux que, dans quelques rues voisines du vieux port, on a été obligé d'allumer de grands feux pour s'en délivrer. Je ne me rappelle pas avoir soigné de vraies cholérines avant l'apparition des premiers cas de choléra déclarés à Marseille. »

MM. les docteurs Pluyette et Alezais nous écrivent collectivement :

« Comme vous le savez, les premiers cas officiels se sont déclarés à Marseille le 27 juin, dans plusieurs quartiers différents. Mais nous tenons de divers confrères qu'ils avaient eu à soigner deux ou trois cas de choléra suivis de décès, bien avant qu'il fût question d'épidémie à Toulon.

L'apparition du choléra à Marseille a-t-elle été précédée de diarrhées? C'est ce qu'il ne nous est pas possible d'affirmer, bien que l'un de nous ait pu en observer quelques cas simultanés vers la fin juin. Mais ce qui est absolument certain, c'est qu'à l'heure actuelle ces diarrhées sont observées en nombre considérable par tous nos confrères. Elles se caractérisent par des selles liquides abondantes, de coloration variée, sans ténesme, quelquefois accompagnées de légères tranchées, sans fièvre ni retentissement général, presque toujours suivies de vomissements. Elles débutent parfois le matin au réveil, après une nuit très bonne, et n'ont souvent aucune gravité, surtout quand on les soigne.

Nous connaissons six à sept de nos confrères qui ont payé leur tribut.

Plus fréquemment, elles sont négligées; puis, au bout d'un certain temps variable, deux à huit jours, la maladie commence, et tout d'un coup le malade est pris d'algidité avec dyspnée et crampes. Ces crises n'aboutissent pas toujours à une issue fatale; elles peuvent même se répéter, et leur bénignité semble s'accuser de plus en plus.

Ce sont ces cas qui dominent actuellement à Marseille, et qui échappent à toute statistique. Il est certain, comme vous le dites justement, qu'en les comptant comme cholériques la mortalité devient très faible et dénote un choléra très atténué.

Quant aux cas rapidement mortels, ils ont été surtout marqués par l'algidité et les crampes douloureuses des extrémités, alors que l'on voit fréquemment les évacuations et les vomissements cesser six à sept heures avant la mort.

Nous ne sommes pas en mesure de vous renseigner sur la nature contagieuse de l'affection, car ce qui a frappé tout le monde, c'est que, dès le début, on a cité des cas mortels sur presque tous les points de la ville à la fois.

Bien qu'il y ait eu des décès dans la classe aisée et à hygiène sévère, nous croyons que, surtout au début, le fléau a frappé sur les gens mal nourris ou qui ont commis des excès ou des imprudences.

Il est toutefois un fait très remarquable et sur lequel nous appelons l'attention, sans vouloir le commenter.

Le quartier Vauban, quartier populeux par excellence, où fourmille une population ouvrière, et souvent misérable, est *jusqu'à présent* à peu près indemne de toute maladie épidémique.

C'est un quartier élevé, bâti sur les hauteurs, purement rocailleuses, qui font suite à la colline de Notre-Dame-de-la-Garde, du côté opposé à la mer et aux ports. »

Terminons aujourd'hui cette revue un peu longue, en nous abstenant de tout commentaire, par quelques extraits d'une lettre de M. le docteur Roux (de Brignoles) :

« Le 23 juin je fus appelé à l'hôtel de Bordeaux pour voir le maître de l'établissement qui arrivait de Toulon. Il était en proie à une frayeur extrême et il m'apprenait que le choléra venait de faire son apparition dans cette ville.

Dans ce moment, la promenade des allées voisines du boulevard du Nord, où venaient d'arriver les fuyards toulonnais, était livrée à des marchands horticulteurs qui y tenaient la foire aux fleurs et aux *aulx* dite de la Saint-Jean. Tout le populaire marseillais vient annuellement s'y entasser pendant huit jours et huit nuits pour y faire ses emplettes du condiment cher au roi béarnais.

Le même jour la municipalité était informée du triste visiteur, et immédiatement toutes les autorités furent en mouvement pour organiser les moyens les plus énergiques pour faire face au fléau.

Bientôt un lycéen venu de Toulon succombait.

Le 27 juin, je constatais, dans le voisinage de l'hôtel de Bordeaux et des allées où se tenait la foire, le premier cas de choléra marseillais sur un tailleur de la rue Nationale. Le lendemain, d'autres cas étaient signalés dans le quartier.

J'ai appris depuis que M. le docteur Giraud, médecin dans le faubourg d'Arène, avait constaté deux cas algides et mortels avant l'apparition de l'épidémie à Toulon ou presque en même temps, et qu'une revendeuse, du marché central aux légumes, avait été frappée à la même époque.

Malgré cela, je persiste à croire à son importation de Toulon. Mais cette croyance n'est pas d'une fermeté inébranlable.

En effet, s'il est vrai que, grâce aux mesures prises par le Conseil sanitaire, dont je fais partie, Marseille a pu être préservée de l'importation égyptienne l'an dernier, nous ne pouvons affirmer que depuis cette époque des marchandises susceptibles, des colis, des hardes, n'aient pu introduire le germe cholérique dans notre ville.

Ce ne sont point les personnes qui sont uniquement les agents de transmission. Nous savons ici qu'un équipage peut rester de longs jours à bord d'un bâtiment contaminé sans être décimé, sans avoir d'autres malades que les premiers frappés au moment du départ. Mais à l'arrivée, lorsque les marchandises sont extraites des cales et que les hommes chargés du débarquement pénètrent dans l'atmosphère confinée du navire, l'empoisonnement atteint ces ouvriers, qui portent la maladie dans les quartiers qu'ils habitent. Cela s'est vu à Saint-Nazaire, à Barcelone, à Marseille, dans de précédentes épidémies soit de fièvre jaune, soit de choléra.

La loi sur les quarantaines doit évidemment être modifiée. La durée importe peu, à mon avis. Ici nous croyons de moins en moins à une incubation de dix à quinze jours pour le choléra, puisque des passagers ou marins bien portants ou acclimatés à l'atmosphère du navire peuvent ne pas souffrir. Ce qu'il faut, c'est l'assainissement et la désinfection absolue et complète du navire, pratiquée avec rapidité, mais d'une manière sérieuse, tant sur les hommes que sur les marchandises. Il faut rompre avec les traditions surannées, avec les pratiques puériles pratiquées anciennement dans nos lazarets, et employer les agents que la chimie moderne, les études physiologiques peuvent mettre dans les mains de nos agents sanitaires.

Notre épidémie s'est développée rapidement, malgré l'activité la plus grande déployée par l'autorité pour l'assainissement de la ville.

Depuis le commencement de juillet la température s'est rapidement élevée et aujourd'hui le temps est gris, lourd, le baromètre marque 76°,5 et le thermomètre 27° à l'ombre. On remarque, comme dans les épidémies précédentes de 1854 et 1865, la disparition des moineaux qui habitent nos toits et les arbres de nos promenades. Cette observation vous fera peut-être sourire, je vous la donne pour ce qu'elle vaut ; est-elle puérile ? qui le sait? comme le dit un hidalgo de mon voisinage.

D'après les conseils donnés par notre Société médico-chirurgicale des hôpitaux, la municipalité a affecté le magnifique château du Pharo (ex-château impérial), admirablement situé sur un promontoire qui domine la rade, à recevoir nos cholériques.

L'administration des hôpitaux a fait merveille en un tour de main. Notre cher et distingué confrère Crastour dirige ce service envié par nous tous ; c'était son tour, par conséquent son droit. Il est vaillamment secondé par nos internes.

Des voitures transportent aussi rapidement que possible nos cholériques à cette ambulance.

Mais, comme toujours, le mal est à côté du bien.

Notre population (les classes les moins éclairées, et Dieu sait si la stratification est feuilletée!) a une terreur extrême du Pharo. Je connais des gens qui s'imaginent qu'on peut les transporter d'autorité, de force, et qui préfèrent ne pas appeler du secours et se plaindre plutôt que de courir ce risque. Les journaux politiques de la localité qui, par parenthèse, ont fait beaucoup de mal par leur bavardage, ont beau chercher à rassurer leurs lecteurs : le Pharo est devenu un épouvantail.

De nombreux cas ont éclaté dans nos hôpitaux, bien que nous ayons cherché à les protéger contre l'infection.

A l'hospice de la Charité (vieillards et enfants), la population est séquestrée. Cependant il y a eu trois cas à ma connaissance : une religieuse que j'avais eue dans le temps dans mon service, la sœur Saint-Roch, a succombé en six ou sept heures.

Dans les salles de l'Hôtel-Dieu, il y a eu également des cas sur des malades en traitement d'affections diverses.

A la Conception, même situation : des filles (Madeleines) vénériennes, isolées exactement des autres malades, ont été atteintes.

A l'Asile des Aliénés, on a eu également des cholériques : et certes, on ne peut ici invoquer les impressions de peur et d'affolement traduites par la contagion. Je n'ai pas de détails sur l'état de ces aliénés.

Nous commençons à observer, comme dans les épidémies précédentes, la cholérisation des malades atteints d'affections intestinales chroniques.

En général, nous avons observé la diarrhée prémonitoire ; chez plusieurs malades, mes collègues et moi avons pu enrayer la marche de la maladie en traitant vigoureusement ces premiers symptômes comme s'il s'agissait de cas très graves. Mais dès que les vomissements commencent et que l'algidité s'accentue, la terminaison marche au galop et la mort ne se fait pas attendre. Je cite au hasard : un employé de l'octroi, pris dans la nuit de diarrhée, rentre, après la garde, à cinq heures de matin, chez lui, avec des vomissements ; à huit heures, algidité, crampes ; mort à onze heures. Trois jours après un autre préposé, bien portant la veille, est pris de diarrhée pendant la nuit, avec vomissements; il succombe à dix heures du matin.

Son fils, âgé de six ans, bien portant à dix heures du matin, est pris de vomissements, sans diarrhée. On l'avait laissé auprès du cadavre de son père. Je le trouve à quatre heures du soir presque glacé. Je l'enveloppe d'une couverture et l'emporte à l'Hôtel-Dieu, situé dans le voisinage, où une médication très énergique le ranime en peu de temps.

Quant aux vieillards, ceux qui sont faibles et débilités succombent rapidement. Je viens de visiter deux vieilles dames *en train* de se cholériser rapidement. Elles souffraient d'entérite chronique depuis le commencement de l'été.

Quant au traitement, nous en sommes encore aux vieux errements : lavements laudanisés, bismuth, potions stimulantes, acétate d'ammoniaque, alcools, etc., bains sinapisés, frictions ammoniacales, térébenthinées, injections d'éther, de pilocarpine, de morphine. Nous avons obtenu de médiocres résultats dans les choléras graves.

Quant aux prophylactiques, je ne vous en dirai rien, sinon que bon nombre s'alcoolisent malgré nos recommandations.

. . . .

Au début des épidémies, tous les cas sont graves. Nous en avons à chaque instant de tristes exemples. Je crains que la terminaison ne se fasse qu'en octobre. »

CONSIDÉRATIONS

SUR L'HISTOIRE ET LA GÉOGRAPHIE DE LA FIÈVRE JAUNE (1).

Par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD,

Directeur du service de santé de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine.

II

C. *Quelle est la date probable de la première apparition chez les Européens qui allèrent au Nouveau-Monde.* — Certains auteurs croient retrouver assez bien les symptômes de la fièvre jaune dans les descriptions, que nous ont laissées les historiens espagnols, de la conquête du Nouveau-Monde, pour admettre, que la maladie s'est montrée aussitôt ou peu après la découverte de l'Amérique. D'autres, au contraire, ne partagent pas cette opinion et ne veulent voir apparaître la maladie qu'à une époque plus rapprochée de nous : le milieu ou la fin du XVIIe siècle, par exemple. Arrêtons-nous un moment sur cette discussion.

Herrera, Oviedo Lopez de Gomara, nous apprennent que peu après la première arrivée des Espagnols en Amérique, ils furent décimés par une maladie qui était caractérisée par une invasion subite, une marche rapide, une gravité excessive, une couleur jaune de la peau (*azafranados*). Christophe Colomb fut atteint lui-même dans sa relâche à l'île Mona, lors de son second voyage ; il fut plusieurs jours en grand danger de mort, et ne dut son salut, disent les auteurs, qu'à son départ immédiat pour la haute mer.

Les premiers voyages faits dans l'île de Porto-Rico furent contrariés de leur côté par la maladie, si nous en croyons les indications fournies par les historiens. On sait aussi que des quinze cents hommes qui débarquèrent, en 1493, à Monte-Cristo, il n'en restait, deux ans après, que deux cents fantassins et vingt cavaliers. Ajoutons que les premières tentatives de colonisation à Saint-Domingue en 1494 et 1504, à Porto-Rico 1508 et 1813, dans le Darien en 1509 et 1514, furent plus que décimées par la maladie. C'est au point que, pour ne pas perdre entièrement la possession de Saint-Domingue, par exemple, le gouvernement fut obligé d'y envoyer trois cents condamnés à mort en qualité d'émigrants.

Au Darien, l'expédition commandée par Davila perdit sept cents hommes en un seul mois. A Panama, il en fut de même. Et il ne faut

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 juillet 1884.

pas croire que la nostalgie ou des privations furent la cause de ces morts si nombreuses, car c'est surtout peu de jours après l'arrivée dans le pays que la maladie atteignait les Européens. « Cette terre, dit Oviedo en parlant du Nouveau-Monde, ne pardonne à personne de ceux qui y viennent, et tous doivent être malades au commencement qu'ils l'habitent. » (Livre V, chap. IV.)

Disons en passant, et à titre de digression, qu'il est fort possible que déjà dès le commencement du XVIe siècle, non seulement la maladie ait régné sur les côtes de l'Amérique et aux Antilles, mais encore qu'elle ait été apportée sur la côte d'Afrique ; en effet, dans le voyage à l'île Saint-Thomas du golfe de Bénin, fait en 1520 par un pilote portugais et dont la relation a été écrite par Ramusio (Valkenaer, t. Ier, p. 376 et p. 399), il y a un passage qui semble montrer que la fièvre jaune avait régné aux îles du Cap Vert d'une manière sévère quelques années avant. « On n'a pas d'exemple que l'île Saint-Thomas ait été affligée de la peste, comme cela est arrivé aux îles du Cap Vert, où elle a régné une fois, dit-on, avec une violence extrême. »

On peut penser qu'il s'agit encore de la fièvre jaune dans le fait suivant, dont parle encore Valkenaer (t. Ier, p. 407 et 420). « En août 1553, l'anglais Windham et le portugais Antoine Pinteado partirent pour le golfe de Guinée et le Bénin avec deux navires et cent quarante hommes d'équipage. Ils furent atteints, peu de temps après leur arrivée au Bénin, par une fièvre maligne qui fit tant de victimes, qu'ils furent obligés de brûler un des deux navires n'ayant plus assez d'hommes pour le manœuvrer, et 39 individus seuls revinrent à Plymouth », c'est-à-dire que l'expédition avait perdu plus de 70 p. 100 de son effectif.

Il n'est pas impossible aussi que Towrson dans son voyage sur la côte de Guinée, au Bénin et à Saint-Thomas, en 1558, ait eu son équipage décimé par la fièvre jaune (Valkenaer, t. II, p. 18). Bird et Newton furent peut-être aussi dans ce même cas dans un voyage analogue en 1588 (Valkenaer, t. II, p. 89).

Enfin, terminons la digression en disant qu'on peut invoquer, à l'appui de la présomption que la fièvre jaune s'était montrée chez les Européens qui allaient au Nouveau-Monde dès les premiers temps et que ces Européens la portèrent d'Amérique en Afrique, le fait de l'escadre de l'amiral Van der Does dont parle le docteur Pop dans son Histoire de la médecine navale hollandaise : Une partie de l'escadre, forte de 75 navires et comprenant 8,000 hommes, relâcha à la fin de l'année 1599 aux Canaries, après avoir tenté une attaque de l'escadre espagnole à la Corogne ; en repartant pour aller à Saint-Thomas des Antilles, elle fut atteinte d'une maladie nommée *pestilentielle et contagieuse,* que les Espagnols appelaient *calentura* et qui, avant le passage de la ligne, avait emporté déjà 15 personnes à bord du navire amiral. Or on peut penser que les Hollandais avaient contracté la fièvre jaune aux Canaries, contaminés qu'ils furent par les Espagnols qui subissaient cette fièvre jaune appelée par eux, en Afrique comme en Amérique, du nom de *calentura*, et qu'ils avaient apporté de Saint-Domingue où elle régnait dans ce moment.

Quoi qu'il en soit, et laissant de côté ce qui a trait aux faits de l'Afrique tropicale, nous voyons en définitive ressortir de la lecture des divers historiens que, dès la découverte de l'Amérique, chaque expédition nouvelle, dans les diverses îles des Antilles ou sur le littoral américain, fournit, à de rares exceptions près, des chiffres considérables de malades et de morts dès les premiers temps de la découverte du Nouveau-Monde.

Mais s'agit-il de la fièvre jaune ou bien de telle ou telle autre maladie, — le typhus, la fièvre typhoïde, la variole, ou bien seulement la fièvre malarienne, et ses terribles variétés si fréquentes dans les pays chauds.

Sans doute, comme on l'a fait remarquer avec raison, ces descriptions des premiers temps de conquête du Nouveau Monde sont assez incomplètes et assez vagues pour ne pas entraîner par elles-mêmes l'opinion dans un sens ou dans l'autre d'une manière indiscutable. Si on s'en tenait à elles seules, il est probable que le doute existerait toujours, car on peut aussi bien voir à la rigueur dans ces épidémies des effets de la malaria, du typhus, etc., etc., que des atteintes de fièvre jaune. Mais cependant, ces réserves étant faites, on ne peut se défendre de croire que c'est bien de la fièvre jaune qu'il s'agit. Ce qui le corrobore, c'est que la malaria par exemple est autrement étendue, plus fréquente et plus sévère sur la côte occidentale d'Afrique qu'aux Antilles et en Amérique ; et cependant les premiers Européens qui y sont allés n'ont pas eu à beaucoup près autant de malades et de morts que ceux qui envahirent les contrées découvertes par Christophe Colomb.

Au contraire, depuis que les faits ont été enregistrés avec précision, c'est-à-dire depuis le milieu du XVIIe siècle, nous savons que toutes les expéditions européennes aux Antilles et dans l'Amérique tropicale ont été pour ainsi dire fatalement décimées par la fièvre jaune. Or n'est-il pas rationnel de penser alors, quand l'histoire nous dit que les expéditions européennes du XVIe siècle présentaient le même cortège de malades et de morts, n'est-il pas rationnel, dis-je, de penser qu'il s'agit dans les deux cas de la même maladie ?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 juillet 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATION

Des opérations chez les femmes enceintes. — M. LARGÉ consulte ses collègues au sujet du fait suivant : Une jeune femme de vingt-sept ans, enceinte de quatre mois, portait une tumeur indolente au sein droit ; cette tumeur a pris un accroissement rapide et, du volume d'un petit œuf de poule qu'elle avait avant la grossesse, est arrivée au volume d'une tête d'adulte. Un premier chirurgien, consulté, déclara qu'il ne faut pas opérer cette tumeur. M. Largé, consulté en second lieu, est d'un avis contraire. Il s'agit d'un énorme encéphaloïde, très vasculaire, mais sans adhérences profondes, sans retentissement ganglionnaire. Une ponction, qui a été faite inopportunément dans cette tumeur, a laissé une ulcération qui est le point de départ de fréquentes hémorragies. M. Largé demande à ses collègues s'ils trouvent, dans ce cas, l'opération indiquée.

M. TRÉLAT déclare qu'il opérerait cette tumeur.

M. POLAILLON cite un fait analogue : il s'agit d'une femme enceinte de six mois, qui était également atteinte d'un cancer du sein. Il l'opéra ; elle guérit très rapidement et accoucha à terme d'un enfant vivant sans la moindre complication. Il n'y eut rien de particulier du côté de l'utérus. La malade fut soumise au chloroforme. Ce fait indique qu'on peut, sans danger, pratiquer des opérations chez les femmes enceintes. Il y eut récidive un an après.

M. TERRILLON cite l'observation d'une femme enceinte de cinq mois qui se fit une fracture très grave de l'avant-bras avec rupture de l'artère radiale. Il dut pratiquer chez cette malade, sous l'influence du chloroforme, une opération qui dura près d'une demi-heure. Elle guérit fort bien, sans aucun accident du côté de l'abdomen.

M. GUÉNIOT a déjà soutenu autrefois qu'on pouvait, dans ces conditions, opérer sans crainte d'avortement pourvu qu'on eût affaire à une femme saine, à un utérus sain et à un œuf sain. Mais il est le plus souvent bien difficile de s'assurer de l'existence de ces trois conditions. Toutefois, quand l'urgence d'une opération est bien déterminée, il n'y a pas lieu d'hésiter, car on peut pratiquer de grands traumatismes sans amener l'avortement.

M. VERNEUIL pense qu'il ne peut y avoir aucune hésitation pour les cas d'urgence tels qu'une hernie étranglée, une hémorragie ou une trachéotomie. La grossesse, dans ces conditions, ne saurait arrêter la main du chirurgien. Mais autant il condamnerait un chirurgien qui s'abstiendrait dans un cas de ce genre, autant il condamnerait celui qui, dans le cours d'une grossesse, pratiquerait une blépharoplastie ou toute autre opération analogue. Si, pour en revenir au cas de M. Largé, il s'agissait d'une

tumeur du sein capable de rétrocéder après l'accouchement, M. Verneuil conseillerait d'attendre ; mais, en présence d'un cancer, il n'hésite pas à déclarer l'opération formellement indiquée. Toutefois c'est le cas ou jamais d'employer la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Dans le cas particulier, il ferait un pansement antiseptique ouvert.

M. **TRÉLAT** pense que c'est l'urgence opératoire qui commande ici.

Exostose du frontal. — M. **CHAUVEL** lit un rapport sur une observation de M. Badal (de Bordeaux), relative à une énorme exostose du frontal remplissant toute la cavité orbitaire et que M. Badal a pu extraire en conservant l'œil. Il s'agissait d'un garçon de vingt-quatre ans; la tumeur faisait saillie surtout dans l'angle supéro-interne de la région orbitaire droite ; il y avait un énorme exophtalmos, de l'épiphora, une ectopie très prononcée de l'œil ; la difformité était hideuse. M. Badal avait fait une perforation dans la tumeur pour s'assurer du diagnostic. Dans le cours de l'opération, on s'aperçut que la tumeur envoyait des prolongements multiples dans les sinus voisins ; il se fit une large perforation du plafond de l'orbite à travers laquelle le cerveau faisait hernie. L'opération dura une heure et demie ; le malade absorba 150 grammes de chloroforme ; il y eut une abondante hémorragie. Sauf un peu de congestion pulmonaire, les suites furent simples. Le malade guérit en quinze jours. L'œil recouvra ses mouvements; le larmoiement et la diplopie disparurent.

M. Largé fait suivre le résumé de cette observation de quelques considérations sur le diagnostic et sur le manuel opératoire, en particulier sur la nécessité de se créer une voie très large pour l'ablation de ces sortes de tumeurs.

M. **BERGER** félicite M. Badal d'avoir pris la précaution de faire une perforation pour assurer le diagnostic d'ostéome. Dans un cas de ce genre, M. Berger, comme tous ceux de ses collègues qui avaient examiné le malade, a fait une erreur complète de diagnostic. Il s'agissait d'une tumeur considérable, occupant le même siège, d'une très grande dureté, manifestement osseuse, indolente. Le diagnostic d'ostéome ne semblait pas douteux. Sachant l'importance qu'il y a, en pareil cas, à se faire une voie très large, M. Berger se disposait à opérer en conséquence et à faire la résection partielle du maxillaire supérieur, lorsqu'il arriva dans une énorme cavité. Il s'agissait d'un kyste osseux véritable, développé aux dépens du plancher de l'orbite. La tumeur enlevée, l'œil fut réduit dans l'orbite et la guérison fut très rapide. Il s'agissait d'un sarcome kystique.

M. **MONOD** a vu un malade également guéri d'un sarcome il y a quinze ans, par M. Rouge. L'absence de récidive fait hésiter à placer cette tumeur parmi les tumeurs fibro-plastiques.

M. **CHAUVEL** fait observer qu'on ignore trop souvent ce que deviennent ces malades. Il insiste sur la nécessité, pour opérer ces tumeurs, de créer une voie très large.

M. **VERNEUIL** rappelle avoir présenté à la Société un malade chez lequel il avait enlevé la moitié d'une exostose du frontal et qui, peu de temps après, par le fait de la suppuration, rendit lui-même l'autre moitié de sa tumeur. Il insiste également sur l'importance de faire une voie très large pour l'extraction de ces tumeurs.

Hystérotomie. — M. **TERRIER** communique l'observation d'une malade qui portait deux corps fibreux et un kyste de l'ovaire ; il a pu enlever les deux corps fibreux et opérer le kyste en suturant ses parois aux parois de l'abdomen. L'utérus, qui était très hypertrophié, est revenu sur lui-même après l'opération. Le malade a rapidement guéri.

M. **POLAILLON** cite un cas semblable, dans lequel l'utérus, également très hypertrophié, était assez rapidement revenu sur lui-même.

Pseudarthrose.— M. **DESPRÉS**, absent, fait présenter par son interne une malade atteinte d'une pseudarthrose de l'avant-bras.

M. **POLAILLON** a vu cette malade en province. Il pense qu'il serait possible de faire la suture osseuse après avoir réséqué un fragment osseux.

La séance est levée.

NÉCROLOGIE

Le professeur E. Ritter (de Nancy).

Nous avons annoncé la mort de E. Ritter, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Nancy, où il avait succédé à Blondlot.

Agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, Ritter avait suivi ses collègues lors de la création de la Faculté de Nancy, devenue, par les malheurs de la patrie, l'héritière de Strasbourg. Ritter était un des élèves les plus distingués de Cailliot. Il excellait dans les analyses les plus délicates, et notamment dans celles de chimie physiologique. Son *Manuel de chimie pratique* est la preuve de son habileté en même temps que de son savoir. Dans le même esprit, il a aussi publié et augmenté de nombreuses additions pratiques la traduction du *Manuel de chimie toxicologique de Dragendorff*.

Sa thèse de doctorat ès sciences, en 1872, portait sur les *Modifications que subissent les sécrétions sous l'influence de quelques agents qui modifient le globule sanguin*. Citons, en outre, parmi ses nombreuses recherches : la *transformation des matières albuminoïdes en urée*, *quelques observations de bile incolore*, l'*action de la bile* et de ses *principes introduits dans l'organisme*, l'*alcalinité des urines*, l'*influence des eaux alcalines sur les calculs biliaires*, l'*influence de l'eau oxyazotique sur les urines*, l'*action de la fuchsine sur l'organisme*, les *vins colorés par la fuchsine*. Par l'étude des *eaux de Nancy au point de vue hygiénique* et de l'*eau de Moselle destinée à l'alimentation de la ville de Nancy*, Ritter a contribué, pour une part considérable, à l'amélioration de l'hygiène publique de cette ville.

Ritter avait, un des premiers, reconnu la *fuchsine* dans les vins fabriqués.

Il soutint une campagne active contre les falsificateurs; l'ardeur qu'il mit dans cette lutte rendit son nom populaire à Nancy. Partout il fut appelé dans les expertises des tribunaux et fit d'innombrables analyses judiciaires et commerciales.

Ses derniers travaux furent ses nombreuses recherches sur l'*urémie expérimentale*, terminées en 1880 et récompensées par l'Académie de médecine. Alors éclatèrent les troubles cérébraux qui l'obligèrent rapidement à quitter son laboratoire et à suspendre son enseignement, où il déployait tant d'activité et d'entrain.

Les Alsaciens n'ont pas oublié la conduite de Ritter pendant le siège de Strasbourg.

Ritter était officier de l'instruction publique. Agrégé depuis 1866, il est mort dans sa quarante-huitième année.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'épidémie a repris avec une certaine intensité à Toulon. La mortalité cholérique a été de 24 décès pour la journée du 15 juillet, parmi lesquels on compte une des religieuses du nouvel hôpital de Bon-Rencontre, et un maître infirmier de la marine. Le nombre des décès s'est élevé à 39 pour la journée du 16 juillet. Il a été de 30 hier 17, non compris l'hôpital de Bon-

Rencontre, dont le chiffre n'est pas encore connu. Le 16 au soir, on comptait 13 malades en traitement à l'hôpital civil, 15 à celui de Bon-Rencontre et 116 à Saint-Mandrier, soit un total de 144, et aujourd'hui 17, à 6 heures du soir, ce chiffre est de 171.

A Marseille, au contraire, nous constatons une légère atténuation dans la mortalité cholérique. Le nombre des décès a été de 69, dont 23 à l'hôpital du Pharo, du 14 au 15 juillet; de 53 du 14 au 16 juillet et de 43 du 16 au soir au 17 6 heures.

En somme, le nombre des cas de choléra suivis de mort s'élevait, pour Marseille, depuis le premier jour de l'épidémie, c'est-à-dire le 27 juin 1884, jusqu'au 16 juillet, à 575.

Quant aux autres localités du département du Var, on signale 1 décès cholérique aux Sallettes, en face de Toulon, 1 nouveau décès à la Seyne, 4 à la Garde et 2 nouveaux décès au Pradet.

Un cas de choléra, très vraisemblablement sporadique, aurait également eu lieu avant-hier à Nantes et se serait terminé par la mort.

— La seconde épreuve d'admissibilité — épreuve orale — du concours pour la nomination à deux places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer. La dernière question a été : Des ulcérations de la langue.

Ont seuls été admis à subir la troisième épreuve — consultation écrite — les douze candidats dont les noms suivent : MM. les docteurs Barié, Barthélemy, Brissaud, Dreyfous, Faisans, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Lorey, Martin, Merklen, Renault et Talamon.

— La seconde épreuve d'admissibilité — épreuve opératoire — du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris vient de se terminer.

Les huit candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite, ont seuls été admis à subir les épreuves définitives. Ce sont MM. les docteurs Jalaguier, Campenon, Bazy, Brun, Marchant, Routier, Remy et Jarjavay.

La première épreuve définitive — composition écrite — a eu lieu hier. Les questions données ont été : 1° Structure des artères; 2° De la réunion par première intention.

— La Préfecture de police vient d'organiser une brigade de désinfecteurs composée de soixante hommes. Des voitures spéciales seront mises à leur disposition pour les transporter dans les locaux qui leur seront désignés par la préfecture avec les appareils et les produits nécessaires à la désinfection des logements contaminés.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16480.

N° 84. — MARDI 22 JUILLET 1884. 57e ANNÉE. MARDI 22 JUILLET 1884. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital Necker. Pleurésie et thoracentèse. — Du traitement des hémorroïdes même étranglées par la dilatation forcée du sphincter de l'anus. — Société de Biologie. — Variétés. Les désinfecteurs publics à Londres. — Nouvelles.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

Pleurésie et thoracentèse.

Le malade dont je vais d'abord vous entretenir est un de ceux qui sont partis cette semaine, et partis guéris complètement.

Cet homme est cuisinier ; il était couché au lit n° 10 de la salle Saint-Luc. Il était entré pour un épanchement pleural considérable, remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. Au moment de son arrivée dans nos salles la pleurésie datait de quinze jours.

Elle avait été traitée en vain par des vésicatoires, puis par des diurétiques tels que la scille et la digitale ; ceux-ci avaient été de nul effet, ils n'avaient eu pour ainsi dire aucune action sur la sécrétion urinaire, la quantité d'urine excrétée dans les vingt-quatre heures avait été à peine augmentée, au bout de plusieurs jours, de quelques centaines de grammes.

Il y a du reste une classe de médicaments auxquels on donne à tort peut-être la qualification de diurétiques, car ils agissent beaucoup plus en favorisant la résorption des liquides épanchés. Quoi qu'il en soit, toute médication ayant échoué et l'épanchement persistant, continuant même à progresser, nous avons décidé de pratiquer la thoracentèse.

C'est le vingt-sixième jour que l'opération a eu lieu, nous avons retiré environ un litre de liquide, c'est-à-dire à peu près la moitié de la quantité que nous avions approximativement évaluée comme contenue dans la cavité pleurale. Cette ponction n'a donné lieu à aucun accident, mais dè les jours suivants la fièvre a repris son cours, même avec une certaine intensité, et nous a fait redouter le développement de quelque lésion d'autre nature. Nous craignions que le malade fût en voie de tuberculisation, bien qu'un examen attentif ne nous ait fait découvrir dans la poitrine aucun signe de la tuberculose. Cependant nous savons que depuis longtemps cet homme a de la tendance à s'enrhumer facilement tous les hivers, qu'il a de fréquents enrouements, enfin que la pleurésie pour laquelle nous l'avons ponctionné avait été précédée d'une bronchite. De là la présomption ou du moins nos craintes qu'il n'y ait déjà quelques tubercules dans les poumons ou dans la plèvre.

Quoi qu'il en soit, les choses sont restées longtemps dans cet état, et la fièvre a tombé seulement le cinquante-huitième jour, et peu après le liquide qui était resté dans la plèvre s'est résorbé très rapidement. Dans les derniers jours du séjour du malade dans le service, il n'en restait plus que quelques traces, sans qu'il ait été nécessaire d'intervenir de nouveau par une seconde ponction de la poitrine. Du reste, l'état fébrile nous eût fait redouter de pratiquer chez lui une seconde fois la thoracentèse.

En somme, cet homme a recouvré ses forces et son embonpoint ; il a quitté l'hôpital complètement guéri.

— Ce matin même, nous avons eu de nouveau l'occasion de faire la thoracentèse chez un autre malade, chez un homme entré hier soir dans nos salles. Mais ici les conditions sont très différentes, bien qu'il s'agisse encore d'une pleurésie idiopathique.

Le malade n'a aucun antécédent personnel ni héréditaire. Il a conservé tout son embonpoint. Il a toujours été assez bien portant. Mais il était porteur d'un épanchement tellement considérable que nous avons dû procéder immédiatement à la thoracentèse. Il y aurait eu danger sérieux à attendre, surtout en présence d'un épanchement à marche aussi insidieuse.

En effet, il y a huit jours, il était venu pour la première fois à la consultation de l'hôpital, se plaignant seulement de tousser un peu ; on avait trouvé pour tous symptômes un mouvement fébrile assez léger et une langue un peu sale. D'ailleurs pas la moindre oppression, pas la moindre douleur de côté. Ce n'est qu'hier seulement, à son arrivée, que l'examen de la poitrine, que la percussion, en nous montrant une matité s'étendant depuis la base du poumon jusqu'à la clavicule, nous ont indiqué qu'il s'agissait d'un épanchement considérable, d'un de ces épanchements insidieux qui se développent sournoisement, sans appeler sur eux l'attention par aucun phénomène particulier, et qui peuvent foudroyer instantanément les malades au moment le plus inattendu. En général, on oublie trop ces terminaisons brusques et l'on ne considère pas assez les véritables services qu'une ponction faite à temps peut rendre en pareil cas.

Ceci me rappelle le fait suivant qui arriva au professeur Lasègue. Certain jour il fut appelé en toute hâte auprès d'un de ses confrères qui, disait-on, était dans un état très grave. Lasègue n'était pas chez lui. A son retour, il s'y rend aussitôt, et, à sa grande surprise, trouve son confrère à table, en train de dîner. Celui-ci était complètement remis

de l'indisposition subite avec perte de connaissance qu'il avait éprouvée une heure ou deux auparavant dans la rue. Néanmoins, comme il se plaignait d'avoir eu quelque temps avant des douleurs dans le dos pour lesquelles on lui avait fait appliquer divers emplâtres, Lasègue prend rendez-vous avec lui pour le lendemain. Le matin il arrive, il trouve son confrère au lit, le fait mettre sur son séant et cherche à l'ausculter. Mais le malade se tient mal, il veut le faire se redresser; il lui parle, pas de réponse. Il le regarde : il était mort, mort pour ainsi dire sous son oreille! Il avait succombé à un épanchement qui occupait tout le côté gauche de la poitrine.

Voilà le danger auquel de pareils épanchements restés à l'état latent peuvent donner lieu au moment où l'on s'y attend le moins. Aussi faut-il toujours se défier de semblables pleurésies, faut-il en pareil cas ne jamais hésiter à agir promptement, sans remettre au lendemain, car le lendemain le malade peut avoir succombé. Débarrassez donc le plus vite possible votre malade de la masse liquide qui remplit sa cavité pleurale. Pratiquez la thoracentèse; l'opération est bénigne quand elle est bien faite, elle est peu douloureuse, et ne détermine généralement qu'une faible sensation de malaise. La ponction avec le trocart capillaire est si simple qu'il y a quelque temps on tendait même beaucoup trop à la généraliser. Mais il est si difficile de se tenir dans un juste milieu.

DU TRAITEMENT DES HÉMORROÏDES MÊME ÉTRANGLÉES PAR LA DILATATION FORCÉE DU SPHINCTER DE L'ANUS.

Par le docteur Charles Monod, agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

J'ai lu avec le plus grand intérêt la leçon de M. le professeur Verneuil sur le *traitement des hémorroïdes par la dilatation*, publiée dans l'un des derniers numéros de la *Gazette des hôpitaux* (1).

Je partage absolument sa manière de voir.

Il y a longtemps que, pour ma part et à son instigation, j'ai conformé ma pratique à la sienne (2). Je crois pouvoir ajouter que la plupart des jeunes chirurgiens de nos jours ont, comme lui, abandonné les divers procédés autrefois appliqués à la cure des hémorroïdes, pour se borner au moyen à la fois si simple, si efficace et si innocent qu'il préconise.

Je n'aurais donc aucune remarque à présenter sur ce sujet, si M. Verneuil ne terminait sa leçon par cette phrase : « Il est bien entendu que lorsque les hémorroïdes sont le siège de quelque sphacèle, j'attends pour intervenir que tous accidents aient disparu. »

Mon excellent maître me permettra-t-il de lui dire que, plus royaliste que le roi, je vais, en matière de dilatation, plus loin que lui et que, même en pleine crise d'étranglement, son procédé me paraît encore applicable ; je le crois, en raison de son innocuité même, appelé à rendre aux malheureux qui sont en proie à « *l'une des plus vives souffrances auxquelles l'humanité soit exposée* » (Gosselin), un soulagement dont aucun autre moyen n'est capable.

J'ai eu la preuve de ce que j'avance ici dans un fait récent.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 426.

(2) Frédéric Monod. *De la dilatation forcée du sphincter de l'anus considérée spécialement dans son application au traitement des hémorroïdes.* — Thèse de Paris, 1877.

J'étais appelé, il y a quelques semaines, par mon confrère et ami le docteur Valmont, auprès d'un de ses malades, chez lequel ma présence était réclamée de la façon la plus urgente.

Il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, hémorroïdaire depuis son enfance, sujet aux prolapsus et aux pertes sanguines, dont les hémorroïdes étaient étranglées depuis deux jours. Il souffrait cruellement. La glace, les applications émollientes, les narcotiques *intus* et *extra*, tout avait échoué. Le malheureux, dont la douleur allait croissant, demandait à tout prix un peu de soulagement.

Je le trouvais, en arrivant auprès de son lit, dans un état nerveux véritablement inquiétant. Le pouls était petit, la peau couverte de sueurs froides, le visage décomposé par la souffrance. Il n'éprouvait un peu de calme que dans le repos le plus absolu : calme à tout instant interrompu d'ailleurs par des crises atrocement pénibles, que provoquaient le moindre attouchement ou de faux besoins incessamment renouvelés.

L'examen local montrait ce qu'on a coutume de constater en pareil cas : une couronne d'hémorroïdes externes tuméfiées, entourant un paquet central d'hémorroïdes internes turgescentes, violacées; en un point une tache plus foncée indiquait un commencement de sphacèle.

L'arrivée du *chirurgien* impatiemment attendu fut accueillie comme celle d'un sauveur. Lui seul, fût-ce au prix d'une opération immédiatement pratiquée, mettrait un terme à un état qui ne pouvait être plus longtemps supporté.

Devais-je céder aux pressantes sollicitations du malade et à celles de sa famille, ou bien, me retranchant derrière l'enseignement de nos maîtres, rester témoin impassible et impuissant de ses souffrances ? Devais-je, comme on le conseille généralement, abandonner le mal à lui-même, laisser l'étranglement achever son œuvre, assuré que, la gangrène se produisant, les phénomènes douloureux cesseraient du même coup, — terminaison favorable, en somme, puisque le malade y gagne parfois la guérison de son prolapsus hémorroïdal (Gosselin) ?

Telle est, si je ne me trompe, la pratique qui, actuellement encore en France, paraît la plus sage et, en pareil cas, la seule applicable.

Je ne crus pas devoir m'arrêter à ce parti tout négatif. Partisan convaincu de la dilatation forcée dans le traitement des hémorroïdes en général, il ne me semblait pas que ce fût hardiesse trop grande que de tenter de ce même moyen pendant la crise d'étranglement.

J'étais certain tout d'abord, en intervenant de la sorte, de combattre efficacement le phénomène le plus pénible, la douleur, puisqu'en supprimant l'action du sphincter, je mettais fin à l'étranglement. — Je pouvais de plus espérer prévenir le retour de ces accidents, et améliorer pour l'avenir la situation du malade, en obtenant du même coup la cure radicale de ses hémorroïdes.

Je devais, par contre, me demander si mon intervention était sans danger, si je n'allais pas faire courir à mon opéré quelque risque sérieux.

Deux accidents auraient pu peut-être se produire : une hémorragie par rupture des veines tuméfiées ; ou une inflammation suraiguë qui, se propageant aux veines hémorroïdales, pouvait, à la rigueur, provoquer une phlébite suppurée, dont les conséquences auraient été funestes.

Il ne nous parut pas que la première de ces deux éventualités fût très à craindre. En procédant à la dilatation avec

quelque précaution, après avoir réduit en partie, dans le sommeil anesthésique, le paquet variqueux procident; en ne me servant pour l'opération que de mes doigts et non d'un instrument métallique, je pouvais espérer éviter toute déchirure vasculaire. N'était-il pas probable d'ailleurs que le sang, contenu dans les sacs veineux que j'avais sous les yeux, s'était déjà coagulé sous l'influence de l'étranglement et des phénomènes inflammatoires qu'il détermine? Je me souvenais, enfin, que l'un des effets de la dilatation forcée, — celui même, comme l'a montré M. Verneuil, qui explique la guérison des hémorroïdes par l'emploi de ce moyen, — était de rompre les anneaux musculaires qui enserrent les veines hémorroïdales, de favoriser par conséquent la circulation du sang en retour et de diminuer la tendance aux hémorragies. L'écoulement sanguin se fût-il du reste produit qu'il eût été facile de s'en rendre maître.

Devais-je, en second lieu, craindre d'exagérer l'inflammation dont tout paquet hémorroïdaire étranglé est évidemment le siège, et de mettre par là les jours mêmes de mon malade en danger? A cet égard aussi, nos appréhensions ne nous semblèrent pas fondées. Nous avions, en effet, quelque raison de croire que la dilatation pourrait hâter, au contraire, la chute de l'état inflammatoire, en permettant la réduction des varices procidentes et en supprimant, comme je le rappelais il y a un instant, les obstacles qui s'opposaient au libre cours du sang veineux.

Après avoir discuté ces diverses hypothèses avec mon confrère le docteur Valmont, et conclu dans le sens que je viens d'indiquer, je me décidai à pratiquer l'opération projetée.

Le malade fut endormi. La douleur que provoquait le moindre attouchement de l'anus me montrait, en s'éteignant peu à peu, les progrès de l'anesthésie.

Dès que le patient ne parut plus réagir, je le mis vivement sur le côté, je procédai à la réduction des tumeurs saillantes, et immédiatement après à une large dilatation de l'anus avec les doigts. Un flot de matières fécales, mélangées d'un peu de sang, fut aussitôt rendu. Je complétai par une injection rectale le lavage et l'évacuation de l'intestin. Après quoi, le malade fut replacé dans son lit.

L'opération n'avait duré que quelques minutes, M. X... reprit presque aussitôt connaissance; il avait peine à croire qu'il eût été opéré, peine surtout à admettre qu'il pût être vraiment délivré de ses souffrances. Il fut bientôt forcé de se rendre à l'évidence, la douleur avait absolument disparu; le bien-être était inexprimable.

Je le revis le lendemain. La procidence s'était en partie reproduite, mais non l'étranglement.

Les douleurs demeuraient absentes. Une tentative de réduction parut devoir en provoquer le retour; je me gardai d'insister. Je savais qu'au bout de quelques jours de patience tout rentrerait dans l'ordre. Ce fut en effet ce qui arriva, sans qu'aucun accident vînt troubler la marche heureuse des choses.

Au bout d'un mois, M. X... vint me trouver. Il ne savait en quels termes exprimer son contentement extrême. Comme nous l'avions espéré, non seulement il avait été délivré sur l'heure des épouvantables douleurs de l'étranglement, mais toutes ses misères d'hémorroïdaire avaient en même temps pris fin. C'était une seconde vie, me disait-il, qui s'ouvrait devant lui.

Il me raconta alors que, dès son enfance, il avait souffert d'hémorroïdes; que, depuis quelques années, la situation était devenue intolérable. A chaque garde-robe le paquet variqueux devenait procident; la réduction ne se faisait qu'avec une extrême lenteur, et s'accompagnait de vives douleurs. Il en était arrivé au point qu'il n'osait plus aller à la selle que le soir, tant il se sentait incapable, dans les heures qui suivaient, de se livrer à ses occupations. Parfois le lendemain matin même, il n'était pas encore en état de sortir. Depuis le jour de l'opération tout était changé; tous les matins, il avait une selle facile, sans douleur et sans procidence. Jamais il ne s'était trouvé à pareille fête.

Voilà mon observation; je la publie sans autre commentaire.

Je ne sache pas que pareille tentative ait jamais été faite. Blandin, et Demarquay après lui, avaient bien proposé de faire en pareil cas la section sous-cutanée du sphincter (1). Mais cette opération insuffisamment efficace, et qui n'est peut-être pas sans danger, n'est pas passée dans la pratique.

M. Gosselin lui reproche en outre d'avoir l'inconvénient « de s'opposer à la formation des escarres dont la chute amène la guérison des accidents ». Ce résultat lui paraît même tellement important à obtenir, qu'il conseille, dans les cas où la mortification ne paraît pas devoir se faire, de la provoquer par une cautérisation avec l'acide azoté monohydraté. Je ne me résoudrai que difficilement à ajouter les souffrances très vives de la cautérisation à celles de l'étranglement.

La plupart des chirurgiens au reste, je le répète, se résignent à l'abstention complète.

Le fait que je viens de rapporter montre qu'en bornant l'intervention à la simple dilatation du sphincter, on obtient à la fois, et sans danger pour le malade, — dans le présent la suppression immédiate de tous les phénomènes de l'étranglement, — et pour l'avenir la cure radicale des hémorroïdes.

On ne saurait demander davantage.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 19 juillet 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Traitement du choléra. — M. RABUTEAU, en présence d'un cas de choléra, emploierait principalement les trois médicaments suivants contenant du tannin : le tannate de bismuth, le tannate d'alumine et le tannate de magnésie. Bouchut, Aran, Demarquay, ont étudié le tannate de bismuth. M. Rabuteau fait remarquer que le choléra s'observe très rarement chez les tanneurs; le tannin d'ailleurs est une substance antiseptique. Il préconiserait le cachou, agissant par le tannin et l'acide tannique. Le café, et principalement le café torréfié, lui paraît également recommandable et préférable au thé. L'emploi d'un purgatif, au début, lui paraît indiqué, et il préférerait à tout autre purgatif le sulfo-phénate de soude, qui est d'une saveur agréable et d'une action sûre. Enfin certains fruits, les fraises par exemple, loin de devoir être proscrites, lui paraîtraient avoir une certaine utilité.

Le grand sympathique. — M. RÉMY, en étudiant le grand sympathique, a découvert chez le cobaye une branche de ce nerf allant d'un ganglion situé en avant du rein aux vésicules séminales, et dont l'excitation fait éjaculer l'animal. Si l'on sectionne ce cordon, l'excitation du bout central ne produit rien, celle du bout périphérique produit l'éjaculation.

La circulation pendant la métamorphose. — M. KUNCKEL a étudié la circulation du papillon pendant la métamorphose.

(1) Gosselin. *Leçons sur les hémorroïdes*, p. 179.

La plupart des auteurs admettent la persistance des battements du cœur pendant la métamorphose; or il résulte des recherches de M. Kunckel qu'il est une période pendant laquelle il y a un arrêt complet des battements du cœur.

Injections d'urée. — M. **QUINQUAUD** a fait, avec M. Gréhant, sur les cobayes et sur les grenouilles, une série d'expériences relatives aux injections sous-cutanées d'urée. Ces injections ont pour effet de déterminer, après quelques minutes, une attaque convulsive, une contracture généralisée, de l'opisthotonos et finalement la mort.

M. **CHARLES RICHET** a injecté jusqu'à 125 grammes d'urée chez le chien sans rien produire.

M. **GREHANT** pratique l'expérience devant la Société; il injecte environ 20 centimètres cubes d'urée chez un cobaye, qui peu de temps après est pris de convulsions rapidement suivies de contracture tétanique et de la mort.

M. **QUINQUAUD** fait observer que, dans ces cas, comme il est facile de le constater à l'autopsie, l'urée se fixe dans tous les tissus.

M. **FRANCK** se demande si, dans ces cas, il n'y a pas des phénomènes de sidération analogues à ceux qu'a fait connaître M. Brown-Séquard à la suite d'injections, sous la peau, de chloral ou de chloroforme, par exemple.

Du transfert chez les hypnotiques. — M. **FÉRÉ**, en son nom et au nom de M. Binet, fait sur ce sujet une communication dont voici la première partie :

Ces expériences ont été faites à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot; c'est à l'aimant qu'ont eu recours le plus souvent MM. Féré et Binet. Ils ne se sont occupés que du grand hypnotisme afin d'être à l'abri de toute fraude.

I. Parmi les troubles spontanés, dit M. Féré, dont on peut obtenir la transposition chez les hystériques, il faut citer tout d'abord : 1° les troubles unilatéraux de la sensibilité se présentant soit sous forme d'hémianesthésie, soit sous forme d'hémidysesthésie; 2° les troubles unilatéraux de la motilité, paralysies flasques ou contractures, peuvent également être transférés dans un certain nombre de circonstances. Le phénomène est aujourd'hui bien connu, au moins dans ses manifestations extérieures; nous n'y insistons pas davantage.

II. Nous nous arrêterons plus longtemps sur le transfert des troubles provoqués, des divers états de l'hypnotisme artificiel, pour lequel nous adoptons la classification établie par M. Charcot : 1° lorsqu'une hypnotique est plongée dans la léthargie totale avec hyperexcitabilité, dite neuro-musculaire, si l'on ouvre l'œil gauche, le sujet devient cataleptique de ce côté, tout en restant léthargique du côté droit où l'œil reste fermé. Si dans ces conditions nous appliquons un aimant à quelques centimètres de l'avant-bras droit, au bout de deux minutes nous voyons la main droite s'agiter d'un léger tremblement, puis prendre graduellement la consistance des membres cataleptiques et se placer peu à peu dans la position qu'occupait le bras gauche. Ce dernier, après avoir été animé de tremblements plus violents qui ont cessé tout à coup comme un accès d'épilepsie partielle pour laisser la main flasque, a pris tous les caractères de la léthargie. La catalepsie comprend maintenant le côté droit tout entier, tandis que le côté gauche, face, bras, jambe, est léthargique et hyperexcitable. Le transfert de l'hémiléthargie et de l'hémicatalepsie a été complet, sauf sur un point : l'œil est resté ouvert du côté gauche, qui est devenu léthargique et fermé du côté droit devenu cataleptique. Le transfert peut de même s'opérer en sens inverse. 2° Lorsqu'un sujet est en léthargie ou en catalepsie, si l'on frotte légèrement le vertex sur la ligne médiane, on détermine un troisième état, le somnambulisme. Lorsqu'au lieu de faire la friction sur le milieu de la tête on la pratique un peu latéralement, le côté frictionné passe en état de somnambulisme, tandis que le côté opposé reste dans l'état préexistant, léthargie ou catalepsie. L'hémisomnambulisme offre tous les caractères somatiques du somnambulisme total : absence d'hyperexcitabilité musculaire, et de plasticité cataleptique, hyperexcitabilité aux excitations légères de la peau, au souffle, etc. Si l'on donne une suggestion hallucinatoire, l'hallucination n'existe au réveil que du côté somnambulisé. Le sujet est capable de répondre quand l'hémisomnambulisme est combiné à l'hémiléthargie; il ne fait en général que bredouiller quand il s'agit de l'hémicatalepsie. Que l'hémisomnambulisme soit associé à l'hémiléthargie ou à l'hémicatalepsie, il est susceptible de transfert tout comme ces deux derniers états combinés.

III. Si les divers états dimidiés de l'hypnotisme sont transférables, il en est de même des différents phénomènes unilatéraux des trois états de l'hypnotisme : 1° c'est ainsi que les contractures provoquées de la léthargie peuvent être transférées soit avant, soit après le réveil, (ce fait a été mis en lumière par MM. Charcot et Richer); 2° pour la catalepsie, l'aimant peut opérer le transfert des attitudes : l'aimant agit en dehors des états de conscience, et l'attention expectante ne joue aucun rôle dans le transfert; 3° l'aimant a la même action sur les phénomènes unilatéraux du somnambulisme, dont le transfert peut avoir lieu soit avant, soit après le réveil, s'il s'agit de suggestion persistante. Parmi ces phénomènes, les uns sont moteurs, les autres sont sensitivo-sensoriels; les uns et les autres peuvent résulter soit de suggestions excitatrices (spasmes, mouvements impulsifs, hallucinations), soit de suggestions inhibitives (paralysies, anesthésies générales ou systématisées).

a. Motilité. — M. Féré cite un exemple de transfert de paralysie par suggestion :

Le transfert s'effectue aussi pour les contractures, *spasmes localisés*, et enfin pour les *mouvements impulsifs suggérés;* un des exemples les plus curieux est le suivant :

Nous suggérons à notre malade l'idée de faire des chiffres : après son réveil, elle se met à faire des chiffres de sa main droite comme de juste ; mais un aimant est caché à proximité de sa main gauche. Quand elle a écrit jusqu'au nombre 12 sans s'interrompre, elle commence à hésiter, puis elle change sa plume de main et se met à écrire de la main gauche. Les caractères qu'elle trace nous paraissent tout d'abord sans signification ; mais en y regardant de près, nous constatons qu'elle a fait des chiffres qui, regardés au miroir, sont à peu près aussi corrects que ceux qu'elle a faits de la main droite, c'est-à-dire qu'elle a exécuté avec sa main gauche des mouvements absolument symétriques à ceux qu'elle est maintenant incapable de tracer de la main droite.

L'expérience a réussi de la même manière pour d'autres mouvements impulsifs plus ou moins compliqués.

b. Sensibilité. — Les *anesthésies sensitives et sensorielles* soit générales, soit systématisées, sont susceptibles d'être transférées par l'aimant ; il en est de même des *dysesthésies*, des *hallucinations* de l'odorat, de l'ouïe, de la vue, du goût, du toucher. Pour le transfert des hallucinations, soit unilatérales, soit bilatérales différentes, il existe une période d'oscillations bien sentie par le sujet, qui éprouve pendant quelques instants des sensations alternantes plus ou moins confuses.

Une circonstance intéressante à noter, c'est que le transfert des phénomènes localisés, attitude d'un membre dans la catalepsie, paralysie, hallucinations, s'accompagne d'une *douleur de tête localisée*, débutant en général du côté de l'aimant, puis passant dans le point symétrique du côté opposé. Cette douleur, qui est quelquefois assez intense pour nécessiter l'interruption de l'expérience, occupe un siège constant pour le même membre, pour le même sens. A l'aide des notions anatomiques précédemment établies par l'un de nous, nous avons pu nous assurer que la *douleur de transfert* répond, dans la plupart des cas, aux centres corticaux que les recherches physiologiques et anatomo-cliniques ont mis en rapport avec certaines fonctions déterminées. C'est ainsi que le transfert des attitudes ou des paralysies du membre supérieur détermine une douleur qui siège au niveau du pied de la deuxième frontale et de la région correspondante de la frontale ascendante ; pour les mouvements d'articulation, elle siège au-dessous et en avant; pour le membre inférieur, à la partie supérieure du sillon

de Rolando; pour les hallucinations de la vue, dans la partie antérieure du lobule pariétal inférieur, dans la région où on a localisé l'hémianopsie et la cécité verbale; pour les hallucinations de l'ouïe, dans la région antérieure du lobe sphénoïdal.

Le transfert des troubles sensitifs paraît déterminer une douleur siégeant à la fois dans la région du centre moteur et dans la partie postérieure du cerveau, où elle est diffuse; le transfert des hallucinations du goût détermine une douleur siégeant au-dessus de la crête occipitale externe et à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane; le transfert des hallucinations de l'odorat est une douleur siégeant à 1 centimètre en dessus et un peu en dedans. Ces deux derniers résultats sont en désaccord avec ceux des recherches expérimentales, et ils méritent d'être contrôlés.

Le transfert des phénomènes que nous venons de passer en revue, s'accompagne de faits objectifs qui permettent de s'avancer avec assurance. Nous devons mettre plus de réserve lorsqu'il s'agit du transfert d'une attitude volontaire à l'état de veille chez les sujets hypnotisables. Nous avons observé quelques faits de ce genre qui n'ont laissé aucun doute dans notre esprit; mais nous désirons faire de nouvelles expériences avant d'entrer dans le détail. Notons toutefois que dans cette dernière circonstance, comme dans le cas de transfert des hallucinations, il se produit des oscillations consécutives des plus nettes et en tout analogues à celles qui ont été signalées dans le transfert de l'anesthésie hystérique.

Recherches expérimentales sur la rage. — M. PAUL GIBIER fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les désinfecteurs publics à Londres (1).

Par MM. J. Thomson et Adolphe Smith.

(Traduit de l'anglais par M. le docteur Passant.)

En réduisant la moyenne des décès, notre nouvelle législation sanitaire a créé une classe d'hommes, qui, par nécessité, sont obligés de s'exposer journellement aux dangers les plus graves. A la liste des hommes qui, en raison de leurs occupations, bravent constamment la mort pour nous sauver du danger, il convient d'ajouter les désinfecteurs publics. Ces héros modestes sont un véritable type de notre civilisation avancée, et comme ils représentent l'humble rang de l'armée enrôlée au service de la science et de l'humanité, ils méritent autant d'estime que les archers audacieux qui gagnèrent la bataille d'Azincourt. Leur dévouement cependant n'inspirerait guère un chant de ménestrel; il fournit peu de matière au roman et les détails du travail qu'ils font sont de la nature la plus prosaïque; cependant c'est un fait incontestable, qu'ils risquent tous les jours leur vie pour sauver des épidémies la société entière. Il serait difficile, il est vrai, de définir la nature précise de ce danger, bien que personne ne nie le caractère contagieux des maladies zymotiques. Le germe ou virus, qu'il soit végétal ou animal, gardera, ainsi que cela est prouvé, sa force funeste pendant des mois, si les mesures ne sont pas prises à propos pour détruire ces semences de l'infection. Cela pourrait heureusement être fait si nos lois sanitaires étaient imposées à chaque cas. La loi stipule que les personnes atteintes d'une maladie contagieuse soient ou transportées à l'hôpital, ou isolées dans une chambre, et que la chambre soit, en temps utile, désinfectée. Bien des cas cependant sont cachés à l'autorité. Les dépenses pour la désinfection sont de cette manière évitées, mais la santé publique est en danger. Il est, par conséquent, de première importance que le règlement sanitaire soit réformé en vue de rendre la dissimulation impossible à l'avenir et ce but serait atteint, si tout médecin praticien était obligé de rendre compte de tous les cas de maladies contagieuses qu'il est appelé à soigner.

Quand l'inspecteur de la salubrité a constaté que la petite vérole ou une fièvre quelconque a éclaté dans son arrondissement, il passe à la maison en question pour s'assurer que les mesures de prévoyance du règlement sanitaire sont rigoureusement observées. Cette tâche demande toutefois une certaine dose d'habileté et de délicatesse. Cet officier n'est pas toujours bien reçu. Il rencontre parfois un refus complet, et comme la loi ne lui permet pas de forcer l'entrée, il est obligé de quitter la maison, si la personne qui lui a ouvert la porte, déclare qu'il n'y a pas de cas de maladie contagieuse dans la maison. Quand cela arrive, l'inspecteur doit avoir recours à quelque stratagème: il doit questionner les voisins ou capter quelque domestique ou quelque enfant indiscret pour découvrir la vérité. Généralement, les inspecteurs cherchent à savoir quel est le médecin de la maison; ils passent chez lui pour s'assurer de la nature réelle de la maladie. Si ses premiers soupçons sont confirmés et s'il est prouvé qu'il y a un cas de maladie contagieuse (zymotique), l'officier peut alors obtenir un mandat de comparution du commissaire de police, et les personnes qui auront cherché à éviter le règlement sanitaire seront ou mises à l'amende ou emprisonnées.

Une telle résistance ne peut cependant être taxée autrement que de folie criminelle et, avec le développement de l'éducation et des notions sanitaires, les visites de l'inspecteur seront plutôt sollicitées qu'évitées. On me rapporte, en effet, qu'à Londres au moins la plupart des gens sont disposés à ce que leurs logements soient purifiés.

Les classes les plus pauvres elles-mêmes et les moins instruites commencent à comprendre l'importance de ces précautions sanitaires. En règle générale, c'est à l'inspecteur de la salubrité de visiter le premier le logement; en entrant hardiment dans la chambre du malade, il verra du premier coup d'œil ce qui doit être fait. — Si, comme cela arrive souvent, la chambre est encombrée de chiffons et de rebuts, il fera détruire ce qui est sans valeur; mais l'opération de la désinfection ne doit être commencée qu'après la mort ou le rétablissement complet du malade. Dans les deux cas, la chambre doit être évacuée et les ordres les plus rigoureux doivent être donnés pour que personne n'y entre. Les vêtements portés par le malade restent dans la chambre et c'est alors seulement que les désinfecteurs font leur apparition. Ces hommes portent en général une blouse et des jambières pour préserver leurs habits des germes de maladie, qui nécessairement doivent tomber sur eux. Ainsi équipés, ils se rendent à destination, traînant après eux une grande voiture à bras, qui est hermétiquement fermée. Il y a quelque chose de singulier, pour ne pas dire sinistre, dans ce groupe ainsi composé. Leur apparition peut évoquer parfois dans l'imagination excitée du convalescent un sentiment d'horreur. La présence d'hommes qui sont chargés de nettoyer des antres de fièvre et qui touchent constamment à des draps de lit appartenant à des personnes qui ont souffert des maladies les plus repoussantes, les plus contagieuses et les plus dangereuses, est certainement de nature à produire une impression pénible sur un esprit affaibli, tandis que pour ceux dont la raison n'est paralysée ni par maladie ni par préjudice, ces considérations devraient être un motif d'admiration pour un courage et un dévouement déployés avec si peu d'hésitation. Mais ceci n'est pas le seul titre des désinfecteurs à notre sympathie; ce sont des hommes dont l'honnêteté est souvent exposée à la tentation et contre lesquels, quant à moi, je n'ai jamais entendu prononcer la moindre plainte. Ils désinfectent également les maisons des riches et des pauvres, détruisant un jour les rebuts de la boutique d'un chiffonnier et le lendemain le damas délicat et la toile superfine qui ombrageaient et couvraient le lit dans quelque grand hôtel de Belgrave. Une fois qu'ils sont entrés dans la chambre du malade, il n'y a pas d'yeux d'espion pour surveiller les désinfecteurs pendant leur ouvrage. Ils

(1) En ce moment où les mesures prophylactiques contre la transmission possible du choléra figurent en premier ordre parmi les questions à l'ordre du jour, il nous a paru intéressant de faire connaître à nos lecteurs l'organisation très satisfaisante d'un service de désinfection qui fonctionne à Londres depuis plusieurs années. (*Note de la rédaction.*)

ont des ordres sévères pour éloigner qui que ce soit de leur dangereuse présence. Seuls, et sans être vus, ils enlèvent, l'un après l'autre, tous les vêtements, draps de lit, tapis, rideaux, bref, toutes les matières textiles qu'ils peuvent trouver dans la chambre, les placent soigneusement dans la voiture à bras et les rapportent au poêle désinfecteur. C'est, sans contredit, une opération dangereuse, la poussière qu'elle soulève et qui tombe sur ces hommes et est avalée par eux devant être chargée de particules zymotiques qui engendrent des épidémies. Bien peu de personnes se soucient d'être présentes à ces opérations et si leur honnêteté n'était à l'abri de tout soupçon, les désinfecteurs pourraient souvent dissimuler des objets variés, de la disparition desquels on ne s'apercevrait certainement pas tout d'abord. Les hommes chargés de cette besogne sont par conséquent soigneusement choisis et sont généralement connus depuis des années par les comités paroissiaux, par lesquels ils sont payés.

Le poêle désinfecteur est simplement une boîte oblongue en fer, qui peut être chauffée au moyen d'un appareil à gaz, jusqu'à ce que l'atmosphère arrive à 136 degrés centigrades ou 280 degrés Farenheit. Cette chaleur intense et sèche ne peut pas gâter les objets placés dans la boîte et il a été prouvé par des expériences innombrables que c'est la méthode la plus sûre de détruire les germes des maladies zymotiques.

Une ébullition de vingt minutes serait efficace au même degré, mais nous ne pouvons pas faire bouillir des meubles. A moins que ce système ne soit adopté, les microzymas pourront vivre pendant un temps indéfini ; en effet, les germes de la fièvre scarlatine peuvent continuer à vivre dans des matières en laine pendant plusieurs années. Mme C.-M. Buckton cite, dans ses *Lectures populaires sur les lois*, le cas d'un enfant qui mourut de cette fièvre. Sa poupée favorite fut mise de côté dans un habillement de laine. Trois ou quatre ans plus tard, une cousine vint en visite à la maison, et la mère, pour amuser la petite fille, sortit la poupée, qui n'avait point été touchée depuis la mort de sa propre enfant. Une semaine s'était écoulée à peine quand la petite visiteuse fut prise à son tour de la fièvre scarlatine. La poupée aurait évidemment dû être désinfectée, même au risque de détruire la symétrie de ses traits en cire.

Quand toute la garniture du lit, draps, vêtements, etc., ont été apportés dans la cour de l'établissement paroissial, ils sont placés dans le poêle désinfecteur; les désinfecteurs y ajoutent leurs propres pardessus pour qu'ils profitent, eux aussi, de l'opération. On brûle une certaine quantité de soufre dans l'intérieur de la voiture à bras, pour que les objets purifiés y puissent être replacés et repris sans courir le danger d'être infectés de nouveau. Dans l'intervalle, la personne à laquelle ces objets appartiennent est poliment avertie qu'ils ne seront pas retournés avant que l'inspecteur ne se soit assuré que la chambre de laquelle ils ont été enlevés ait été désinfectée à fond, et cette opération est faite par les désinfecteurs de la paroisse, si la personne en question ne peut pas payer un entrepreneur ordinaire pour le faire pour elle. L'opération de la désinfection consiste à coller du papier au-dessus de la cheminée et le long des fentes des portes et des fenêtres, afin de rendre la chambre imperméable à l'air. On brûle ensuite une quantité suffisante de soufre et on laisse pénétrer la fumée dans la chambre pendant quelques vingt-quatre heures ; mais jusqu'à ce que cette fumée soit assez efficace pour tuer un être humain, il n'est pas probable qu'elle détruira les germes zymotiques. Quand cela est terminé, nous pouvons entrer dans la chambre avec quelque espoir de sécurité, mais la fumigation n'est point considérée comme suffisante. Toutes les parcelles de papier doivent alors être arrachées des murs et brûlées ; ensuite la chambre doit être soigneusement lavée avec de l'acide carbolique ; les murs doivent être recouverts de papier, le placard doit être blanchi, et ce n'est que quand tout cela aura été fait d'une manière suffisante, que les objets apportés au poêle désinfecteur seront rapportés. L'opération, comme on le voit, est assez longue, mais la purification parfaite de la chambre du malade en vaut bien la peine. L'efficacité de ce système est le mieux prouvée, par le fait que dernièrement un hôpital occupé par des malades atteints de la petite vérole fut désinfecté de cette manière et ensuite converti en un asile pour des pauvres âgés et infirmes. La désinfection de l'hôpital avait été cependant si efficace, que pas un seul cas de petite vérole n'arriva parmi les nouveaux pensionnaires.

En terminant, je ne puis m'empêcher de faire observer que tous ceux qui sont chargés de ce travail pourraient bien être un peu plus prudents à l'égard de leur propre personne. Les pardessus portés par ces hommes les protègent certainement jusqu'à un certain point, mais leurs cheveux, barbes, casques, s'accommodent assez bien pour recevoir et rapporter le germe de la maladie dans leurs maisons.

Ils devraient par conséquent être tenus à se laver avec de l'acide carbolique ou une solution de permanganate de potasse quand ils ont fini leur travail du jour, et avant qu'ils viennent en contact avec leurs semblables. Les mêmes ablutions devraient, par la même raison, être imposées aux inspecteurs sanitaires, et ils devraient porter d'autres habits quand ils sont en fonctions.

Les désinfecteurs de Saint-George Hanovre Square étaient auparavant des cantonniers au service de l'établissement paroissial, et ils regardent leur travail actuel comme un avancement considérable. Ils reçoivent 60 centimes par heure pour désinfecter des maisons ou pour enlever des vêtements ou meubles contagieux, et cette besogne prend tout leur temps. Souvent ils travaillent douze heures par jour, de sorte que leur revenu dépasse 36 francs par semaine, sans compter les petits dons et profits éventuels, qui tombent fréquemment entre leurs mains. Cette besogne, à part le danger personnel qu'ils encourent, est bien mieux rétribuée que leur ancienne occupation de réparer les routes. Telle est, en effet, l'ironie de notre civilisation que les hommes qui travaillent en plein air pour tenir nos chemins en ordre, regardent, avec des yeux envieux, leurs anciens compagnons de travail qui ont été promus à la dignité de la désinfection.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Les nouvelles de Toulon sont de plus en plus mauvaises, la mortalité cholérique augmente de jour en jour. Les chiffres qui nous sont donnés sont de 36 décès du 17 au 18 juillet, de 53 décès, dont 2 à l'hôpital Saint-Mandrier et une religieuse d'hôpital du 18 au 19 (c'est le chiffre le plus élevé depuis le commencement de l'épidémie); de 41 décès du 19 au 20 deux heures de l'après-midi, non compris les hôpitaux civils et militaires. De plus, le 18 juillet, 126 malades étaient en traitement dans les hôpitaux militaires, et le 19, 157 malades dont 11 à l'hôpital civil, 21 à l'hôpital Bon-Rencontre, et 126 à l'hôpital Saint-Mandrier. Enfin, le 20, le chiffre des entrées était de 18, et celui des cholériques en traitement de 171.

A Marseille, la statisque des décès cholériques oscille autour des mêmes chiffres : 56 décès du 16 au 17 ; 58 du 17 au 18 ; 65 du 18 au 19 ; et 57 du 19 au 20. Le nombre des victimes s'élèverait à ce jour à 805.

De plus, nous avons à signaler, depuis notre dernier bulletin, 2 nouveaux décès à La Seyne ; 3 cas, dont 2 décès à La Garde ; 1 décès à Hyères et 1 à Pierrefeu chez des malades venus de Toulon ; et 3 à Brignolles. Enfin, fait plus grave, la ville d'Arles est à son tour envahie par l'épidémie, et l'on y compte déjà actuellement 3 décès le 17 juillet et 10 décès du 18 au 19. D'autre part, 1 nouveau décès cholérique a eu lieu à Nîmes, 1 à Montpellier et 1 à Bessan, près de Béziers ; 1 cas a été constaté à Valence, dans la Drôme, chez un individu venu de Marseille, et 2 décès cholériques ont été enregistrés à Sisteron dans les Basses-Alpes, et 3 autres dans le même département.

Quant à Paris, dont l'état sanitaire était resté bon jusque dans ces derniers jours, le *Bulletin hebdomadaire de statistique munici-*

pale annonce 37 cas de cholérine qui lui ont été notifiés ; aucun d'eux n'a été suivi de décès. Il annonce aussi 2 cas de choléra sporadique suivis de mort. De plus, 3 autres cas, dont 2 se sont terminés par la mort, auraient eu lieu dans la journée du 18, dans les XIe, XVIIe et XIXe arrondissements. Un sixième cas se serait produit le 19 juillet dans le XIIIe arrondissement. Nous devons y ajouter les deux malades entrés à l'hôpital Tenon au commencement de la semaine. A Neuilly-sur-Seine, un décès cholérique aurait été constaté ces jours derniers.

D'autre part, un télégramme de Liverpool signale 2 décès cholériques survenus à bord du *Saint-Dunston* depuis son départ de Marseille, et une dépêche de Vienne (Autriche) annonce qu'à la date du 19 juillet, 3 cas de choléra se seraient produits dans cette ville, dont 2 se seraient terminés par la mort.

— M. le docteur Maygrier, médecin-accoucheur au bureau central, est nommé médecin-accoucheur de l'hôpital Tenon.

— Le Conseil municipal de Paris a décidé, en cas d'épidémie cholérique, l'établissement de deux hôpitaux sous baraquements au Nord et au Sud de Paris, sur les glacis des fortifications mis à sa disposition par le ministre de la guerre.

Le premier sera construit entre la porte d'Aubervilliers et celle du canal Saint-Denis et pourra comporter 200 à 300 lits avec les services généraux nécessaires.

Le second sera élevé entre la porte du chemin de fer de Sceaux et celle de Gentilly.

Les crédits nécessaires ont été immédiatement votés d'urgence par le Conseil.

— Les candidats inscrits au concours qui doit s'ouvrir, le lundi 4 août prochain, pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux, sont au nombre de sept seulement. Ce sont MM. Chaput, Guinard, Hache, Ménard, Métaxas, Pousson et Walther.

Le jury se composera, sauf modifications, de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Tarnier, Léon Labbé, Cruveilhier, Vidal et Vulpian.

— Le concours du clinicat de médecine ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Chambrelent et Dignat.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Rathery, médecin de l'hôpital Tenon, décédé à l'âge de quarante et un ans, le 18 de ce mois, à Fontenay-aux-Roses, à la longue et douloureuse maladie qui depuis trois mois le tenait éloigné d'un service hospitalier.

Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui lundi à l'église Saint-Sulpice au milieu d'une nombreuse affluence de confrères et d'amis.

— Nous avons également la douleur d'annoncer la mort, à Toulon, de M. le docteur Bourgarel.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16491.

25

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères*, *douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

65

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

17

Vin de Baudon **antimonio-phosphaté.**

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. Baudon, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone **phosphatée** Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

13

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical ;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

9

Coton iodé préparé par **J. THOMAS**

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

99

Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

Ergotine. Dragées d'ergotine

de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

80

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : Lebeault, Mayet et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

19

MALADIES DE L'ESTOMAC
DIGESTIONS LABORIEUSES

Poudres et Pastilles de Paterson

BISMUTHO-MAGNÉSIENNES

digestives, absorbantes, antigastralgiques contre les douleurs d'estomac, les digestions pénibles, le manque d'appétit, les aigreurs et les vomissements.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, à Paris, et dans toutes les pharmacies de France et de l'étranger.

Paterson

66

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

100

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la Viande.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

146

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

12

Apiol des Drs Joret et Homolle

L'**Apiol** est l'emménagogue par excellence. Mais le commerce délivre sous ce nom des teintures ou extraits alcooliques de persil, à peu près inertes. L'**Apiol** des Drs Joret et Homolle offre seul toutes les garanties d'une bonne préparation ; c'est le seul qui soit absolument pur et qui ait été expérimenté avec succès dans les Hôpit. de Paris.

Dép. gal : phie Briant, 150, r. de Rivoli, et phies.

3

Vichy, eau minérale naturelle

Sources : *Grande-Grille*, Maladies du Foie et de l'Appareil biliaire ; *Hôpital*, Maladies de l'Estomac ; *Hauterive*, Affections de l'Estomac et de l'Appareil urinaire ; *Célestins*, Gravelle, Maladies de la Vessie, etc.

Bien désigner le nom de la source.

Exiger le nom de la source sur la capsule.

LA CAISSE DE 50 BOUTEILLES :

(Paris, 35 fr. ; Vichy, 30 fr. Emballage franco).

LA BOUTEILLE, A PARIS, 75 CENT.

L'eau de Vichy se boit au verre, 25 cent.

A Paris, 22, boulevard Montmartre ; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

6

Epilepsie, traitement efficace

par l'**ELIXIR** et les **GRANULES** à base de **PICROTOXINE** du docteur **PENILLEAU.**

Phie Lepinte, 72, rue Saint-Dominique, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. La syphilis du cerveau : Accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — Le choléra de 1884 : Toulon et Marseille. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Fauvel met aujourd'hui autant de zèle à soutenir la théorie de la non-contagiosité du choléra qu'il en avait mis jusqu'ici à faire prévaloir l'opinion contraire. Il vient d'écrire à l'Académie une nouvelle lettre dans ce sens. Suivant lui, le choléra de Toulon et Marseille, né sur place sous des influences purement locales, est incapable de se propager à d'autres villes par transport de germes ou tout autre mode de contagion. Les mesures prophylactiques, les quarantaines sont donc illusoires, en même temps qu'elles sont ruineuses.

Si l'on se reporte à l'année dernière, lorsque le choléra fit son apparition en Égypte, et aux discours de l'honorable inspecteur général des services sanitaires de France à cette occasion, quel contraste ! Tout ce qu'il dit actuellement, M. Jules Guérin le disait alors et M. Fauvel le combattait avec la plus grande énergie.

Aussi, dans cette dernière séance, quand M. Jules Guérin a pris la parole pour faire à l'épidémie actuelle l'application de la doctrine qu'il avait développée en 1831, dès la première apparition du choléra asiatique en Europe, et qu'il a toujours défendue, sans variation, depuis cette époque, l'Académie l'a-t-elle écouté avec une attention religieuse, qui s'est soutenue jusqu'au bout.

Il faut reconnaître d'ailleurs qu'à la différence du reste des hommes, M. Jules Guérin, en vieillissant, loin de rien perdre de ses qualités oratoires, gagne plutôt encore en vigueur de style et en puissance de logique.

Il a mis admirablement à profit tous les renseignements qui lui ont été fournis directement au sujet de l'épidémie actuelle, et ceux que nos savants correspondants nous avaient adressés et qui ont été publiés dans les dernières revues cliniques de la *Gazette des hôpitaux*.

Son discours est un vrai chef-d'œuvre, que nous serons heureux de mettre en entier sous les yeux de nos lecteurs.

Nous y tenons d'autant plus que ce discours expose, aussi habilement, aussi complètement qu'elles puissent l'être, des opinions qui, sur bien des points, s'écartent des nôtres.

Nous avons déjà exposé dans la *Gazette des hôpitaux*, l'année dernière, les raisons pour lesquelles nous ne pouvons pas cesser d'être contagioniste convaincu.

La volte-face de M. Fauvel n'a pas influé sur nos convictions, dont les faits observés par nous ont été la base solide.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La syphilis du cerveau (1).

ACCIDENTS NERVEUX MULTIPLES. — TROUBLES INTELLECTUELS.

V

B. *Dépression intellectuelle, avec incohérence.* — La dépression intellectuelle, je vous l'ai dit, ne se présente pas toujours à l'état de simplicité, comme dans les cas auxquels j'ai fait précédemment allusion. Elle se complique quelquefois d'incohérence. La dépression, ou mieux *l'hébétude avec incohérence,* est d'ordinaire consécutive à la dépression intellectuelle simple, ou bien elle se montre à la suite d'attaques épileptiformes. D'autres fois, elle est au contraire primitive et s'établit d'emblée. L'incohérence porte à la fois sur les actes et sur les paroles. Le malade n'a plus aucune suite dans ses faits et gestes : il commence une chose et ne la finit pas. Il commet des actes bizarres et déraisonnables, se couche au milieu du jour; oublie le lieu où il est, les temps et les dates; conçoit un projet et l'abandonne aussitôt, pour songer à un autre. « Il semble, comme l'a dit M. Fournier, à la fois abruti, machinal, automatique d'une façon continue, en même temps que déraisonnable, extravagant et maniaque par intermittence. » Mais le délire, puisque délire il y a, est ici général, non systématisé. Il n'y a pas d'idée fixe prédominante, gouvernant plus spécialement le malade et imprimant son cachet spécial au tableau morbide. Il s'agit, en somme, d'un fond d'hébétude avec excitation maniaque passagère.

OBS. VII. (*Personnelle.*) — J'ai observé à Bicêtre, en 1874, un malade dont je résume ici l'observation. Sa mère avait succombé à une paralysie, suite d'un accident de voiture. Cet homme avait toujours été sobre, tempérant, laborieux, et avait joui auparavant d'une excellente santé. En 1866, il contracta la syphilis pour laquelle il entreprit plusieurs traitements et qui amena la perte de la vue. Depuis, on remarqua dans le caractère du malade un changement très réel, sans folie cependant. En 1874 survinrent des symptômes non équivoques : perte de la mémoire, bégaiement,

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 juillet 1884.

avec propos incohérents et accès de violence. On le transporta à l'hôpital Necker, où fut rédigé un certificat d'aliénation. Le malade fut conduit à Sainte-Anne, puis à Bicêtre. Il avait trente-deux ans, était complètement aveugle et presque gâteux.

Obs. VIII. — Un individu, syphilitique depuis sept ans, éprouve tout d'abord des troubles qu'il néglige, obnubilations passagères, absences momentanées, deux ictus résolutifs. Traitement spécifique : immédiatement amélioration. Cessation du traitement et réapparition des symptômes avec adjonction de crises épileptoïdes, névrite optique double.

A partir de ce moment, le malade est obligé d'écrire sur un agenda ce qu'il doit faire dans la journée. Autrefois très actif, il devient lourd et somnolent. Il abandonne ses affaires. Ses anciens plaisirs ne lui disent plus rien. Amendement transitoire sous l'influence du traitement, puis nouvelle aggravation.

Aujourd'hui le malade continue à gérer sa maison de commerce, mais il embrouille tout, commet des maladresses et des sottises, envoie des lettres absurdes et contradictoires, oublie de prendre ses remèdes, ne se rend plus compte de l'endroit où il se trouve. Il chasse tous ses parents de chez lui, disant que ces gens-là en veulent à sa fortune. — Persuadé qu'on veut le tromper sur le quantième du mois, il descend dans la rue demander à un passant à quel jour on en est (1).

Contrairement à ce que nous venons de voir, et d'une façon exceptionnelle, l'état d'hébétude produit par la syphilis peut s'accompagner, non plus comme tout à l'heure d'une simple incohérence avec excitation passagère, mais de véritables idées fixes. A la vérité, le fait est rare. Toutefois, dans quelques cas, en même temps que l'affaiblissement intellectuel, on constate des idées hypocondriaques, du délire des persécutions, ou même de la tendance au suicide.

C. *Excitation maniaque.* — Chez les malades auxquels j'ai fait allusion jusqu'à présent, le trouble psychique dominant consistait, vous l'avez vu, en un état d'hébétude plus ou moins marqué, d'affaiblissement léger ou profond de l'intelligence. L'excitation cérébrale, quand nous l'avons rencontrée, constituait un simple épisode accessoire, enté sur ce fond de dépression intellectuelle. Dans les cas dont je dois vous parler maintenant, l'hébétude fait au contraire défaut, l'excitation maniaque est le seul trouble psychique observable. Aussi ces cas sont-ils ceux qu'on a plus spécialement groupés sous la désignation de *folie syphilitique*.

Cette folie syphilitique, comme l'hébétude, peut être secondaire et ne survenir qu'à l'époque où existent déjà des troubles somatiques (paralytiques ou autres), assez nets pour qu'on ne puisse méconnaître la vérole. Mais ils peuvent aussi être primitifs, apparaître à un moment où la syphilis cérébrale ne s'est pas encore affirmée par d'autres symptômes. On est dès lors tout naturellement porté à croire à une manie vulgaire ou à l'excitation cérébrale telle qu'on l'observe chez une foule d'individus, notamment chez les héréditaires. Or vous concevez quelle importance il y a là encore à reconnaître la véritable cause du mal, puisque si la syphilis est en cause, vous avez entre les mains une médication souveraine, quelquefois pour guérir, presque toujours pour améliorer.

C'est ici le cas de vous rappeler ce que je vous disais au début de cette leçon. Je ne crois pas que, dans la majorité des faits du moins, la vérole engendre d'elle-même, *ipso facto*, la manie à ses divers degrés. Mais elle fait naître des lésions qui, jouant le rôle d'incitant, provoquent chez les malades prédisposés une réaction cérébrale plus ou moins vive. Peu importe d'ailleurs, au point de vue pratique, que la syphilis intervienne à titre de cause déterminante ou occasionnelle ; ce qu'il est nécessaire de retenir, c'est qu'elle intervient, c'est qu'elle est susceptible d'engendrer les désordres dont je vais vous parler ; c'est qu'en vous attaquant directement à elle, vous aurez chance de faire disparaître ou au moins d'atténuer ces désordres. Seriez-vous impuissants d'ailleurs, en face des troubles dont il s'agit, qu'il serait encore nécessaire d'en bien saisir la nature, parce que ces derniers peuvent être les symptômes révélateurs d'une syphilis cérébrale jusque-là ignorée et qui évoluera vers une terminaison fatale, si vous n'agissez activement.

Vous observerez ici tous les degrés de l'exaltation cérébrale, depuis la simple excitation se traduisant par une ardeur inaccoutumée au travail, un goût plus prononcé que par le passé pour la vie en public et les relations mondaines, une sorte de tendance ambitieuse qui porte les malades à accroître leurs affaires, à concevoir des projets nouveaux, jusqu'à une irritabilité excessive et des accès de colère insolites, jusqu'à la véritable manie, avec « extravagance dans les paroles et les actes ». Le malade perd alors tout souci de sa famille et de ses affaires, est dans un état de continuelle agitation, court à droite et à gauche, sans savoir exactement où il va, conçoit des desseins déraisonnables, qu'il abandonne d'ailleurs bien vite pour former d'autres projets, parle sans suite, profère des paroles décousues et incohérentes, se livre à une mimique et à des gesticulations désordonnées, à des actes de violence, va même quelquefois jusqu'à des tentatives de suicide et d'homicide. Plusieurs cas de ce genre me sont passés sous les yeux.

A ce tableau viennent même s'ajouter dans certains cas, comme cela se passe d'habitude chez les maniaques, des hallucinations, particulièrement des hallucinations de l'ouïe, des idées de grandeur ou de persécution. Vous allez en juger par les observations qui suivent.

Obs. IX. — Ursule D..., fille publique, entre à Stephansfeld le 24 décembre 1858, à la suite d'une tentative de suicide.

A dix-neuf ans, blennorrhagie ; plus tard chancres, puis syphilides. A son entrée, taches cuivrées sur le cou et les épaules, perforation du voile du palais ; douleurs ostéocopes des membres, céphalalgie temporale continuelle, insomnie, agitation nocturne, pleurs et gémissements ; prostration morale extrême, hallucinations de l'ouïe. (Proto-iodure de mercure et iodure de potassium.) Le 5 février, salivation, amélioration notable ; le sommeil revient, céphalée et hallucinations moindres (continuation du traitement). 11 février, aggravation. (Iodure de potassium, 2 grammes.)

Au bout de trois semaines l'amélioration était manifeste ; douleurs ostéocopes nulles ; nuits calmes, état mental très amendé. On continue le traitement (1).

Obs. X. — Homme de trente ans, ayant eu un chancre et un bubon à vingt ans, entre à Stephansfeld le 12 mars 1859 ; porte sur la face et le front des taches luisantes rouge foncé, sur la tête des croûtes jaunâtres. Les deux cornées sont opaques ; conjonctivite intense, eczéma sur les jambes, engorgement des ganglions des aines et du cou. Excitation maniaque intense. (Toniques, iodure de potassium de 0g,50 à 3 grammes.) Le 20 avril, amélioration notable. Le malade est calme. Au lieu de pérorer et de gesticuler, il reste assis en s'entretenant avec lui-même. (Iodure de potassium et proto-iodure de mercure.) Le malade est encore en traitement (2).

(1) Fournier, *loc. cit.*, p. 283.

(1) Hildenbrandt, *loc. cit.*, obs. IX, p. 50.
(2) *Id.*, *ibid.*, obs. VIII, p. 48.

Obs. XI. — H..., vingt-six ans, d'intelligence assez développée, ayant eu un chancre en Espagne, entre à Stephansfeld le 25 janvier 1858, malade depuis treize mois. A la suite de frayeur, son caractère avait changé : il était devenu très exalté et sujet à des hallucinations. Au bout de quatre ou cinq mois, il était devenu taciturne ; puis étaient survenues des idées ambitieuses et des accès de fureur. A son entrée, éruption sur la face et le front, de teinte caractéristique, pustules sur le dos, l'abdomen et les cuisses, cicatrice non douteuse de chancre sur le prépuce, engorgement ganglionnaire indolent dans l'aine gauche ; facies empreint de stupeur, regard éteint, idées incohérentes, facultés intellectuelles engourdies ; le malade commet à chaque instant des actes extravagants. (Iodure de potassium, de 0g,50 à 6 grammes par jour.) L'état mental de H... s'améliore sensiblement ; il devient plus calme, ses actes se régularisent, son intelligence s'éclaircit.

Le traitement a duré deux mois. Dès lors le malade marche rapidement vers la guérison ; il passe encore trois mois à l'établissement et sort le 12 septembre.

Nous avons appris depuis que la guérison s'est maintenue : « Dans ce cas, » ajoute M. Hildenbrandt, « la disparition simultanée des accidents somatiques et psychiques sous l'influence de l'iodure de potassium tend à prouver, ce nous semble, que la syphilis a été la cause réelle de la phrénopathie plutôt que la terreur, comme on le croyait » (1).

LE CHOLÉRA DE 1884. — TOULON ET MARSEILLE.

Par M. le Dr Jules Guérin,
Membre de l'Académie de médecine.

Les épidémies de choléra qui ont visité la France depuis l'année 1832, au nombre de six, ne sont revenues qu'à d'assez longs intervalles. Il en résulte que ceux qui les ont vues en dernier lieu ne sont pas toujours ceux qui ont assisté à leurs premières et précédentes apparitions. Cette interruption des mêmes faits et cette observation à des époques différentes et par des esprits différents ont pour conséquence presque nécessaire l'ignorance ou l'oubli, par les derniers venus, des vérités conquises par leurs devanciers.

Une autre conséquence du caractère intermittent des épidémies est la nécessité de saisir au passage les faits qui, ne se reproduisant que de loin en loin, ne frappent pas suffisamment ni assez souvent les esprits pour y prendre une place définitive ; ce qui les expose, ces faits, à être méconnus lors de leur nouvelle apparition. C'est par ces divers motifs que j'ai cru devoir prendre la parole au début de cette nouvelle apparition du choléra.

Témoin des six épidémies de choléra qui ont ravagé la France, je n'ai perdu aucune occasion de prendre part aux travaux occasionnés par chacune d'elles. L'Académie m'excusera donc d'entreprendre de les renouer entre elles au double point de vue des vérités à compléter et des erreurs encore à combattre. Tel a été mon but lorsque j'ai demandé la parole le jour même où l'Académie a reçu les premières communications des commissions d'enquête envoyées par le Gouvernement sur le théâtre de la nouvelle épidémie.

I

Les documents et les rapports présentés en premier lieu par MM. Brouardel et Rochard sont d'une importance capitale. A quelque point de vue qu'on les considère, ils fournissent, sur les origines du choléra, sur son mode de propagation, sur sa nature, sur ses formes, sur ses degrés, et enfin sur les mesures prophylactiques qu'on leur a opposées, des renseignements qui doivent être saisis au passage, pour ne pas courir le risque d'en perdre le bénéfice et l'utilité.

Le premier résultat obtenu et proclamé par la commission d'enquête a été l'impossibilité matérielle d'assigner au choléra de Toulon le moindre fait d'importation. Cette déclaration de la part de personnes parties de Paris avec des préoccupations si ce n'est avec des convictions opposées, a produit, sur le public et l'Académie elle-même, un effet considérable. C'était une émotion, une surprise saisissante qui n'avait pas laissé le temps de réfléchir. Si bien que des réserves opposées, exprimées dans la séance suivante avec une grande ardeur de conviction par M. Rochard, ont semblé remettre en question ce qui paraissait avoir été un instant résolu. Le choléra, a dit notre éminent collègue, a bien pu ne pas venir à Toulon par la Méditerranée, une grande porte lui reste incessamment ouverte par la mer Rouge ; et c'est par cette voie qu'il continue et continuera à menacer la France.

Sous l'influence de cette déclaration, l'opinion publique est revenue de sa surprise ; d'autant plus que, nous ne craignons pas de le dire, l'impossibilité constatée par la commission d'enquête de découvrir la moindre fissure restrictive ne l'a pas empêchée de garder *in petto* l'espoir de donner satisfaction au système qu'elle avait pris sous son patronage et qu'elle était obligée d'abandonner momentanément.

Le poète l'a dit :

> Quò semel est imbuta recens, servabit odorem
> Testa diù...

et l'absence de sa part de toute recherche favorable à un autre système, ainsi que ses commentaires ultérieurs à l'endroit des faits venus plus tard à sa connaissance, témoignent, à n'en pas douter, qu'elle n'avait pu se débarrasser des préoccupations qui l'avaient imprégnée avant de partir. Elle s'en est donc tenue à la déclaration pure et simple de non-lieu.

Cependant, si, mieux informée par les épidémies cholériques antérieures et mieux renseignée sur l'épidémie nouvelle, elle avait suivi l'évolution des faits, si elle avait examiné pas à pas leur éclosion sur les différents points et dans les différents quartiers où ils se sont manifestés ; si elle avait cherché à mettre ses derniers doutes en face des premiers cas observés, de leur isolement, de leur simultanéité et de leur dissémination dans des lieux éloignés les uns des autres, et n'ayant eu aucun rapport entre eux, nul doute qu'elle eût donné à l'absence constatée de toute origine d'importation une signification autre que celle d'un simple fait négatif et qu'elle eût senti la nécessité d'entrer dans une voie autre que celle qu'elle a suivie, et dans laquelle, faute de temps sans doute, elle a été obligée de persévérer. C'est ce qui me sera peut-être possible de démontrer à l'aide d'un supplément d'enquête, et surtout par les déductions légitimes de ce que, dans sa parfaite sincérité, elle a elle-même constaté et déclaré.

Pour donner immédiatement aux faits que je vais invoquer toute l'autorité nécessaire, je dirai qu'au début de l'épidémie j'ai prié MM. les docteurs Bourgarel et Combalat, médecins des épidémies du Var et des Bouches-du-Rhône, de vouloir bien m'adresser le relevé, jour par jour, et avec l'indication du domicile, de l'âge, de la profession de tous les sujets morts du choléra depuis le premier jour de l'épidémie, c'est-à-dire depuis le premier décès attribué à la maladie. Tous les deux ont répondu avec le plus grand empressement à cette demande de renseignements ; et, comme gage de leur impartialité, tous les deux se sont abstenus de me donner leur opinion sur l'origine de la maladie.

Or, en ce qui concerne l'épidémie de Toulon, il résulte que le jour même où avaient lieu les deux premiers décès cholériques du *Montebello*, c'est-à-dire le 20 juin, un ancien capitaine de vaisseau retraité, succombait à sa campagne près Toulon. Qu'il ait dîné la veille dans cette ville, comme on l'a dit, il n'avait eu aucun rapport ni avec le *Montebello*, ni avec les deux cholériques de ce navire.

Mais ce qui a bien plus ému la population, et ce qui aurait pu préoccuper davantage la commission, c'est la mort, le lendemain même, c'est-à-dire le 21 juin, du jeune lycéen Serres, lequel, atteint de diarrhée dès les jours précédents, n'avait pas voulu faire connaître son indisposition, de peur d'être envoyé à l'infirmerie et empêché de faire une composition à laquelle il tenait beaucoup. Et, ce jour-là même, 21 juin, on constatait encore,

(1) Hildenbrandt, *loc. cit.*, obs. X, p. 51.

route de Marseille, un cinquième décès sur une personne âgée de soixante-deux ans.

Voilà donc cinq décès cholériques, dont deux paraissent avoir échappé à la commission, et qui tous les cinq ont eu lieu dans les mêmes premières vingt-quatre heures sur des points différents et éloignés les uns des autres et sur des sujets d'âge, de sexe, de profession différente, et qui n'avaient eu aucun rapport entre eux.

Si ces premiers cas d'une signification univoque n'ont pas suffi pour dissiper les derniers doutes de la commission et lui faire admettre d'emblée la nécessité d'une autre origine que l'importation ou le contact des malades ou la présence de leurs déjections et de leurs vêtements contaminés, les treize décès suivants constatés le lendemain, c'est-à-dire le 22 juin, auraient dû peut-être opérer cette conviction.

En effet, dès le 22 juin on constatait, *dans les différents quartiers de la ville* plus ou moins éloignés les uns des autres : rue Cyprien, route de la Garde, rue Saint-Étienne, route de Marseille, rue Rampon, rue de l'Ordonnance, hôpital de la marine, hôpital civil, sur des journaliers, sur des scieurs de long, sur des soldats, sur des employés, tous étrangers les uns aux autres, et étrangers aux cinq premiers sujets décédés, treize nouveaux décès cholériques aussi caractérisés que les précédents.

Pour les personnes qui ne pourraient apprécier les distances respectives des localités, je les ai pointées et numérotées sur une carte de Toulon, ci-jointe.

J'ajouterai en outre à ces renseignements les paroles suivantes de M. le docteur Bourgarel : « C'est ainsi que, dit notre confrère, « le 22 juin les 13 décès de cette journée portent sur les points *les* « *plus opposés* de la ville et *partout à la fois.* »

A Marseille, la même particularité s'est répétée quelques jours plus tard au début de l'épidémie, et sur des sujets absolument étrangers les uns aux autres. Comme cette affirmation est en désaccord avec la déclaration de la commission d'enquête et qu'elle est d'ailleurs en partie contredite par notre collègue M. le docteur Devilliers, médecin de la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, nous croyons devoir citer d'après le relevé de l'état civil de Marseille, à nous envoyé par M. Combalat, les noms des quinze premiers décès de Marseille avec l'indication de leur âge, sexe, domicile; les noms des médecins qui les ont observés et qui ont caractérisé la maladie. On remarquera, en effet, que jusqu'au quinzième décès, les appellations de choléra *sporadique*, de choléra *nostras*, de *diarrhée cholériforme*, de *choléra infantile*, ont alterné avec celles de *choléra-morbus*, de *choléra asiatique;* et qu'à partir du seizième cas jusqu'au soixante-dix-huitième, auquel s'arrête notre relevé, c'est toujours le terme de choléra, de choléra asiatique, de choléra algide, qui a été employé. Je dirai plus tard ce qu'il faut penser de cette variation d'appellations, aux deux époques de la maladie. Je me borne pour le moment au fait de la simultanéité d'apparition de la maladie sur des points différents et éloignés les uns des autres, et sur des sujets qui n'avaient et ne pouvaient, pour la plupart au moins, avoir eu aucune communication entre eux.

Or il résulte de cette première constatation : que les quinze premiers décès cholériques de Marseille ont eu lieu, sans exception, sur quinze points différents, dans des rues différentes et plus ou moins éloignées les unes des autres. Je me dispense pour le moment d'entrer dans plus de détails sur ce premier point : les indications nombreuses et le relevé de l'état civil mis en regard de la carte de Marseille montreront leur parfait accord et confirmeront le fait de la simultanéité des cas sur des points différents et distants les uns des autres.

La commission d'enquête ne rapporte pas, il est vrai, de la même façon le début du choléra de Marseille.

Pour elle, le premier cas serait ce lycéen n° 3 renvoyé du lycée de Toulon, venu à Marseille par le bateau de la Seyne, lequel se trouve en rapport quotidien avec Toulon. Jusque-là, rien de particulier. Mais voici que le lendemain sur les 8 décès de Marseille réduits à 6, trois cas se sont montrés sur des personnes qui n'avaient pas été en rapport avec le collégien ; mais, circonstance importante, près de la maison où ils s'étaient déclarés « était une foire, dit la Commission, et quelques-uns des marchands qui y étaient installés avaient traversé Toulon quelque temps auparavant; nous avons *dû admettre*, ajoute la Commission, qu'il y avait eu *probablement* quelque contact ». Ainsi, sous l'empire du choléra *devenu asiatique*, des marchands qui avaient dû traverser Toulon, y avaient eu *probablement* quelque contact contagieux; tandis que sous l'empire du choléra réputé *sporadique* les émigrés de Toulon, devenus cholériques, n'avaient pu allumer aucun foyer nouveau de l'épidémie. Mais les faits ont continué de parler; et, à mesure que l'épidémie s'est développée, elle a semé sur tous les points de la ville des cas assez nombreux et assez rapprochés les uns des autres, pour défrayer tous les systèmes et amener la confusion entre eux. Mais leur chronologie s'est complétée et régularisée petit à petit par une foule de cas inaperçus d'abord, mal interprétés ou passés sous silence.

C'est ainsi qu'à Marseille le docteur Giraud avait constaté deux cas de choléra algides et mortels avant l'épidémie de Toulon ou presque en même temps (1). C'est ainsi que M. le docteur Quesnel, au rapport de M. Onimus, actuellement à Marseille pour étudier les variations de l'ozone (2), aurait constaté des cas de choléra « *probablement nostras* », — dit M. Quesnel, — développés à Marseille bien avant ceux de Toulon. C'est encore ainsi que, avant le lycéen qui a quitté Toulon le 26 juin, et auquel on a attribué tout le mal, un ouvrier, habitant les environs du port, avait été malade le 10 juin, etc. Je citerai encore pour mémoire un cas de choléra grave auquel aurait succombé dès le 7 mai à Toulon, c'est-à-dire plus d'un mois avant l'époque assignée à l'explosion de l'épidémie, une dame aisée, Mme V..., laquelle, « atteinte de diarrhée et de vomissements incoercibles, aurait succombé après trois jours sans pouvoir parvenir à ramener la chaleur, et laissant voir la peau cyanosée » (Bourgarel).

Mais le médecin de la malade, M. le docteur Carence, moins affirmatif, pour la nature et les symptômes de la maladie, a mis sur son bulletin de décès : *entérocolite aiguë*.

Enfin les docteurs Pluyette et Alezais (de Marseille) écrivaient collectivement, il y a quelques jours, à la *Gazette des hôpitaux :* « Comme vous le savez, les premiers cas officiels se sont déclarés à Marseille, le 27 juin, *dans plusieurs quartiers différents.* Mais nous tenons de divers confrères, qu'ils avaient eu à soigner deux ou trois cas de choléra suivis de décès *bien avant* qu'il fût question d'épidémie à Toulon (3). »

L'ensemble de ces faits, dont chacun pris isolément pourrait conserver quelque chose d'incertain résultant de son caractère exceptionnel, me paraît de nature à dissiper toute espèce de doute sur la vraie date de l'explosion épidémique à Toulon et à Marseille et à enlever aux faits, faits officiels invoqués comme cause et point de départ de cette dernière, leur priorité et leur signification.

Mais, ainsi que nous l'avons dit en commençant, notre but est de relier entre elles toutes les épidémies cholériques depuis celle de 1832, c'est-à-dire de demander à chacune d'elles son contingent d'observations anciennes au profit et comme confirmation des vérités nouvelles.

Or tous les faits qui précèdent établissant l'éclosion et la dispersion initiale des premiers cas de choléra sur différents points éloignés les uns des autres à Toulon et à Marseille, ainsi que l'antériorité des premiers cas sur ceux auxquels on a attribué le point de départ de l'épidémie, ne sont que la répétition de ce que nous avions observé dès 1832 dans les diverses épidémies qui ont succédé à cette première et si meurtrière explosion de la maladie.

Ainsi à Paris, en 1832, la maladie a éclaté le même jour et pour ainsi dire à la même heure dans quatre quartiers différents (4);

(1) *Gazette des hôpitaux*, 19 juillet 1884, p. 659.
(2) Onimus. *Gaz. hebdomadaire,* 18 juillet 1884, p. 490.
(3) *Gazette des hôpitaux*, 15 juillet 1884, p. 659.
(4) Rapport sur le choléra-morbus dans Paris et le département de la Seine par la Commission officielle, p. 29, 1832.

en 1849, en 1853-1854, en 1865, en 1873, les docteurs Dugas et Didiot à Marseille, Cazalas à Oran et à Paris; Bertrand dans le Doubs, Bouteiller et Leudet à Rouen, Lecadre au Havre, et le grand épidémiologiste Cunningham, directeur de l'administration sanitaire de l'Inde, ont confirmé et complété, chacun de leur côté, le fait observé pour la première fois en 1832, savoir : l'éclosion et le développement simultané, et dans des lieux différents et éloignés les uns des autres, de chacune des épidémies postérieures à cette date.

L'Académie me permettra-t-elle de donner à ce fait important sa signification la plus générale et la plus élevée?

Cette signification peut s'exprimer comme il suit : ce sont des effets simultanés d'une cause générale, étendue, disséminée, autre en un mot que l'importation; celle-ci toujours locale, circonscrite et limitée à son début; et, de cette façon, incapable de s'adapter d'emblée aux effets multiples et disséminés qu'on lui attribue, c'est-à-dire d'agir là où elle ne peut encore exister.

Telle est ma première conclusion résultant de la déclaration de la commission d'enquête, déclaration complétée par l'examen auquel elle n'a pas eu le temps de se livrer, des premiers cas de choléra de l'épidémie de Toulon.

II

Une seconde conclusion, implicitement contenue dans la déclaration de cette commission, est la suivante.

Par une prudence que chacun appréciera, la commission a attendu, pour qualifier le choléra de Toulon de choléra asiatique, que les faits successifs de l'épidémie eussent témoigné de sa transmissibilité et de sa manifestation dans les hôpitaux mêmes. La maladie avait eu beau accumuler ses victimes, réunir ses caractères accentués, multiplier les cas dits foudroyants, frapper, terrifier tous les médecins de la ville et tous les marins de la flotte, c'était toujours pour elle le choléra *sporadique*, le choléra *nostras*, le choléra né sur place et devant mourir sur place. Mais enfin, quelques cas nés dans les hôpitaux et l'extension de l'épidémie à Marseille ont allégé la conscience de la commission, sans donner pourtant satisfaction au système de l'importation. Hélas! il faut en convenir, si nos collègues ont, dans cette circonstance, fait preuve d'une circonspection tout à fait exceptionnelle, je ne puis résister à citer un fait, un simple fait qui montrera, mieux que toutes les appréciations, jusqu'à quel point la science la plus sûre, le doute le plus honnête peuvent s'arrêter devant l'évidence et la réalité des choses.

Voici en quelques lignes le narré photographique du choléra du lieutenant G..., officier de marine, qui a succombé, dit la commission, le 26 juin, en quelques heures :

« Le lieutenant G... est mort à 7 heures hier soir. Le cas a été foudroyant et a causé une vive alarme dans la population. Voici les symptômes probants que j'ai observés avant l'agonie : coloration cyanique, facies cholérique dans toute son horreur; les yeux ternes, entourés d'une auréole livide; les déjections riziformes; la peau des pieds et des mains ridée; les doigts glacés comme le reste du corps, violacés, recourbés et comme crochus; des crampes atroces aux extrémités; le ventre contracté et comme collé à la colonne vertébrale : la tête soulevée retombe comme une masse inerte. Malgré tous ces effets terribles, le malade conserve jusqu'au dernier soupir toute l'intégrité de son intelligence. »

Ce fait se passait sous les yeux du docteur Roux et du docteur Straus, lequel aurait voulu faire l'autopsie du sujet. Mais la rapidité de la décomposition a été telle, qu'il a fallu inhumer le cadavre à minuit.

En présence d'un tel fait, on pourrait ne pas féliciter la commission d'avoir été si difficile à convaincre. Moi, je crois qu'il faut viser plus haut, et demander, non plus à nos collègues, mais à la science elle-même, compte d'une telle résistance de la part des esprits les plus compétents et les plus initiés. C'est que le prétendu choléra *nostras* et le choléra *asiatique* ne sauraient être distingués cliniquement l'un de l'autre; qu'ils offrent la même caractéristique, la même physionomie, la même gravité, les mêmes lésions, tout enfin ce qu'il faut pour n'en faire qu'une seule et même maladie : le véritable choléra; tantôt sporadique, tantôt épidémique suivant les circonstances, et ne différant l'un de l'autre occasionnellement que par leurs degrés, leurs formes, lesquelles varient avec la différence des temps, des lieux et des sujets sur lesquels on les observe.

Serai-je obligé de m'arrêter à cette dernière et spécieuse réserve dont la valeur se mesure à l'erreur où elle a maintenu trop longtemps nos collègues : je veux parler de cette fameuse condition du développement de la maladie dans les hôpitaux, et de son caractère expansif et envahissant. Hélas! on se le rappellera, comme un fait mémorable : le jour même où notre collègue M. Brouardel faisait sa première communication et où le principal défenseur de la doctrine du choléra envahissant s'effondrait dans sa résistance de quarante années, une voix retentissante, — que l'Académie me pardonne la comparaison, — a, comme la trompette de Jéricho, fait tomber la dernière colonne de l'édifice en ruines.

Mais, on l'a dit avec raison, la valeur d'une preuve réelle ne s'arrête pas à ce qu'on en comprend immédiatement; et lorsque l'on a comparé la marche lente et comme somnolente de l'épidémie actuelle, à son début, à l'épidémie non envahissante de 1865, on n'a pas saisi la véritable portée de ce fait qui est celle-ci : c'est que le caractère envahissant du choléra, qui est vrai dans certaines limites, trahit une sorte de subordination à des circonstances contingentes secondaires, qui manquent à certaines époques à certains degrés de la genèse du choléra de nos contrées, et qui ont maintenu trop longtemps la distinction entre le choléra nostras et le choléra asiatique. Nous nous expliquerons plus tard sur la circonstance.

Ainsi tomberait définitivement cette traditionnelle et arbitraire distinction entre les deux choléras : distinction aussi contraire à l'évolution mieux étudiée et mieux comprise des épidémies cholériques que contraire à tout ce que présente l'évolution de toutes les épidémies de maladies infectieuses et virulentes : variole, scarlatine, rougeole, diphtérie, fièvre typhoïde, peste et choléra.

Tel est donc le second résultat produit par le rapport de la commision d'enquête, et telle est la seconde conclusion à laquelle l'épidémie de Toulon m'a conduit, à savoir, je me plais à le répéter : que le choléra nostras et le choléra asiatique ne font qu'un, c'est-à-dire que le choléra, qu'il soit né et observé dans l'Inde, né et observé à Paris, à Toulon et à Marseille, est susceptible de naître et de présenter dans ces diverses localités les mêmes formes, les mêmes degrés, la même intensité, les mêmes lésions, la même faculté contingente de se transmettre; avec cette seule différence d'une plus ou moins grande fréquence des conditions qui lui donnent naissance dans l'Inde, à Paris et à Toulon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 juillet 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Fauvel, qui, après avoir discuté quelques-unes des communications faites à l'Académie relativement au choléra, conclut ainsi :

« Il ressort de tout ce qui précède que *le fait capital de la situation sanitaire* a été laissé dans l'oubli, à savoir : *que tous les cas de choléra provenant de Toulon ou de Marseille sont restés partout* STÉRILES, *sans former de foyer épidémique*.

Je tiens à rappeler ce fait, et j'en conclus qu'il est à peu près certain dès à présent que le choléra de Toulon et Marseille ne se propagera ni en France, ni ailleurs en Europe, comme l'a prédit Virchow.

Quant à moi, naturellement, je l'attribuerai à la *non-contagiosité* de la maladie; d'autres y verront l'effet des mesures prises pour

l'arrêter. Je ne contesterai les prétentions de personne, — à mes yeux la question est secondaire ; — ce qui importe *au public*, c'est, comme je l'ai déjà dit dans une communication précédente, *le résultat même* qui donnera satisfaction à tous les intérêts. »

2° Une lettre de M. Mège du Pradet, communiquée par M. Fauvel. Cette lettre établit que les trois premiers cas de choléra signalés dans cette commune se sont produits sur trois personnes arrivées le même jour de Toulon, et dont deux, un enfant de cinq ans et une jeune fille de seize ans, succombèrent dès les premières heures de leur arrivée.

3° Une lettre de remerciement de M. le docteur Longmore, nommé récemment correspondant étranger de l'Académie.

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Jorissenne de Liège (Accepté).

5° Un mémoire intitulé : *De l'influence des inoculations vaccinales multiples*, par M. le docteur Sourris, médecin-major de deuxième classe.

6° Un autre mémoire intitulé : *Épidémiologie. Introduction, marche et formes de l'épidémie de fièvre typhoïde en 1881 en Tunisie*, par M. le docteur Coustan, médecin-major.

7° Un relevé des opérations césariennes faites à Vannes par M. le docteur Closmadeuc (commissaires MM. Tarnier et Guéniot).

8° Un travail manuscrit intitulé : *Du traitement du choléra par les alcalins à hautes doses*, par M. le docteur Charnaux.

ÉLECTION

L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection d'un correspondant national dans la deuxième division.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

En première ligne, M. Delore (de Lyon) ; en deuxième, M. Dumenil (de Rouen) ; en troisième, M. Baron (de Lyon) ; en quatrième, M. Cazin (de Berk-sur-Mer) ; en cinquième, M. Bitot (de Bordeaux) ; en sixième, M. Launay (du Havre).

Le nombre des votants étant de 60, majorité 32,

M. Delore obtient.	32	voix.
M. Dumenil.	18	—
M. Cazin.	7	—
M. Launay	3	—

En conséquence, M. Delore, ayant obtenu la majorité, est proclamé correspondant national.

L'Académie procède ensuite à l'élection des commissions de prix pour l'année 1884.

Sont nommés :

Prix de l'Académie. — MM. Villemin, G. Sée et Robin.
Prix Civrieux. — MM. Charcot, Vulpian et Mesnet.
Prix Capuron. — MM. Blot, Tarnier et Guéniot.
Prix Barbier. — MM. Empis, Moutard-Martin et Oulmont.
Prix Godard. — MM. Fournier, Bucquoy et Potain.
Prix Desportes. — MM. C. Paul, Dujardin-Beaumetz et Féréol.
Prix Buignet. — MM. G. Bouchardat, Gariel et Gautier.
Prix Daudet. — MM. Lancereaux, Cornil et Verneuil.
Prix Vernois. — MM. Proust, Besnier et Lunier.
Prix Lefèvre. — MM. Luys, Blanche et Ball.
Prix Orfila. — MM. Iungfleisch, Caventou et Duval.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. LUNIER demande que l'Académie renvoie à l'examen d'une commission l'instruction officielle relative au choléra dont il a été plusieurs fois question dans la dernière séance. Si, en effet, on se rapporte à la lettre de M. le ministre du commerce, on y voit qu'il désire avoir l'opinion de l'Académie, non seulement sur les questions générales relatives au choléra, mais sur les mesures prophylactiques préparées ou prises par diverses autorités administratives ou municipales.

M. LE PRÉSIDENT déclare que l'Académie, obligée d'improviser séance tenante une réponse à M. le ministre, lui a adressé cette réponse, mais que maintenant elle va reprendre régulièrement le cours de la discussion commencée sur toutes les questions scientifiques relatives au choléra.

M. JULES GUÉRIN prononce un discours sur le choléra de 1884 à Toulon et à Marseille. (Voir plus haut, page 675.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans la dernière séance du Conseil municipal, M. le Directeur de l'Assistance publique a fait la communication suivante :

« Il n'y a pas actuellement, il n'y a pas eu jusqu'à présent un seul cas de choléra dans les hôpitaux de Paris.

On a amené dans les établissements hospitaliers plusieurs malades qui présentaient, disait-on, des apparences cholériformes.

Permettez-moi de vous donner des renseignements sur chacun d'eux.

Le malade de l'hôpital Saint-Antoine, gardien de l'Hippodrome, dont on a tant parlé, est sorti depuis huit jours, guéri.

Il en est de même des deux malades de l'hôpital Tenon ; Blondel est sorti guéri le 16, et Rivolin est sorti le 20.

Une malade a été transportée à la Maison municipale de Saint-Louis ; elle avait une simple cholérine et est guérie.

Un malade a été transporté à l'hôpital Necker avec des accidents cholériformes ; le docteur Rigal a reconnu que ces accidents étaient dus à une indigestion provoquée par l'ingestion d'un boudin altéré et d'une grande quantité d'eau et de bière de mauvaise qualité. L'état du malade est très satisfaisant.

Un malade est entré à l'hôpital Lariboisière atteint, disait-on, de fièvre cholérique. Le docteur Siredey a reconnu chez le malade une dyspepsie alcoolique.

Un malade était tombé sur la voie publique, se tordant et se plaignant de violentes coliques. A l'hôpital des Tournelles il a été reconnu atteint de coliques de plomb. C'est un ouvrier peintre.

Un autre malade transporté à Beaujon et qu'on disait atteint de choléra, est porté pour une maladie dans la tête avec vertiges.

Enfin il y a actuellement deux malades à la Charité atteints de cholérine ; je les ai vus hier et ils sont en bonne voie de guérison.

Voilà, Messieurs, la situation exacte. J'ajouterai que si l'épidémie venait par malheur à atteindre Paris, toutes les dispositions sont prises. »

— *Choléra.* — L'épidémie cholérique continue ses ravages à Toulon et à Marseille et, comme nous l'avons dit dans notre dernier numéro, la ville d'Arles est envahie à son tour, ainsi que nous en avons la preuve par les chiffres ci-dessous. Voici, d'ailleurs, le nombre des décès constatés depuis notre dernier bulletin :

A Toulon, le 20 juillet, la mortalité cholérique a été de 42 décès ; le 21 juillet, de 43 décès dont 2 à l'hôpital Saint-Mandrier, et 42 décès du 21 juillet, six heures du soir, au 22 juillet même heure.

A cette dernière heure la situation des hôpitaux était : hôpital Bon-Rencontre : 9 entrées, 1 sortie, 5 décès, 38 malades en traitement ; hôpital Saint-Mandrier, 7 entrées, 7 sorties, 3 décès, 128 malades en traitement.

A Marseille, le 20 juillet, le choléra a fait 57 victimes ; le 21 juillet, 61 ; et le 22 juillet, jusqu'à six heures du soir, le nombre des victimes est de 49, auquel il faut ajouter 6 décès à l'hôpital du Pharo.

A Arles, la mortalité par le choléra s'élèverait dès maintenant à 45 décès : 4, le 17 juillet ; 6, le 18 ; 7, le 19 ; 12, le 20 ; 8, le 21 ; et 8, le 22 juillet.

A Lyon, quatre malades présentant des symptômes cholériformes seraient, à l'heure actuelle, en traitement dans une salle spécialement réservée aux cholériques.

— Les propositions suivantes viennent d'être adoptées par la Commission sanitaire municipale :

1° Il sera établi des hôpitaux spécialement affectés aux choléeé-

riques. Seront désignés pour ce service : les hôpitaux Bichat et Broussais, et ensuite, selon que le besoin s'en fera sentir, les hôpitaux du Midi, Moïana (Saint-Antoine), les baraquements de Saint-Antoine et l'annexe de l'Hôtel-Dieu, rue de la Bûcherie. La plus large publicité possible sera donnée à ces mesures.

2° On recevra dans les autres hôpitaux tous les sujets présentés, sauf à les diriger sur les hôpitaux spéciaux dès qu'ils seront transportables.

3° Il sera établi des baraquements sur les glacis des fortifications aux points concédés par l'administration de la guerre. L'étude en sera faite d'urgence.

4° Il sera établi un hôpital de convalescents à Brévannes.

5° M. le directeur de l'Assistance publique est invité, sauf entente avec la préfecture de police, à faire agencer immédiatement un petit nombre de voitures destinées au transport des cholériques.

6° Les déjections provenant de ces hôpitaux spéciaux et des salles d'expectation seront détruites par la chaleur.

7° Le rapport officiel de M. le docteur Worms sur l'épidémie du choléra de 1873 sera réimprimé.

— Par décret en date du 20 juillet, M. Léon Marévéry, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé à un emploi du même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Par arrêté, en date du 17 juillet, la chaire d'anatomie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Montpellier et la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Toulouse sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— M. le docteur M. Rivière vient d'être nommé, après concours, chef de clinique obstitricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16503

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. La santé publique à Paris. — Choléra asiatique et choléra nostras. — Le choléra de 1884 : Toulon et Marseille. — Recherches expérimentales sur la rage. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La santé publique à Paris.

Il existe à Paris une proportion voulue entre l'intensité des chaleurs de l'été et le nombre des affections des voies digestives observées dans cette saison.

En attendant les tableaux complets que le très aimable directeur de la statistique municipale, M. le docteur Bertillon, nous a promis de faire dresser pour nous, tableaux portant sur chaque semaine des mois de juin, juillet et août de chacune des dernières années, citons quelques chiffres empruntés aux *annuaires statistiques* de la ville de Paris, pour donner une première notion de cette proportionnalité.

La série de ces annuaires, où les décès sont classés par mois seulement, commençant à l'année 1880, comprend en outre 1881 et 1882. Mais, en 1882, l'été ne compte pour ainsi dire pas, tant il a été relativement froid et pluvieux. Il ne reste donc que deux années que l'on puisse comparer avec l'année actuelle.

Encore faut-il noter que la température n'a jamais été excessive durant l'année 1880. C'est en août qu'elle y a atteint son maximum, une moyenne de 19° 3 dixièmes et demi, après avoir progressivement monté en juin et juillet. Le nombre des décès par choléra nostras ou affections gastro-intestinales, soit chez les adultes, soit chez les enfants, a suivi une progression parallèle, sans monter non plus jamais très haut. Dans les cinq premiers mois de l'année, il n'y avait eu que 2 décès par choléra chez des adultes; pour les deux mois de juin et juillet pris ensemble on en trouve 4; on en compte 8 dans le seul mois d'août. Le groupe des affections de l'enfance, désigné sous les noms de diarrhée infantile, gastro-entérite ou atrepsie, représenté en mai par le chiffre 341, atteint en juin celui de 371, en juillet celui de 746, en août celui de 816.

L'année 1881 diffère de l'année précédente en ce que ce fut le mois de juillet qui y présenta la moyenne de température la plus élevée, 20°,6 à l'Observatoire de Montsouris. La moyenne d'août n'y fut que de 17°,2. La moyenne des maxima diurnes, qui a bien aussi son importance, fut de 27° en juillet, dépassant de plus de deux degrés le chiffre mensuel correspondant le plus élevé de l'année 1880, alors que la moyenne générale de ce mois dépassait d'un degré deux dixièmes et demi la moyenne générale du mois d'août 1880. Aussi le nombre des décès par choléra chez les adultes y devint-il beaucoup plus notable. A cette époque, il n'était pas question de choléra asiatique, aucune épidémie de ce genre n'était à craindre; et l'on trouve inscrits 14 décès par choléra pour ce seul mois de juillet 1881. La mortalité due à l'athrepsie, la diarrhée infantile, etc., qui dans les cinq premiers mois de l'année était restée mensuellement comprise entre les deux nombres extrêmes 290 et 358, atteint en même temps dans ce mois le chiffre 952. Nous ne mentionnons que pour mémoire 55 morts, soit par gastrite aiguë, soit par entérite, soit par dysenterie, bien que ce chiffre, relativement considérable, dépende des mêmes influences.

Nous n'avons malheureusement là que des chiffres de mortalité. Quant à la fréquence des diarrhées, des affections gastro-intestinales de toute nature qui ne furent pas suivies de mort, on n'en peut juger que par induction, car en l'absence de toute crainte de transmission épidémique, ces indispositions et maladies saisonnières ne laissent guère de trace dans les souvenirs du corps médical.

Actuellement, cette crainte existe : on peut même dire que pour quelques-uns c'est une véritable panique, qui trouble un peu le jugement. Tous les jours on voit arriver dans les hôpitaux avec le diagnostic *choléra* formulé en ville, des malades qui, en réalité, ne présentent aucun des signes du choléra, et qu'à première vue, dès leur entrée, on peut admettre dans les salles communes, alors qu'on isole avec soin tous les cas, même les plus légers, se rapprochant un peu de la physionomie du choléra, nostras ou non.

Ce qu'a dit à ce sujet M. Quentin dans une communication que la *Gazette des hôpitaux* a reproduite, est rigoureusement exact. Nous nous en sommes assuré par nous-même, car dans une question si délicate on ne doit parler que *de visu*. Nous tenions à faire notre enquête aussi complète que possible : et MM. les médecins des hôpitaux, MM. les internes, l'administration de l'Assistance publique, ainsi que la direction de la statistique municipale, nous y ont aidé avec la plus grande complaisance.

Le chiffre total des décès attribués par les médecins traitants à une atteinte soit de choléra, soit même de simple cholérine (chez un vieillard de soixante-seize ans), depuis le commencement de juillet jusqu'à hier, s'élèverait à 6, tous en dehors des hôpitaux. Or cette période représente les trois quarts du mois de juillet courant, et la plupart de ces décès se sont produits alors que la température dépassait de beaucoup les *maxima* du mois de juillet 1881, durant lequel il y eut 14 morts par choléra.

On voit que cette mortalité n'offre rien de bien effrayant; et les éléments des faits en eux-mêmes sont loin d'accroître leur portée.

En annonçant les deux premiers dans le résumé de la semaine du 11 au 17 juillet, M. Bertillon s'exprimait ainsi :

« Le service de statistique a été informé de deux décès par *choléra sporadique* qualifiés tels par les médecins traitants. L'examen des observations transmises par ces médecins paraît justifier l'épithète de *purement sporadiques* qu'ils ont donnée à ces maladies. Il s'agit d'un vieillard de soixante-quinze ans mort au bout de quatre jours, et dont la maladie peut être attribuée à l'ingestion d'une grande quantité de bière glacée et d'eau-de-vie. Un autre vieillard de soixante-quinze ans, mort également au bout de quatre jours de maladie, a présenté de la diarrhée, puis plusieurs symptômes cholériformes. Ce malheureux était extrêmement affaibli par la misère et la malpropreté. On sait qu'il n'est pas d'été où l'on n'observe de pareilles maladies à l'époque des grandes chaleurs. »

Quant aux quatre autres, disséminés dans la banlieue aux quatre coins de Paris, nous sommes allés prendre des renseignements sur eux à domicile, et voici ce que nous en pouvons dire :

L'un, âgé de soixante-dix ans, était un des vieillards de l'asile Tisserand, rue d'Alésia. Dans cet asile, les vieillards reçoivent le logement et un secours de 1 franc par jour. Ils habitent chacun chez eux et se nourrissent comme ils peuvent. Il n'y a pas d'autre employé dans cette maison qu'un concierge, lequel n'a point à s'inquiéter du genre de vie des habitants, aussi libres que s'ils étaient de véritables locataires. Naturellement ces hommes se nourrissent très mal, dépensent le plus souvent à boire le secours qu'on leur donne et sont en général d'une malpropreté excessive. Ils ne font appeler le médecin qu'à la dernière extrémité quand ils sont malades, et en cas de mort il n'est point facile de rétablir l'histoire complète de leur maladie.

Un autre, âgé de quarante-sept ans, Autrichien, était employé aux abattoirs de la Villette. Il se nourrissait extrêmement mal, exclusivement de bas morceaux et de débris de viande qu'il rapportait des abattoirs et « qu'on n'aurait pas donné aux chiens », disent les voisins. Pris de vomissements et de diarrhée, il continua néanmoins son travail durant quatre jours, sans se soigner en aucune manière. Ce fut seulement le matin du jour de sa mort que, se sentant beaucoup plus mal, il fit appeler un médecin.

Un autre, âgé de quarante-neuf ans, employé dans un magasin des Batignolles, rentrant de son travail le samedi 12 par l'extrême chaleur qu'il faisait alors, but une très grande quantité d'eau, puis se mit à table. A la fin du repas il fut pris de vomissements et de diarrhée. Le lendemain, bien que vomissant encore de temps en temps et ayant de la diarrhée, il alla voir une de ses filles mariée dans un autre quartier. Le jour de la fête, lundi 14, toujours souffrant, il resta assis, dans la rue, sur la porte, toute la journée. Dans le courant de la nuit suivante, les vomissements et la diarrhée redoublèrent, il fut pris de crampes, se refroidit, se cyanosa; et il mourut deux jours après, le jeudi, à six heures du soir. On remarquera que la maladie a débuté comme une indigestion, par des vomissements, et que les symptômes cholériformes proprement dits ne vinrent s'ajouter que le troisième jour à ceux d'une gastro-entérite, négligée jusqu'alors.

Enfin, au Gros-Caillou, le dernier, ancien maître d'école, âgé de près de soixante-dix-sept ans, vieillard émacié, presque en enfance, usé par une diarrhée chronique, déjà très ancienne, qui avait duré dix-huit mois sans interruption et se reproduisait au moindre écart de régime, mourut de faiblesse, quatre jours après avoir présenté, durant quelques heures, des vomissements, de la diarrhée et des crampes. C'est ce cas qui a été taxé, non de choléra, mais de *cholérine*.

Tels sont les faits de choléra mortels qui se sont produits en ville.

Dans les hôpitaux, depuis la communication de M. Quentin, il n'a été question que de sept malades envoyés comme cholériques à Saint-Antoine, dans le service de M. Hayem. Sur ces sept malades, un était atteint de coliques de plomb, avec constipation opiniâtre. Trois autres, un homme et deux femmes, furent transférés par M. Hayem dans les salles communes comme ne présentant aucun symptôme qui pût faire penser à un choléra.

Restent trois malades, dont un seul, un homme de trente-quatre ans, mouleur en cuivre, offre tout l'aspect d'un vrai cholérique. Cet homme est entré le 22. Il avait eu de la diarrhée *sans colique* depuis l'avant-veille, ce qui ne l'avait pas empêché de travailler la veille encore. Mais, dans la nuit, il avait été pris de vomissements, de crampes, de refroidissement, etc. Dans le service, il n'a plus vomi, que très peu hier; il n'a plus de crampes; mais le pouls est toujours très petit, les yeux cernés, la voix éteinte.

Les deux autres, un homme de cinquante-six ans, journalier, et une femme de quarante-un ans, cartonnière, ont eu l'un et l'autre, avant leur entrée, des vomissements avec diarrhée et crampes. Ils vont bien, du reste.

Les trois malades qui restaient dans les hôpitaux lors de la communication de M. Quentin, ont été tous les trois placés dernièrement dans les salles communes.

Le jeune homme de vingt ans qui avait eu une indigestion de boudin altéré et qu'on avait apporté comme cholérique dans le service de M. Rigal, se trouve actuellement salle Saint-Ferdinand, n° 21, à l'hôpital Necker.

Les deux malades de la Charité, entrés comme cholériques dans le service d'isolement confié à M. Féréol, occupent maintenant le n° 4 et le n° 6 d'une salle de cet hôpital portant le même nom. Ils ne tarderont pas à recevoir leur exeat. Celui des deux qui a été le plus malade est un commissionnaire, âgé de soixante-cinq ans, alcoolique, très vieux d'aspect, qui, pris de vomissements et de diarrhée avec coliques violentes dans la nuit du 14 au 15, et continuant à vomir souvent et à avoir de la diarrhée, avec refroidissement des extrémités, crampes, voix cassée, etc., les jours suivants, n'en a pas moins travaillé encore pendant trois jours. Le 18, il est venu lui-même à l'hôpital, ne vomissant plus du tout depuis la veille; déjà le 16 et le 17 il n'avait vomi que quand, pour se nourrir, il avait absorbé un mélange de bouillon et de vin.

L'autre, un garçon fruitier de vingt-deux ans, avait fêté le 14 juillet en buvant, avec ses patrons, de la bière et du mauvais cidre; le 15 juillet, sa patronne fut prise de vomissements et de diarrhée; le 16, son patron et lui-même eurent des vomissements, de la diarrhée, du ténesme, un besoin continuel d'aller à la selle, et il éprouva en outre des crampes. Les vomissements et la diarrhée se prolongèrent jusqu'au 18, puis se calmèrent et cessèrent après son entrée à l'hôpital.

Les cas d'indigestion ou de gastro-entérite, c'est-à-dire de vomissements avec diarrhée, sont nombreux dans les hôpi-

taux, où ils sont reçus dans les salles communes, sans qu'on s'inquiète du diagnostic posé ailleurs.

C'est ainsi que dans le service de M. Beurmann, suppléant de M. Desnos à la Charité, salle Saint-Vincent, n° 17, se trouve une marchande des quatre saisons, âgée de quarante-sept ans, qui, après avoir mangé des concombres et bu beaucoup d'eau, eut une atroce indigestion, avec vomissements, diarrhée et crampes. Tout cela se calma au bout de quelques heures, mais on ne pourrait pas lui enlever de l'esprit la conviction qu'elle a eu le choléra. Cette conviction communicative a porté malheur à un étudiant qui subissait son cinquième examen, et qui a été refusé net pour avoir posé en conséquence le diagnostic *choléra*.

Nous mentionnerons également, à titre d'exemple, une autre femme, âgée de trente et un ans, salle Sainte-Thérèse, n° 8, et un amputé du service de M. Trélat, à l'hôpital Necker. L'un et l'autre furent pris à la fois de vomissements, de diarrhée et de crampes, mais sans qu'il soit possible de dire à quelle occasion.

Les vomissements avec diarrhée, la diarrhée simple, avec ou sans ténesme, les dysenteries proprement dites, les coliques sèches, sont fréquentes aussi bien en ville que dans les services hospitaliers.

Comme établissant la transition, nous citerions un hôpital central dont tous les internes ont éprouvé soit des vomissements avec diarrhée, soit de la diarrhée simple. Dans un autre hôpital, un interne a été pris, il y a huit jours, de vomissements, diarrhée et fièvre. C'était le début d'une dysenterie, parfaitement caractérisée, avec selles sanglantes, qui suit actuellement son cours.

Choléra asiatique et choléra nostras.

Il faut bien accuser un peu M. Fauvel de l'affolement qui se produit.

En traitant de choléra nostras un choléra dont les victimes se comptent déjà par centaines, qui s'attache aux individus pour les frapper loin de son foyer, qui s'est déclaré dans un port après avoir atteint un autre port de la même mer, dont le caractère expansif et contagieux ne fait plus doute... loin de rassurer, il a fait peur, car il n'y aurait plus de distinction possible entre le choléra nostras et le choléra épidémique.

C'est la doctrine de M. Jules Guérin, dont nous achevons de reproduire aujourd'hui l'expression dernière.

Nous n'allons pas la discuter à fond. Si la théorie s'isolait des faits dans les circonstances actuelles, si le nom même qu'on donne à ces faits, la portée qu'on leur attribue, n'en dépendaient pas, nous l'éviterions avec soin.

Mais enfin, doit-on donc admettre que le choléra sporadique et le choléra asiatique ne soient qu'une seule maladie ? qu'on puisse passer sans transition et par des nuances insensibles de l'affection isolée, saisonnière, sans retentissement sur le voisinage, à l'un des fléaux des plus contagieux qui soient au monde ? Que nous ayons dans notre Europe les mêmes germes que dans l'Inde, germes toujours prêts à se développer sans importation d'aucun genre ?

Pour le soutenir, on s'appuie d'abord sur la ressemblance des symptômes. Mais cette ressemblance se trouve également dans des cas d'empoisonnement par l'émétique, par l'arsenic, par d'autres substances irritantes. Prétendra-t-on que ces intoxiqués aient le choléra, parce qu'ils présentent, en même temps que des vomissements incoercibles et de la diarrhée, le pouls petit, la voix éteinte, la face grippée, la peau froide, des crampes dans les membres, une prostration indicible ?

Il suffit d'une indigestion très violente par suite d'excès pour produire déjà tous ces phénomènes à un certain degré ; et les cas sont nombreux où l'on peut appliquer le mot *cholériformes* aux symptômes que l'on observe en l'absence de tout choléra.

On ajoute qu'un cas isolé de choléra parfaitement asiatique peut rester stérile, quand il éclate sur un malade transplanté dans un milieu peu favorable. Nous ne nierons pas qu'il en soit ainsi. Les germes cholériques semblent avoir besoin d'arriver en grandes masses, comme par un navire, une caravane, etc., pour franchir de longues distances et se propager de proche en proche à l'arrivée. Mais il n'en est pas moins certain que si l'on étudie la marche des épidémies qui se font sentir en Europe, on peut toujours en suivre la route, à partir de l'Inde, par les étapes successives, pour le moins, sinon par la détermination précise du mode de transport.

Jamais on n'a vu une épidémie de choléra commencer par l'Europe, et se propager de là en Asie, comme elle pourrait le faire suivant la doctrine de M. Jules Guérin. Pas plus qu'on ne voit naître en Europe une épidémie, soit de peste, soit de fièvre jaune.

La comparaison du choléra avec les fièvres éruptives ne nous paraît pas être exacte, car la rougeole, la variole, etc., ne cessent jamais complètement d'être contagieuses; tandis que le choléra nostras est absolument sans influence sur les plus proches voisins. Nous nous en sommes assuré pour les cas mortels dont nous avons parlé plus haut. Non seulement ils se trouvaient disséminés dans les quartiers les plus éloignés les uns des autres; mais le hasard a voulu qu'aucun de ceux qui ont été plusieurs jours en rapports presque continuels et sans précaution avec ces malades, qui ont manié les vases contenant leurs matières fécales, etc., ne se soit trouvé indisposé en quoi que ce fût.

Ceci nous semble démonstratif et suffirait pour établir une différence de nature entre les deux genres de choléra, à défaut de toute autre preuve.

Le choléra épidémique entrerait demain dans Paris qu'on n'aurait pas le droit de rattacher à l'épidémie, comme en étant les avant-coureurs, ces cas mortels disséminés, dont le début a été des vomissements au lieu d'être de la diarrhée prémonitoire, et qui se sont produits durant les plus fortes chaleurs, en moins grand nombre que d'ordinaire à pareille époque.

LE CHOLÉRA DE 1884. — TOULON ET MARSEILLE (1).

Par M. le Dr Jules Guérin,
Membre de l'Académie de médecine.

III

Nous voici arrivé au point le plus important, au point capital de la situation, à la grande question de la prophylaxie du choléra. C'est encore à la commission d'enquête que je vais demander les plus précieux éléments de ma troisième conclusion.

En maintenant par ses persévérantes réserves au choléra de Toulon le caractère inoffensif du prétendu choléra nostras, la commission a laissé à la maladie le temps et la faculté de se produire sans entraves, avec tous ses attributs de maladie transmissible et envahissante. Conséquemment, sous l'empire de ses déclarations persistantes, ont été suspendues toutes les mesures de

(1) Fin. — Voir le numéro du 24 juillet 1884.

prophylaxie dès longtemps instituées contre le choléra dit asiatique. Quel a été le résultat de cette double circonstance? de donner à la population affolée le temps et la liberté d'émigrer et d'emporter avec elle d'innombrables germes de la maladie. Je parle au point de vue des doctrines exclusivement contagionistes. Mais la science qui a le droit de profiter de ses propres fautes, peut considérer la libre dispersion des populations toulonnaises et marseillaises pendant les sept premiers jours de l'épidémie, comme une vaste expérience propre à faire juger la valeur et le danger réel des rapports libres et incessants entre les foyers épidémiques et les pays non contaminés. Ce n'est pas tomber dans l'exagération, en effet, que d'évaluer à plus de 30,000 le nombre des habitants de Toulon et de Marseille qui ont fui, *contenant et contenu*, ces deux théâtres de l'épidémie, et qui, au sentiment des doctrinaires de l'importation contagioniste, imprégnés du principe cholérique, auraient dû emporter avec eux et semer sur leur passage les germes de la maladie. C'est donc 30,000 expériences dont on peut aujourd'hui apprécier les résultats. Or qu'est-il advenu de cet ensemencement de toutes les localités, de toutes les localités parcourues et aujourd'hui habitées par ces fuyants. C'est que nulle part dans aucune ville, dans aucune bourgade, je ne dis pas entre Toulon, Marseille et Paris, mais dans toutes les contrées de l'Europe, aucun nouveau foyer cholérique n'a pu jusqu'ici être attribué à l'apport d'un voyageur toulonnais ou marseillais. Il ne faut pas confondre les cas de choléra survenus après leur départ chez des voyageurs venant de Toulon ou de Marseille, avec des foyers cholériques qui auraient dû, suivant la doctrine, être créés par les émigrants. Or aucun de ces foyers ne s'est développé jusqu'ici, qu'on pût sérieusement attribuer à des voyageurs venant des points infectés. Cette déclaration si importante, ce n'est pas moi qui la fais, c'est une voix autorisée, c'est notre collègue M. Rochard qui, dans sa dépêche du 27 juin au ministre de la marine, dit en termes exprès : « Jusqu'ici il n'y a pas un seul cas dans les hôpitaux, pas un seul fait de transmission, ni dans l'entourage des malades, ni en ville, ni dans les villages environnants, où quelques-uns de nos cholériques sont allés mourir. » A la date de cette déclaration, la grande expérience était faite, et ce que M. Rochard disait, avec autant d'autorité que de bonne foi, des localités avoisinant Toulon, pouvait, par une induction légitime, aujourd'hui confirmée, s'appliquer à plus forte raison à toutes les localités de la France et de l'étranger mises en rapport avec les transfuges de Toulon et de Marseille. Cette vaste expérience qui s'est continuée en France, du moins depuis qu'on a reconnu au système de la désinfection des voyageurs son inutilité et ses dangers, a donc le droit de déposer dans le grand procès fait à la doctrine de l'importation et à la contagion initiale qui en est le principal instrument.

Mais depuis que nos collègues ont ouvert les yeux sur le véritable caractère du choléra de Toulon et de Marseille devenu asiatique sans *importation de l'Asie*, leur croyance a eu un singulier retentissement dans l'administration. L'Académie sait à quelles entraves ruineuses, à quelles mesures vexatoires, à quelles épreuves intolérables ont été soumises les localités, les provenances et les personnes. La peur et la crédulité ont pu momentanément applaudir au système et en supporter avec résignation les aveugles conséquences. Mais la science, la science élevée, impartiale, la science qui se place au-dessus des intérêts mesquins et des craintes chimériques, n'a pas attendu, pour se prononcer, qu'une administration trop zélée vînt lui demander de l'éclairer pour ne pas commettre une faute déjà commise. Sans trop demander compte à l'Académie des résolutions qu'elle a su prendre, je ne me défends pas de regretter qu'elle y ait été plutôt conduite par l'absurdité et l'impossibilité pratique des mesures qu'elle a condamnées que par l'inutilité et la stérilité prévues de leur emploi. A quoi ont pu conduire, en effet, les expériences si concluantes de l'émigration facultative du choléra de Toulon et de Marseille, si ce n'est à avoir fait fermer la porte à l'ennemi lorsqu'il était déjà entré dans la place sans coup férir?

Mais l'Académie n'est pas faite pour se laisser traîner à la remorque des évènements et des regrets tardifs d'une administration mal conseillée; et si elle s'est contentée ou plutôt si elle a été forcée de donner le dernier coup à la moitié de l'ancien système de prophylaxie cholérique, il lui appartient de ne pas attendre une seconde phase des nécessités imprévues pour renverser le système tout entier.

Que toute réserve soit faite en faveur d'une contagiosité cholérique contingente dont les conditions et les limites sont à rechercher et à déterminer, la prudence et la science sont d'accord sur ce point; mais personne aujourd'hui ne saurait méconnaître qu'il ne suffit pas de l'arrivage d'un navire venant d'un pays cholérisé ou qui transporte un cholérique, pour inoculer le choléra à un pays sain. La cale ou les vieilles gibernes ne sauraient être considérées comme plus aptes à transporter les principes morbides que le corps vivant lui-même, que les poumons, les intestins, le sang et les matières excrétées par la peau du dedans et du dehors. Or, on l'a vu et on continue à le voir, ce ne sont point les échappés de Toulon et de Marseille qui ont créé les foyers cholériques dans les contrées qui les ont reçus; ils vont y mourir; ils vont y mourir pour témoigner qu'ils y ont bien transporté le principe morbide reçu ailleurs, mais que cette graine impuissante y est restée stérile, parce qu'elle est tombée dans un terrain mal ou non encore préparé. Il y a plus : si par aventure quelques nouveaux cas de choléra se sont déjà manifestés plus ou moins loin des premiers théâtres de l'épidémie, ce n'est point par prédilection dans les lieux où sont morts les émigrants; mais comme cela se voit en ce moment même à Paris, là où aucun d'eux n'y est décédé et n'a pu être soupçonné d'y avoir déposé la maladie.

Faudrait-il, pour laisser au système boiteux des quarantaines maritimes, le prétexte d'une dernière raison d'être, rappeler la prétendue prédilection du choléra pour les voyageurs en navire, et en navires de commerce surtout, à l'exclusion des voyageurs en chemin de fer. Cette merveilleuse distinction a été imaginée, on le sait, pour répondre à ce fait de la communication incessante et pourtant stérile des grands navires de l'Inde avec l'Angleterre, communication que l'on peut considérer aujourd'hui comme l'équivalent et l'appoint des émigrations toulonnaises et marseillaises dans l'appréciation ultime du système d'importation. Ce système, ainsi dépossédé de tous ses prétextes illogiques, et convaincu de tous ses inconvénients pratiques, pourra désormais laisser à la prophylaxie cholérique la mesure de ses nécessités compatibles avec les besoins commerciaux, internationaux et individuels.

IV

Nous nous sommes borné jusqu'ici à considérer l'épidémie dans son action collective. Il n'importe pas moins cependant de la suivre dans ses atteintes individuelles. Le silence à cet égard de la commission d'enquête pouvait lui être imposé par le caractère limitatif de sa mission. Nous n'avons pas, nous, à observer ces limites; et si nous avons pu faire assez bon marché de la prophylaxie héréditaire d'un système qui a fait son temps, nous nous croyons obligé, par compensation, à rappeler ce que l'expérience a véritablement consacré comme moyen préventif et curatif de la maladie aux prises avec les individus.

Si ce que nous disons ici ne devait pas avoir de retentissement au delà de cette enceinte, il me suffirait peut-être d'un simple rappel de ce qui est connu. Mais des populations justement inquiètes attendent ce qui en sortira de plus sûr, de mieux établi, pour les soustraire autant aux spéculations du mercantilisme charlatanesque qu'aux véritables dangers de la maladie. Pour ce double motif, l'Académie me permettra de reproduire devant elle quelques-unes des vérités que je crois être les plus utiles et les mieux établies.

Depuis l'épidémie de 1832, jusques y compris celle d'aujourd'hui, il a été invariablement observé que le choléra n'atteint jamais brusquement ni les pays où il éclate, ni les individus qu'il attaque.

Les contrées où il doit s'établir sont averties, comme je crois

l'avoir fait connaître, plus ou moins à l'avance, par des dérangements d'entrailles graduellement généralisés; j'ai cru pouvoir donner à ces dérangements le nom de *diarrhées prémonitoires des épidémies.*

A une époque plus ou moins rapprochée de ces premiers avertissements de l'épidémie, la maladie, qui avait fermenté en quelque sorte, acquiert bientôt tous ses développements; et à sa forme diarrhéique générale, presque inoffensive, succèdent quelques cas de choléra complet; ceux-ci toujours précédés de plusieurs jours de diarrhée. Il n'y a donc entre ces deux diarrhées qu'une différence de degré dans l'évolution de la maladie comme dans l'évolution de l'épidémie. Je m'abstiens de rappeler autrement qu'en fait ce travail de double transformation.

Or, pour ce qui concerne la *prémonitoire épidémique*, je rappellerai que, dès 1831, je l'avais signalée dans la *Gazette médicale* comme le prélude du choléra de 1832. Je n'ai cessé d'en montrer la reproduction à la menace de chaque invasion épidémique.

Parmi les autorités qui ont apporté leur contingent de preuves à cet ordre d'idées, je rappellerai le conseil de santé d'Angleterre. Mais le témoignage le plus puissant à invoquer aujourd'hui, c'est ce qui vient d'être observé à Toulon et à Marseille, et ce qui s'observe sous nos yeux à Paris. Pour ce qui est de Toulon et de Marseille, nous laissons aux médecins de ces localités le soin d'apporter leurs preuves. Bon nombre ont déjà parlé, et nos éminents collègues de la commission d'enquête pourront nous dire ce qu'ils ont appris et ce qu'ils ont peut-être éprouvé par eux-mêmes. Mais pour ce qui est de Paris, nous affirmons, d'après notre propre expérience et sur la foi de bon nombre de nos confrères (1), que depuis plus d'un mois, le nombre des dérangements d'entrailles a singulièrement augmenté; et les quelques cas de choléra mis, comme toujours, sur le compte du choléra *nostras*, témoignent d'une accentuation partielle de ce travail d'évolution cholérique. Mais ce qui n'a pas été suffisamment remarqué et ce qui m'avait été antérieurement contesté, c'est le développement plus général et plus grave de l'influence épidémique en voie d'évolution chez les très jeunes enfants. Pour s'en convaincre dans la situation présente, on n'a qu'à consulter les trois derniers numéros du *Bulletin de statistique municipale*. On y verra que :

Pour la période du 4 au 10 juillet, il y avait eu chez les enfants 128 décès par *athrepsie*, c'est-à-dire affection diarrhéique;

Pour la semaine précédente, c'est-à-dire du 27 juin au 3 juillet, il n'y en avait que 75.

La dernière semaine, c'est-à-dire du 11 au 17 juillet, il y en a eu 251. C'est donc en trois semaines, du 27 juin au 17 juillet, la progression suivante : 75 — 128 — 251, c'est-à-dire au 17 de ce mois une mortalité trois fois plus grande qu'elle n'était au 27 juin.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer que les appellations impropres d'*athrepsie* et de *gastro-entérite*, substituées aujourd'hui au mot diarrhée, ont le double inconvénient de dissimuler le fait simplement symptomatique, mais significatif et réel, sous l'apparence d'un fait plus scientifique, mais arbitrairement systématique et faux.

Ce qu'il faut voir, en effet, sous cette athrepsie si violente, c'est l'expression du caractère dominant de la constitution épidémique actuelle; c'est, en un mot, la manifestation de la maladie chez les êtres les plus disposés par leur âge et leur faiblesse à la ressentir et les moins capables d'y résister. Ce n'est pas d'aujourd'hui que les choses progressent de la sorte; et, dans la séance du 24 juillet de l'année dernière, j'ai rappelé dans une de mes conclusions expresses le fait comme constant au début de toutes les épidémies cholériques. La mortalité exceptionnelle et excessive des enfants à la mamelle n'est donc aujourd'hui, comme précédemment, que la première manifestation de l'épidémie cholérique; et elle est le prélude de la maladie qui se généralisera, nous le craignons, chez les adultes.

Quant à la diarrhée prémonitoire du choléra réalisé comme fait constant, je me bornerai, pour en rajeunir la réalité et l'autorité, à rappeler qu'il a été observé et vérifié dans toutes les épidémies et dans tous les pays depuis 1832; et, comme témoignage de cette réalité indiscutable, je rappellerai :

1° Que lors du rapport de la commission du choléra pour 1849, notre regretté collègue M. Barth, rapporteur de la commission, constatait que, sur 112 rapports envoyés à l'Académie par les médecins des départements, 97 avaient signalé la diarrhée initiale comme constante ou à peu près constante. 15 rapports seulement admettaient des exceptions qui ne sont pas, dit Barth, rapportées en assez grand nombre pour infirmer le fait général.

2° Que le conseil de santé de Londres ayant soumis le même fait de l'existence de la diarrhée prémonitoire à une enquête sérieuse, a déclaré que sur 3,902 cas de choléra observés en 1849, il n'avait constaté aucune exception, c'est-à-dire aucun cas de choléra dit foudroyant et sans diarrhée prémonitoire.

Quelques observateurs, doués d'un rigorisme excessif, ont cru pouvoir infirmer la justesse de cette loi en lui opposant un petit nombre de cas où la diarrhée prémonitoire n'avait duré que quelques heures; mais cette différence dans la durée du phénomène ne fait rien à son existence; et si, comme l'a dit si justement M. Rochard, la diarrhée prémonitoire a pu, dans ces cas, ne durer que huit heures, elle n'en a pas moins existé, et elle n'a réduit qu'à une durée trop courte son caractère d'avertissement prémonitoire.

La citation des paroles de notre éminent confrère rappelle le témoignage si autorisé qu'il a donné à l'observation générale lorsqu'il a dit qu'*à Toulon la diarrhée prémonitoire n'a fait défaut dans aucun cas.*

La science et la pratique sont donc en possession d'une vérité aujourd'hui incontestable, à laquelle il ne manque que deux choses, à savoir : 1° d'être mieux comprise dans son essence par la généralité des médecins; 2° d'être plus connue et mieux appréciée du public.

La diarrhée prémonitoire n'est pas suffisamment comprise par la génération des médecins, parce que pendant longtemps ils n'y ont vu qu'une prédisposition à la maladie et non la maladie elle-même à son début; si bien que toutes les diarrhées étaient indistinctement considérées comme pouvant favoriser son explosion. Aujourd'hui il n'y a pas et il ne peut plus y avoir de doute à cet égard : la diarrhée qui précède la période grave du choléra, c'est la diarrhée cholérique, une partie du choléra, le choléra lui-même à son début. C'est pour cela et pour exprimer ce caractère, cette liaison du choléra qui commence avec le choléra complètement réalisé que j'ai appelé la diarrhée initiale, la *diarrhée prémonitoire* et non simplement la diarrhée. Si les médecins qui ont été chargés officiellement des instructions à donner au public avaient mieux compris et mieux voulu faire comprendre cette vraie signification des dérangements d'entrailles en temps d'épidémie, ils ne se seraient pas bornés à dire que tout trouble digestif *peut être* le prélude d'une attaque de choléra; mais que presque toujours c'est le premier symptôme du choléra lui-même, auquel il faut se hâter de porter remède.

Il est certain, comme je l'ai dit, que la notion de la diarrhée prémonitoire n'est pas suffisamment vulgarisée. Si le public et même beaucoup de médecins étaient mieux pénétrés de son importance, on ne verrait plus tous les jours annoncer des cas de choléra *foudroyants*. Il faut donc dire et répéter au public qu'il n'y a pas de cas foudroyants; que la maladie commence et s'annonce, dans l'immense majorité des cas, par un dérangement d'entrailles qui dure de deux à six jours et que,— comme me l'avait écrit le docteur Bourgarel au début de l'épidémie de Toulon, et comme

---

(1) Voici ce que nous lisons dans le numéro du 19 juillet du *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale :*

« Le service de statistique a reçu avis de 37 cas de cholérine non suivis de décès ; leur nombre a été certainement plus élevé, les médecins de quartier n'étant pas forcés de signaler les maladies qu'ils rencontrent dans leur clientèle et ne le faisant que par zèle pour le bien public.

Outre ces cas de cholérine (qui en temps ordinaire n'auraient reçu que le nom de diarrhée), le service de statistique a été informé de deux décès par choléra *sporadique*, qualifiés tels par les médecins traitants. »

l'a confirmé plus tard M. Rochard devant l'Académie,— il n'y a pas eu à Toulon de ces cas de choléra foudroyant; la diarrhée prémonitoire n'a fait défaut dans aucun cas.

Il nous paraît certain que si ce fait aujourd'hui bien établi et généralisé était suffisamment porté à la connaissance du public, il deviendrait pour lui le plus puissant moyen de le rassurer en lui révélant les vraies chances de guérison qu'il possède et qu'il n'a pas suffisamment connues et appréciées jusqu'ici.

Il serait à souhaiter qu'on pût dire dans quelles proportions considérables ces chances augmenteraient sous l'influence de cette double notion. C'est un calcul dont les éléments sont bien difficiles à réunir. Cependant une première tentative faite après le choléra de 1849 n'a pas été sans avoir donné de grandes espérances. Une enquête ordonnée par le gouvernement anglais, et exécutée sous la surveillance du conseil de santé de Londres, a donné les résultats suivants qui ont été portés à la connaissance du comité d'hygiène de Paris par MM. Lafon de Ladebat et Tardieu, secrétaire et président de ce comité.

Sur 130,000 malades traités de la diarrhée prémonitoire 250 seulement ont eu le choléra complet, quoique 6,000 au moins, dit M. Ladebat, touchassent à la période caractéristique de la maladie. Il faut ajouter que, pour arriver à cet important résultat, l'administration anglaise avait institué un service de plus de 100 *médecins visiteurs*, chargés d'aller de maison en maison s'enquérir de l'existence de la diarrhée, et de porter immédiatement remède aux malades.

Au souvenir de cette première tentative, je n'ose dire à quelles proportions pourraient être réduits les dangers de l'épidémie qui nous menace.

V

Arrivé au terme de cette trop longue communication, que l'Académie me pardonne d'avoir aussi longtemps abusé de son attention. Mais qu'elle veuille bien considérer que ce sera probablement la dernière que j'aurai à lui soumettre sur la matière : c'est le résumé des travaux de ma vie entière sur la question.

Pour lui prouver avec quelle confiance je lui en présente la dernière expression, je lui demande la permission de lui relire les conclusions que je lui soumettais, il y a juste une année, le 31 juillet 1883 et que je lui représente aujourd'hui avec la même confiance, comme l'expression ultime et invariable de mes convictions, et aussi des faits qui viennent de se passer sous ses yeux.

Voici ces conclusions. (Voir la *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 700.)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA RAGE

Par M. Paul Gibier.

J'ai déjà fait connaître mes recherches sur la rage (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1883), et démontré que les oiseaux sont susceptibles de contracter la rage et qu'ils en guérissent spontanément. J'ai cité deux expériences où l'on voit un coq et un pigeon inoculés de la rage transmettre cette maladie à des mammifères qui en moururent tandis que les oiseaux guérirent. J'ajouterai que leur guérison s'est maintenue et qu'aujourd'hui ces animaux vivent en état de parfaite santé.

Je rappellerai que c'est en excitant un fragment du cerveau de ces oiseaux que j'ai constaté par l'inoculation et par l'examen microscopique qui m'y fit reconnaître le micrococcus spécifique signalé et décrit pour la première fois par moi dans une note à l'Académie des sciences en juin 1883.

J'ai promis à la Société de rechercher :

1° Si les oiseaux peuvent contracter deux fois la rage.

2° Si la rage peut se transmettre de l'oiseau à l'oiseau;

3° Quelles modifications le virus rabique subit en passant successivement dans plusieurs organismes d'oiseaux.

J'ai tenu ma promesse et je suis en mesure de dire aujourd'hui :

1° Que les oiseaux ne contractent pas deux fois la rage;

2° Que l'oiseau enragé peut transmettre sa maladie à un autre oiseau;

3° Et que d'après un certain nombre d'expériences le virus rabique en passant dans plusieurs organismes d'oiseaux paraît augmenter l'intensité de ses effets pour ceux-ci, tandis qu'il semble que pour les chiens il s'atténue. Ces différentes propositions seront développées dans un mémoire que j'aurai l'honneur de présenter prochainement à la Société.

J'ai continué ces recherches et mes nouvelles expériences confirment pleinement les premières. Cependant j'ai observé à la suite de l'inoculation de la rage aux oiseaux quelques cas fort graves. Dans un cas, un pigeon inoculé avec une quantité six fois plus grande que d'habitude eut des convulsions et est mort : son cerveau était littéralement saturé de microphytes.

J'ai également observé chez les poules des cas très graves et où la mort semblait imminente. Comme ces animaux ne mangeaient plus depuis environ quarante-huit heures j'eus l'idée de les gaver. Les résultats furent réellement merveilleux. Ce fut une véritable résurrection; après quelques jours de gavage, la paralysie disparut et les animaux purent se remettre à manger seuls. Aujourd'hui ils sont hors de danger.

Avant de terminer cette communication, je veux exposer un procédé d'inoculation que j'ai imaginé et qui peut remplacer avec avantage la trépanation si on veut inoculer directement le cerveau, surtout chez les petits animaux. Ce procédé, consiste à perforer directement avec l'aiguille de Pravaz et si, la boîte crânienne est trop résistante, à faire un avant-trou avec un petit foret.

J'ai trouvé également un autre procédé qui, d'après les résultats obtenus jusqu'à présent, semble aussi sûr et aussi rapide que l'inoculation cérébrale. Ce moyen consiste tout simplement à pratiquer l'inoculation dans la chambre antérieure de l'œil avec de la substance cérébrale d'un animal enragé délayée dans de l'eau stérilisée. Les symptômes inflammatoires sont nuls et la commotion cérébrale est évitée.

Dans le mémoire auquel j'ai fait allusion plus haut, on trouvera un certain nombre d'observations très concluantes sur ce mode d'inoculation de la rage.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Le *Journal officiel* de ce matin vendredi publie la dépêche suivante adressée par le préfet maritime de Toulon au ministre de la Marine et des Colonies :

« Toulon, 24 juillet, 2 heures soir.

« Malgré la reprise de la chaleur, je pense qu'il est bien certain que l'épidémie est en décroissance. Depuis longtemps, l'aspect des salles de Saint-Mandrier ne m'avait paru aussi satisfaisant. »

La situation semblerait également un peu s'améliorer à Marseille. Il n'y aurait eu que trente-deux décès par le choléra enregistrés entre le 23 à huit heures du soir et le 24 à six heures du soir.

D'après les renseignements directs que nous envoie M. le docteur Galtier, le nombre des décès par choléra à Nîmes s'élève actuellement à cinq. Les deux derniers cas, datant de trois jours, s'étaient développés sur place, dans une même famille, pauvre et au milieu des conditions hygiéniques les plus détestables.

— Dans sa séance de jeudi, la Faculté de médecine de Paris a arrêté les listes de présentation pour les chaires de pathologie externe et de chimie médicale.

Ont été désignés en première ligne :

Pour la chaire de pathologie externe, M. Lannelongue ; pour la chaire de chimie médicale, M. Gautier.

— Ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après :

Au grade de médecin principal de première classe : (Choix.) M. Fa-

rine, en remplacement de M. Perny, retraité. — Est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

(Choix.) M. Guérin, en remplacement de M. Reeb, retraité. — Est nommé médecin chef de l'hôpital de Rennes.

Au grade de médecin principal de deuxième classe : (Choix.) M. Breton, chef de l'hôpital de Valenciennes. — Passe aux hôpitaux de la division de Constantine.

Tonkin. (Choix.) M. Challan, chef du service médical du 3e régiment d'infanterie de marche. — Est affecté à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin.

Au grade de médecin-major de première classe : M. Aubert, en remplacement de M. Semaune, décédé. — Passe du 28e au 93e d'infanterie.

(Choix.) M. Cluzan, en remplacement de M. Marcenac, retraité. — Est maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie.

M. Dengler, en remplacement de M. Bélay, retraité. — Passe du 13e bataillon d'artillerie de forteresse au 3e d'artillerie.

(Choix.) M. Darricarrère. — Est maintenu aux hôpitaux de la division d'Oran.

M. Lefort. — Passe du 13e dragons au 102e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. d'Arras, en remplacement de M. Lallemand, décédé. — Passe des hôpitaux de la division d'occupation de la Tunisie au 4e zouaves.

Tonkin. (Choix.) M. Nimier. — Est maintenu à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin.

M. Algier. — Passe du 11e cuirassiers au 137e d'infanterie.

M. Achard. — Passe de l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin au bataillon du 23e d'infanterie détaché au Tonkin.

Tonkin. (Choix.) M. Morand. — Est maintenu à l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin.

M. Fromentin. — Passe du 2e spahis aux hôpitaux de la division d'Oran.

M. Pongis. — Passe du 17e d'artillerie au 127e d'infanterie.

— Par décision ministérielle en date du 18 juillet, M. le médecin-major de première classe Delmas passe des hôpitaux de la division d'Oran à l'hôpital d'Amélie-les-Bains ; — M. le pharmacien-major de première classe Moissonnier passe des hôpitaux de la division de Constantine à l'hôpital de Bourges.

— MM. les médecins du VIe arrondissement de Paris sont informés que, le dimanche 14 août 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Le 14 août 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie du XIe arrondissement de Paris, à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Un concours est ouvert par la Société de médecine d'Anvers sur les questions suivantes : 1° discuter les dangers de la chloroformisation et les moyens de les prévenir; 2° exposer le traitement de l'eczéma; 3° étudier la transfusion du sang et des autres liquides réparateurs; 4° exposer et discuter le traitement des épanchements pleurétiques purulents.

Les mémoires des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 1er juin 1885.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16506

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Le Choléra dans le Midi. — Hôpital de la Pitié. Kystes du maxillaire supérieur. — Société médicale des Hôpitaux. — Société de Chirurgie. — Service médical de nuit dans la ville de Paris. — Nouvelles.

LE CHOLÉRA DANS LE MIDI

Samedi dernier, l'étude de la santé publique, à Paris même, ne nous a pas permis de reprendre le dépouillement de la volumineuse correspondance médicale qui nous arrive relativement au choléra.

Nous ne pouvons tarder plus longtemps à nous y remettre.

M. le docteur Métaxas a bien voulu recueillir pour nous, avec le plus grand soin, dans les hôpitaux de Marseille, sur la marche de l'épidémie dans cette ville, les renseignements suivants qui vont jusqu'au 25 juillet :

« Au début de l'épidémie et pendant les dix premiers jours les attaques de choléra ont été brusques, quelquefois foudroyantes, et la diarrhée prémonitoire faisait défaut. Les malades arrivaient presque aussitôt à la période algide. Depuis la diarrhée prémonitoire s'est déclarée dans la majorité des cas et l'accès cholérique vrai est venu en moyenne deux ou trois jours après le début de la diarrhée.

La période de réaction a duré de quinze à vingt heures. Chose à remarquer : dans certains cas, le malade paraissait hors de danger; puis tout à coup la période algide se reproduisait, entraînant la mort.

Du 26 juin au 19 juillet, 326 malades sont entrés au Pharo : 52 sont sortis guéris, 97 étaient en traitement le 17 juillet, 177 avaient succombé.

Voici les mesures que la commission des hospices a prises en vue d'empêcher la diffusion du mal :

Le palais du Pharo a été transformé en hôpital des cholériques. Des salles spéciales ont été réservées soit pour les convalescents, soit pour les cas douteux. On n'a reçu dans les hôpitaux aucun cholérique. Tout malade atteint de choléra ou même soupçonné d'en être atteint est dirigé sur le Pharo. Quelques cas ont éclaté dans nos hospices. Les malades ont été immédiatement transportés au Pharo.

On a dit que la mortalité était très forte dans nos hôpitaux. Cette affirmation est erronée.

A l'hôpital de la Conception, où se trouvent 781 personnes, dont 534 malades, on a observé trois cas de choléra. Ces cholériques ont été transportés au Pharo. Deux ont succombé, le troisième a guéri.

A l'Hôtel-Dieu, sur 333 personnes, dont 250 malades, il y a eu encore trois cas de choléra; un des malades avait une diarrhée de Chine depuis six mois : mort au Pharo. — Le deuxième était atteint d'entérite chronique et se trouvait à l'hôpital depuis dix-neuf jours : mort au Pharo. — Le troisième malade, entré dix jours avant pour un embarras gastrique, est encore décédé au Pharo.

Enfin, à la Charité, sur 664 personnes, 6 cas mortels de choléra : 4 vieillards, une jeune fille de quatorze ans et une sœur.

La jeune fille en question avait été admise à l'hospice par suite du décès de sa mère, qui avait succombé au choléra.

Entrée le 9 juillet à six heures du soir, elle avait été soignée par la sœur Saint-Roch.

Cette sœur est prise du choléra dans la nuit du 10 juillet; elle succombe dix heures après.

La jeune fille, atteinte elle-même du choléra le 12 juillet, à 2 heures du matin, est transportée aussitôt au Pharo, où elle succombe.

Depuis le 19 juillet jusqu'à aujourd'hui, aucun cas de choléra ne s'est déclaré dans nos hôpitaux. Les entrées à l'hôpital du Pharo tendent à diminuer, les sorties sont plus nombreuses; du reste, l'épidémie, depuis trois jours, a une détente assez marquée. Durera-t-elle ? »

Antérieurement M. le docteur Margaillan nous avait écrit :

« J'ai observé dans ma clientèle un cas de choléra sporadique, avant qu'on eût connaissance de l épidémie de Toulon. Toutes les années il y en a une dizaine de cas dans les hôpitaux à pareille époque.

Depuis que l'épidémie est confirmée, à part quelques rares exceptions, les cas de choléra ne se sont présentés que chez des sujets depuis longtemps malades, affaiblis, dans de mauvaises conditions hygiéniques, et enfin chez des personnes qui avaient commis de graves imprudences.

La mortalité me paraît faible comparativement au nombre des malades. La période algide est moins prononcée; la réaction s'obtient assez facilement : il est vrai que cela n'empêche pas les malades de succomber : ils meurent chauds.

Une autre remarque : c'est l'abus des alcooliques, abus contre lequel nous réagissons autant que nous pouvons sans succès. Enfin, une cause d'aggravation de l'épidémie, c'est la peur, l'affolement, qui s'est emparé de la population tout entière, qui prédispose à la diarrhée et favorise la maladie.

Il est évident que nous sommes en présence du choléra

asiatique ; mais là où l'accord cesse, c'est lorsqu'il faut déterminer son mode d'importation.

J'ai eu entre les mains une lettre de l'amiral Krantz, écrite entièrement de sa main, adressée à M. le docteur Maurin.

Dans cette lettre, il est établi que la *Sarthe*, qu'on accuse de l'importation du choléra, a eu à son bord, en rivière de Saïgon, deux cas de choléra ; tous les deux ont été débarqués : l'un a guéri, l'autre est mort à l'hôpital. Le navire désinfecté a fait la route sans nouveau cas à bord. C'est l'amiral qui l'affirme, et après quarante jours de mer, et après avoir subi les mesures quarantenaires régulières, il aurait, dit-on, apporté le choléra à Toulon. Si ce fait est vrai, comme je n'en doute pas, après une si haute affirmation, c'est là la plus complète démonstration de l'inutilité des quarantaines.

Si les quarantaines de mer sont à ce point inefficaces, que dire des quarantaines de terre qui n'ont jamais rien pu empêcher ?

Tant que nous ne connaîtrons pas mieux la cause du choléra, les mesures de protection seront souvent inefficaces et iront, par les désastres qu'elles produisent au point de vue économique, à l'encontre du but qu'on se propose.

D'autres vous parleront du savant allemand dont la visite n'a produit aucun résultat, puisqu'il ne nous a donné aucun avis pratique, et son microbe qu'il nous a montré est-il la cause ou l'effet de la maladie ? *That is the question.*

En ce moment, comme les dépêches vous l'auront annoncé, la maladie semble en voie de décroissance, quoique les cas bénins restent encore très nombreux.

Pour me résumer :

J'ai observé à peu près constamment les diarrhées prémonitoires.

Les cas de choléra sont nombreux.

J'ai observé quelques cas de choléra sporadique, puisqu'en ce moment l'épidémie de Toulon n'avait pas éclaté.

L'épidémie est relativement bénigne et ne frappe que les personnes prédisposées ou imprudentes.

Enfin je ne crois pas à l'importation par la *Sarthe ;* je pencherais plutôt à croire que l'épidémie actuelle n'est que la conséquence du choléra d'Égypte de l'an dernier; mais cette discussion qui ne pourrait pas amener une démonstration complète nous entraînerait trop loin. »

De son côté, à la date du 16 juillet, M. le docteur Charles s'exprime ainsi :

« Je n'ai traité, jusqu'à présent, que dix cas de choléra, chez des individus de tout âge, de neuf mois à soixante et onze ans. Huit cas se sont terminés par la mort.

Le choléra foudroyant, qui d'ordinaire est l'exception, a été ici la règle : trois heures, douze heures au plus.

Tous les malades habitaient Marseille depuis un temps assez long.

Chez presque tous la santé antérieure était chancelante.

La diarrhée prémonitoire a manqué quatre fois.

Les vomissements ont cessé assez vite, ainsi que les crampes.

La douleur abdominale et la barre épigastrique ont été supportables.

L'algidité a toujours existé, mais la cyanose quatre fois seulement.

Anurie, absence du pouls comme d'habitude.

L'aisance, l'habitation, laisseraient beaucoup à désirer.

Trois fois les excès de boissons, aidés du refroidissement nocturne, ont amené la mort en quelques heures.

Les vraies cholérines sont rares ; mais on observe assez fréquemment, surtout chez les femmes, un état particulier qu'on pourrait appeler état nerveux cholériforme, caractérisé par l'anorexie, les envies de vomir, sans diarrhée, la soif ardente à partir du deuxième jour, des crampes dans les jambes, dans les avant-bras et dans les doigts, une gastralgie prononcée et un grand malaise, les yeux cernés, la face exprimant l'effroi ; mais le pouls naturel, les urines abondantes, la chaleur normale. Cet appareil de symptômes se dissipe en trois ou quatre jours.

En résumé : c'est le choléra foudroyant ou le choléra inoffensif de la peur. Cela suffit à expliquer la panique à laquelle nous assistons, et dont je ne crois pas qu'il existe un pareil exemple dans les annales épidémiques. »

Relativement au cas de choléra qui s'était produit à Voiron, M. le docteur Rouvier nous donne quelques détails, malheureusement bien incomplets, dit-il, car il n'a pu voir la malade qu'une seule fois :

« Mme F..., résidant à Toulon, avait été atteinte de fièvre paludéenne pendant tout le mois de mai et une partie du mois de juin. Convalescente, elle avait projeté de faire un voyage dans son pays natal : le choléra étant survenu, elle précipita son départ; son mari quitta l'hôpital maritime de Toulon, où il était infirmier, et ils arrivèrent à Coublevie le vendredi 4 juillet. Le lendemain, la malade allait à une dizaine de kilomètres voir sa mère frappée subitement d'une attaque. Le soir même, elle se mettait au lit, prise de diarrhée, de frissons et de vomissements. Ce n'est que le lundi soir que son mari vint me prier d'aller la voir. Je trouvai une femme de trente-cinq ans, très amaigrie, la peau sèche, le pouls fréquent (115), mais petit, dépressible. Elle me raconta que, depuis samedi soir, elle avait été prise de diarrhée et de vomissements qui n'avaient fait que s'accroître. Son mari avait pris sur lui de la soigner, et lui avait administré du bismuth et du ratanhia. Les traits du visage étaient tirés, les yeux excavés, entourés d'un cercle noir, la langue sèche, recouverte d'un enduit brunâtre rappelant les fuliginosités de la fièvre typhoïde; les lèvres et les gencives étaient dans le même état. A chaque selle il y avait du ténesme et des coliques, mais pas de crampes douloureuses. Les selles étaient absolument claires, limpides et jaunâtres, d'un jaune rappelant exactement la couleur de l'acide azotique. Les vomissements offraient le même caractère.

Un peu indécis sur le diagnostic, je revins le lendemain matin avec un de mes confrères. La malade était morte à sept heures et demie. Depuis une heure du matin les vomissements et la diarrhée avaient cessé, la respiration était embarrassée ; enfin l'agonie était survenue. Tels étaient les renseignements donnés par le mari. Le cadavre n'offrait rien de particulier qu'un amaigrissement extrême et un peu de cyanose des extrémités. L'autopsie n'a pas été faite. »

Nous avons déjà dit qu'après deux faits de choléra importés à Nîmes, il y avait eu dans cette ville trois autres cas de choléra développés sur place. Voici le récit succinct de ces faits, donnés par M. le docteur Galtier :

« Un troisième cas de choléra s'est déclaré vendredi 18 courant chez un jeune homme de dix-neuf ans, habitant

à 300 ou 400 mètres de l'Hôtel-Dieu, appartenant à une pauvre famille dont les conditions hygiéniques étaient très imparfaites. Il avait mangé, en quantité considérable, à un repas de midi, des légumes secs et des fruits, et, à deux heures, il se crut atteint d'une violente indigestion. M. le docteur de Parade, appelé quelques heures après, constata le choléra, à sa période algide, avec un ensemble symptomatique complet; le malade, emporté à l'hôpital à dix heures du soir, a succombé hier samedi, à six heures du matin. Ce jeune homme n'était pas entré dans l'hôpital, il ne venait pas de Marseille et il est difficile de saisir les voies de contagion.

Nous avons eu encore deux cas de choléra, il y a trois jours, dans une même famille pauvre, aux conditions hygiéniques détestables ; après un copieux repas d'aliments malsains, la mère et une fillette de neuf à dix ans ont été atteintes du choléra et ont succombé rapidement. Ce qui porte à cinq le nombre de cas depuis le commencement de l'épidémie.

Il semble bien, ajoute M. Galtier, que l'élément spécial du mal est chez nous; mais il ne semble pas se développer facilement. »

Relativement à Toulon, M. le docteur Sedan nous écrit une longue lettre dont nous détachons quelques paragraphes :

« Il est établi que le premier cas de choléra connu provient d'un matelot du *Shamrock*, débarqué le 22 avril à terre et entré le 26 à l'hôpital maritime avec le diagnostic, diarrhée, crampes, vomissements, algidité.

Il n'est pas douteux non plus que ce malade ait inspiré de grandes appréhensions à ses médecins, *puisqu'on a tout désinfecté à l'hôpital central après son départ* pour Saint-Mandrier.

Ce cas se relie assez difficilement avec le second, signalé chez une dame, qui, elle, a été atteinte *le 7 mai*. Le choléra chez elle n'était pas douteux : il m'a été affirmé par un médecin, professeur des plus distingués.

Ensuite on voit des entérites, gastro-entérites, etc., qui peuvent passer pour une suite plus ou moins directe de ce qui précède.

En tous cas, le 13 juin le premier cas, le 14 juin le deuxième, le 16 juin le troisième, le 18 juin le quatrième cas, sont tous des marins; le 20, le cinquième et le sixième cas sont des matelots, et c'est ce jour-là seulement qu'est frappé un civil. Qui osera prétendre après cela que le choléra n'est pas marin, absolument engendré et transporté par la marine? et, en outre, les six premiers cas de choléra dans la population maritime ne sont-ils pas suffisamment probants?

Je puis vous dire que le choléra de Toulon s'est présenté successivement sous plusieurs formes.

Au début de l'épidémie, il était diarrhéique, avec froid ou algidité, etc. On a perdu peu de malades et il faut voir comme une cause de cela la crainte qui a fait adresser dans les hôpitaux nombre de cholérines bénignes. Le Directeur du service des cholériques m'a dit, le 3 juillet, n'avoir pas eu plus de 14 cas de choléra réel, mais en avoir perdu les deux tiers. Peu à peu ce choléra, qui était à réactions franches et assez rapides, a été remplacé par une période de réchauffement tardive, avec céphalée, symptômes cérébraux et typhoïdes. On cite en ville le décès de deux riches commerçants emportés de cette manière.

Mais simultanément se produisait une autre forme que l'on peut qualifier de sèche, que l'éminent docteur Thomas appelle asphyxique, que l'on désignait autrefois sous le vocable sidérante. Frappé brutalement, le malade ne réagit que peu ou pas, et, quoi qu'on fasse, il s'éteint dans une espèce de tétanie des parois de la poitrine et de l'abdomen. Il a quelques rares selles, de rares vomissements, et la caractéristique de cette variété est la rapidité de la mort.

La dernière manière enfin, celle qui nous mène si durement aujourd'hui, est tout autre.

Au fort Lamalgue, trois hommes, très bien portants le matin, tombent frappés de froid : coliques, faiblesse. Ils n'étaient pas atteints de diarrhée. A l'hôpital, l'un d'eux, arrivé à 9 heures, est mort à 5 heures, après trois ou cinq selles *riziformes d'emblée*, et une absence totale de réaction. Les autres se maintiennent. L'un d'eux a l'air de vouloir survivre, si la réaction typhoïde ne l'emporte pas.

Un de nos hommes, D..., a présenté au plus haut degré ce dernier symptôme; il avait sept respirations par minute et a passé plus de quarante-huit heures dans cet état. Il a survécu.

A deux jours de là, sans rime ni raison, deux hommes sont pris au réveil de coliques, dévoiement, crampes, refroidissement.

Ils résident à la caserne Blindée, une des mieux situées de la ville. En deux heures ils en étaient à l'agonie, de laquelle d'ailleurs l'un d'eux a pu revenir.

Tous les jours les types diarrhéiques, asphyxiques et foudroyants se croisent, se complètent, se modifient, mais je ne crains pas d'être contredit en avançant que la soudaineté des atteintes, en l'absence de diarrhée prémonitoire, restera jusqu'à présent la caractéristique de la présente épidémie.

Il n'est pas douteux que, lorsque paraîtra l'histoire détaillée de l'épidémie (histoire que nous préparons avec le plus grand soin), on ne soit surpris des mille variétés de types qu'a présentés le choléra actuel. Un des chapitres les plus curieux sera celui du choléra provoqué, qui a enlevé plusieurs personnes.

Pour obvier à une légère irritation, certaines personnes ont pris de la scamonée ou du jalap, etc., et le résultat a été une débâcle mortelle en cinq et sept heures environ.

Les sœurs, si expérimentées en semblable matière, « ne reconnaissent pas le choléra de 1865 ». Quoi d'étonnant à ce que nous nous y perdions! En revanche, les médecins de la marine, qui, dès la première heure, n'ont pas varié sur la cause, assurent que c'est bien là le choléra type, avec début légèrement atténué dans sa virulence (aujourd'hui malheureusement en plein épanouissement, puisqu'il meurt entre 30 et 45 individus par jour, malgré une émigration *invraisemblable*).

Un autre trait qui mérite d'être relevé, c'est qu'il est impossible de se figurer un affolement pareil à celui qui a régné et règne ici.

Sans parler de nos hommes, que leur éloignement des leurs rend excusables, la classe intelligente est envahie par une telle crainte, une telle peur, qu'elle reste sans défense et sans énergie devant les atteintes même légères du fléau. »

Il nous reste encore une quantité de lettres à analyser, et c'est avec chagrin que nous nous voyons forcés de remettre à un autre jour la suite de ces documents, si précieux pour l'histoire du choléra actuel.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Kystes du maxillaire supérieur.

Une de nos jeunes malades va nous quitter un de ces prochains jours, après avoir subi avec succès l'opération d'une tumeur bénigne du maxillaire supérieur. Cette tumeur n'était autre qu'un kyste, le kyste dit de Magitot, du nom de celui qui l'a le mieux décrit.

On connaît trois variétés de kystes de la mâchoire : 1° les kystes folliculaires dus à l'évolution anomale d'un follicule dentaire. Ils peuvent être multiples, il est vrai, mais ils sont faciles à reconnaître, ils sont réguliers, arrondis, transparents, remplis d'une sérosité filante et contiennent souvent une dent dans leurs parois ; 2° les kystes multiloculaires, qui sont quelquefois en nombre infini, on en a compté jusqu'à deux cents; ils n'ont pas la même origine que les précédents et ce qui le prouve sans réplique, c'est qu'il n'y a pas dans une seule et même mâchoire, deux cents follicules dentaires ; 3° les kystes, que l'on pourrait appeler épithéliaux, qui siègent le plus ordinairement sur la mâchoire supérieure et correspondent à quelque dent cariée ou à quelque chicot.

C'est de ces derniers que nous nous occuperons plus particulièrement ici aujourd'hui. Ces kystes ne font pas partie intégrante de la mâchoire, mais ils sont comme accolés, juxtaposés au maxillaire et siègent surtout dans la fosse canine, rarement au niveau des incisives, plus rarement encore au niveau des grosses molaires. Ils proéminent, d'une part, du côté de la joue et, d'autre part, dans le sillon alvéolo-labial qu'ils comblent plus ou moins complètement selon leur volume. Quelquefois ils présentent un petit orifice qui indique que la tumeur est fistuleuse; d'autres fois la fistule est au fond de l'alvéole, enfin parfois aussi le kyste est clos.

Les kystes, dont nous nous occupons ici, ne s'étalent guère que vers la partie antérieure, et il est fort rare de les voir soit refouler le plancher de l'orbite, soit s'étendre et proéminer vers la fosse nasale du même côté. Enfin il est plus rare encore de les voir saillir du côté de la voûte palatine.

On les a quelquefois confondus avec des affections du sinus de la mâchoire et surtout avec des hydropisies de ce sinus faisant saillie dans la même région. Mais, dans ces affections du sinus, la dilatation se fait tant du côté des fosses nasales que du côté de la bouche où la tumeur repousse la voûte palatine, et du côté de la cavité orbitaire, dont le plancher peut aussi se trouver refoulé.

Ces kystes sont toujours bénins, bien qu'ils soient, dans certains cas, très douloureux, donnant lieu à des névralgies faciales très pénibles. Mais quand la tumeur est déjà volumineuse, que le kyste est constitué, on perçoit ordinairement dans la tumeur une fausse fluctuation. Les parois sont molles dans la région extérieure. Lorsqu'on vient à les ouvrir, on trouve un liquide filant et quelquefois muco-purulent; l'intérieur du kyste est tapissé par un épithélium pavimenteux, par une membrane épaisse qu'il est indispensable de détruire complètement par le grattage, par la rugination, si l'on veut obtenir une cure radicale.

Tout ce que M. Magitot a écrit sur ces kystes est parfaitement exact et je ne suis en désaccord avec lui que sur un point de pathogénie. M. Magitot appelle ces kystes des kystes périostiques; il pense que sous l'influence d'une légère inflammation ou même d'un traumatisme, il se ferait un décollement du périoste alvéolaire suivi d'une exsudation purulente ou séreuse. Celle-ci, ne trouvant pas d'issue par où le liquide puisse s'écouler, dilaterait peu à peu la cavité qui la renferme, par suite le périoste alvéolo-dentaire se trouverait refoulé, la cavité s'agrandirait et le kyste serait ainsi constitué, présentant à sa périphérie le périoste dilaté et au centre l'extrémité de la racine dentaire dénudée. Ceci est parfaitement clair; mais comment expliquer la présence, dans l'intérieur du kyste, d'une muqueuse épaisse recouverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, s'il n'existe pas là antérieurement une disposition anatomique normale? En effet, lorsque vous venez à arracher délicatement une dent avec sa racine ou simplement une racine dentaire, vous apercevez le plus souvent, à l'extrémité de cette racine, une petite ampoule, molle comme un petit bourgeon charnu, d'un gris rougeâtre, et parfois déjà comme polypiforme, grosse comme un grain de chénevis, sinon plus même quelquefois. Cette petite ampoule, étant sectionnée par le milieu montre, dans son intérieur, une petite cavité tapissée par un épithélium stratifié analogue à celui dont on constate la présence sur la paroi interne des kystes. Or, ayant constamment trouvé cette même disposition et cette même structure et d'autre part ayant examiné avec soin les planches qui accompagnent le travail de M. Magitot, j'ai vu que cet auteur avait figuré sur ces planches un petit organe appelé le *gubernaculum dentis*. Cet organe, qui peut être temporaire et disparaître quand la dent est complètement développée, mais qui peut aussi persister pendant toute la vie, est justement tapissé par un épithélium pavimenteux stratifié. Il en est de ce *gubernaculum* comme de tous les organes temporaires qui, vous le savez, disparaissent chez un certain nombre de sujets, mais qui peuvent aussi chez d'autres persister pendant toute l'existence; tels sont, entre autres, l'organe de Rosenmüller, le *vas aberrans*, etc., etc. C'est ainsi que, à un moment donné, ils sont susceptibles de rentrer en activité pathologique et de donner naissance à des tumeurs particulières. C'est ainsi que le *gubernaculum dentis* forme un petit sac qui, sous l'influence, par exemple, de la carie d'une dent, s'agrandira peu à peu et finira par former une cavité au milieu de laquelle proéminera l'extrémité de la racine dentaire. De là cette conséquence pratique que, pour guérir semblables tumeurs, il faudra arracher la dent ou la racine, cause première du mal, ouvrir ensuite largement la poche kystique et détruire par le grattage, par la rugination, la muqueuse et son épithélium pavimenteux qui tapissent les parois du kyste.

Le terme donc de kyste périostique n'est pas exact et doit être remplacé par celui de kyste développé aux dépens d'un organe embryonnaire, kyste accolé ou juxtaposé au maxillaire inférieur.

Je ne fais pas jouer un rôle pathologique seulement au *gubernaculum dentis*, mais la disposition rameuse de cet organe nous explique comment, au lieu d'une seule poche, nous pouvons en rencontrer quelquefois un nombre plus ou moins considérable. La structure nous explique aussi, comme l'a très bien dit M. Paul Reclus dans son livre intitulé : *Clinique et critique chirurgicales*, comment l'épithélium, qui tapisse la surface interne de ces kystes, venant à végéter de même qu'il végète dans les glandes sébacées, donne naissance à cette variété d'épithélioma du maxillaire supérieur, connu aujourd'hui sous le nom d'épithélioma cavitaire ou térébrant, si grave lorsque l'on n'intervient pas chirurgicalement de bonne heure.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 juillet 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Choléra. — M. MARTINEAU proteste contre l'idée, exprimée dans le rapport du Conseil sanitaire, de recevoir dans les hôpitaux tous les cholériques qui se présenteront. Il faudrait ne recevoir que les cas les plus graves qu'il serait impossible de faire transporter dans l'un des hôpitaux spéciaux.

On a prétendu que les malades soumis au traitement mercuriel avaient moins de dispositions à être atteints du choléra; or il résulte des recherches auxquelles s'est livré M. Martineau, qu'en 1849, les malades syphilitiques soumis à ce traitement, à l'hôpital de Lourcine, ont été les plus gravement atteints. Le même fait s'est reproduit en 1856, 1865, etc. Ainsi, en 1849, sur neuf cas intérieurs suivis de décès, huit étaient des syphilitiques. On a dit que le biiodure de mercure était le meilleur désinfectant ; ces faits prouvent qu'il est au moins sans action sur le choléra.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rapproche des faits signalés par M. Martineau les cas de fièvre typhoïde développés à l'hôpital du Midi ou à Lourcine et envoyés à l'hôpital Cochin; or il est depuis longtemps démontré que tout malade atteint de syphilis et en traitement par le mercure, qui contracte la fièvre typhoïde, est toujours très gravement atteint et souvent mortellement frappé par cette dernière maladie. Donc, au point de vue de la fièvre typhoïde, la syphilis et le traitement mercuriel, loin d'amener une atténuation de la maladie, sont au contraire une cause d'aggravation.

Il est vrai que le biiodure de mercure est le meilleur désinfectant d'après les recherches de M. Miquel, mais nous ne savons pas comment il agit sur un organisme en puissance d'une maladie microbienne quelconque.

Pour répondre à la protestation de M. Martineau relativement à la réception des cholériques dans les hôpitaux, M. Beaumetz fait observer qu'il est convenu qu'on n'y recevra que les cas d'urgence et que les malades atteints de choléra seront transportés directement, dans des voitures spéciales, de leur domicile à l'un des hôpitaux spécialement destinés à les recevoir.

M. BUCQUOY rappelle avoir, depuis longtemps, signalé la plus grande gravité des fièvres typhoïdes chez les malades syphilitiques.

M. DAMASCHINO, en 1866, alors qu'il était interne à l'hôpital Lariboisière, a vu deux malades syphilitiques atteintes du choléra. Toutes deux sont mortes.

M. FÉRÉOL rappelle qu'il a été constaté que les syphilitiques atteints de choléra le sont en général très gravement. Il en est bien un peu de même pour la fièvre typhoïde, cependant il y a lieu d'atténuer un peu l'assertion de M. Beaumetz; et M. Féréol cite plusieurs cas de guérison de fièvres typhoïdes graves chez des syphilitiques.

M. BUCQUOY signale l'influence réciproque de la fièvre typhoïde sur la syphilis et de la syphilis sur la fièvre typhoïde. Par exemple, tous les accidents syphilitiques disparaissent pendant le cours d'une fièvre typhoïde pour réapparaître ensuite et reprendre leur évolution normale.

Mort de M. Rathery. — M. DESNOS donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, sur la tombe de M. Rathery.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Un nouveau filtre. — M. VALLIN présente un nouveau filtre qui a été imaginé par M. Chamberland et qui est appelé à rendre de grands services.

Interposition des organes. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente un jeune homme qui offre une interversion complète des organes (cœur à droite, foie à gauche, etc.).

Diagnostic du cancer de l'estomac. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Distoma hœmatobium. — M. DAMASCHINO, au nom de M. Zaancrol (d'Alexandrie), communique un nouvel exemple de distoma hœmatobium.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 juillet 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Ostéites. — M. CHAUVEL lit un rapport sur un travail de M. Poulet relatif à l'histoire des ostéites diffuses. Partant de l'ostéite traumatique simple dont il est facile de reproduire expérimentalement les caractères sur les animaux, M. Poulet passe successivement en revue les ostéites spécifiques. Il insiste particulièrement, dans ce premier travail, sur les ostéites tuberculeuses et les ostéites syphilitiques. Il s'applique à démontrer qu'à des causes spécifiques correspondent des ostéites spéciales. Ce travail est accompagné d'un certain nombre de dessins destinés à faire ressortir les différences qui séparent les ostéites d'origine tuberculeuse de celles d'origine syphilitique.

Kyste paraovarique. — M. BOUILLY fait un rapport sur une observation de M. Jeannel (de Vendôme). Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans qui était atteinte d'un kyste uniloculaire : une première ponction donne issue à 1,500 grammes environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche, qui permet de diagnostiquer un kyste paraovarique. Cette ponction étant faite avec un trocart aspirateur, il y eut à un certain moment cessation de l'écoulement du liquide et phénomènes syncopaux assez graves.

Un mois après, le liquide ayant reparu, nouvelle ponction avec l'aspirateur donnant 2,100 grammes de liquide, lavage phéniqué, puis injection de 560 grammes d'une solution iodée contenant 280 grammes de teinture d'iode. Pendant cette injection, la malade ne peut plus respirer, présente une sueur froide, visqueuse, un pouls insensible et tous les phénomènes d'une syncope; deux nouvelles ponctions pratiquées dans le but de retirer la solution iodée demeurent sans résultat et l'on est obligé d'abandonner ce liquide dans la cavité kystique.

Il y eut des accidents d'iodisme très graves et il fallut recourir aux injections d'éther, au marteau de Mayor, à un lavement avec 20 grammes d'acétate d'ammoniaque, etc., pour faire revenir la malade.

M. Jeannel insiste sur la gravité de ces accidents peu connus qui peuvent se développer à la suite d'une injection iodée et il ajoute, avec raison, que mieux eût valu, pour cette malade, recourir à l'ovariotomie.

M. le rapporteur partage entièrement cette dernière opinion et il fait remarquer que cette observation prouve que, contrairement à l'opinion assez généralement admise, les kystes paraovariques ne guérissent pas toujours après une seule ponction.

M. TILLAUX ne comprend pas l'emploi de l'aspiration pour ces sortes de ponctions; l'aspirateur ne peut, en effet, que favoriser l'accolement de la paroi du kyste contre l'extrémité de la canule, conséquemment l'arrêt de l'écoulement et des accidents analogues à ceux qui ont eu lieu ici. Il ajoute que, dans ce cas, la quantité d'iode injectée (280 grammes) lui paraît énorme. La formule de Boinet était la suivante : 60 grammes de teinture d'iode pour 40 grammes d'eau. Il n'est donc pas étonnant qu'il y ait eu des accidents d'iodisme.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que cette observation est une nouvelle preuve que les kystes paraovariens ne guérissent pas toujours tout seuls. Voilà une malade qui n'est pas guérie et qui a subi des opérations presque plus graves que l'ovariotomie qui l'aurait au moins radicalement guérie. Les kystes paraovariens

réclament donc le plus souvent le même traitement que les kystes ovariques simples; si, après une première ponction, le liquide reparaît, il faut faire l'ovariotomie.

M. BOUILLY croit que, dans le cas dont il s'agit, il y a eu plutôt irritation par contact que véritable intoxication. Il ajoute que quand il s'agit d'un kyste paraovarique, il faut faire une ou même deux ponctions avant de pratiquer l'ovariotomie.

L'ovariotomie à Mâcon. — M. BOUILLY fait un rapport sur trois cas d'ovariotomies pratiquées à Mâcon par M. Leriche et toutes trois suivies de succès. Dans deux de ces cas, M. Leriche a cru devoir laisser le pédicule au dehors alors que, selon M. Bouilly, il eût été préférable de faire une ligature perdue, au catgut ou avec la soie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE préfère le catgut avec lequel on peut faire une ligature très serrée.

M. TILLAUX, depuis qu'il a perdu une malade d'hémorragie au quatrième jour parce que la ligature au catgut n'avait pas bien tenu, a complètement abandonné celui-ci pour la soie.

Polype naso-pharyngien. — M. VERNEUIL a présenté au mois de mars dernier un jeune homme de vingt ans atteint d'une énorme tumeur de la face qui n'était autre qu'un polype naso-pharyngien récidivé, un an après l'ablation d'un maxillaire supérieur pratiquée à Vierzon. Cette tumeur était extraordinairement vasculaire, réductible et avec souffle. M. Verneuil essaya d'abord des injections irritantes interstitielles. Une série d'injections avec la liqueur de Piazza resta sans résultat. Il se décida alors à pratiquer la ligature de la carotide primitive: douleur, gonflement, inflammation cessèrent à la suite de cette ligature qui fut faite sans la moindre difficulté. Mais il se fit un petit abcès qui s'ouvrit et fut drainé par M. Kirmisson remplaçant alors M. Verneuil. La ligature tomba au quinzième jour. Environ six semaines après cette ligature apparut, à la suite d'un refroidissement, un érysipèle dont le malade guérit assez promptement. Un essai de compression fut mal supporté et amena une seconde poussée d'érysipèle. Pendant ce temps, la plaie du cou ne se cicatrisait pas, un flocon de tissu sphacélé sortit par la plaie; cinq ou six jours après sortit un flocon cylindrique de 0m,012 de diamètre qui représentait un tube artériel nettement sectionné à la partie supérieure. Un mois et demi après la ligature, première hémorragie foudroyante, suivie à deux ou trois jours d'intervalle de deux autres hémorragies qui entraînèrent la mort.

A l'autopsie, on trouva une perforation de la fosse sphénoïdale et une issue d'une volumineuse partie de la tumeur, à travers la base du crâne, dans le cerveau, et cependant le malade n'avait jamais présenté le moindre symptôme cérébral. On put constater que l'obstruction du bout périphérique de l'artère carotide était parfaite, mais il fut impossible de retrouver le bout cardiaque dont il ne restait plus qu'une petite partie au niveau même de la crosse de l'aorte. Le foie était très volumineux, les autres viscères étaient sains; il n'y avait pas d'abcès métastatiques.

M. TRÉLAT partage cette opinion, défendue par Legouest, Gosselin, Alph. Guérin, etc., que les opérations palliatives peuvent conduire les malades atteints de polypes naso-pharyngiens à une parfaite guérison, ces tumeurs finissant dans un grand nombre de cas par disparaître d'elles-mêmes avec l'âge.

Que s'est-il passé dans le fait de M. Verneuil? La coupe nette de la partie supérieure de la portion sphacélée qu'a représentée M. Verneuil indique que c'est le fil qui a fait cette section. Il n'y a pas eu de travail réparateur quant au bout inférieur. Cette absence de travail réparateur dans le bout inférieur est bien certainement la cause de tous les accidents qui ont été constatés.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE rappelle que Lister a émis ce principe qu'il ne fallait pas faire de ligatures d'artères avec la soie, mais bien avec un fil résorbable. Le fait de M. Verneuil vient à l'appui de cette opinion. Seul, en effet, un fil résorbable assure une plaie antiseptique.

M. POLAILLON cite un cas dans lequel il a fait la ligature de la carotide externe avec le catgut; la plaie fut fermée; il y eut deux hémorragies foudroyantes dont la dernière entraîna la mort. A l'autopsie on trouva une section complète de l'artère. L'hémorragie s'était faite par le bout périphérique. Il n'y a donc pas de sécurité absolue.

M. SÉE n'interprète pas comme M. Trélat les accidents qui ont causé la mort du malade de M. Verneuil. Il pense que l'hémorragie s'est faite, non pas au niveau de la section, mais au-dessous de l'élimination du fragment artériel. Il s'agirait donc d'un sphacèle produit à la suite de l'érysipèle, sphacèle dû à un microbe mortificateur.

M. TRÉLAT fait observer que le bout sphacélé, s'il y avait eu réparation, se serait terminé par une extrémité conique plus ou moins remplie de caillots.

M. VERNEUIL trouve l'interprétation de M. Sée plus acceptable; le travail d'hémostase s'est détruit dans le bout inférieur comme dans tous les cas d'hémorragie secondaire tardive. Le plissement du bout artériel n'est pas nécessaire, il suffit d'un caillot adhérent. Il y a au moins deux formes d'hémostase artérielle, une thrombose artérielle adhérente avec conservation absolue du calibre artériel ou le plissement de l'artère.

M. Verneuil ajoute que les ligatures avec la soie phéniquée donnent d'aussi bons résultats que le catgut. Celui-ci est même abandonné par un grand nombre de chirurgiens anglais; le catgut est infidèle. Une plaie qui ne suppure pas ne s'enflamme pas; voilà les conditions des hémorragies secondaires; le fil n'y fait rien.

Ablation du maxillaire. — M. TILLAUX présente un malade auquel il a enlevé le maxillaire supérieur droit pour une tumeur osseuse du volume d'un petit œuf d'autruche. Le malade a guéri et la perte de substance a été réparée à l'aide d'un appareil très bien fait par M. Beauregard.

La séance est levée.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er avril au 30 juin 1884.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	10	22	1	33
2e	16	14	5	35
3e	25	40	8	73
4e	15	39	9	63
5e	17	44	2	63
6e	13	26	7	46
7e	16	23	4	43
8e	1	9	1	11
9e	17	26	2	45
10e	32	39	12	83
11e	73	99	47	219
12e	24	34	10	68
13e	30	52	27	109
14e	35	60	16	111
15e	34	51	16	101
16e	10	14	4	28
17e	38	62	15	115
18e	44	82	25	151
19e	47	63	14	124
20e	58	108	43	209
	555	907	268	1,730

Les hommes entrent dans la proportion de 32 p. 100;
Les femmes — — 53 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 15 —

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites.	101	Accouchement, délivrance.	207
Croup	44		
Coqueluche	11	E. — Affections cérébrales.	81
Corps étrangers de l'œsophage	1	Convulsions, éclampsie.	71
Otite	1	Névralgie	49
		Névroses	81
		Épilepsie	14
B. — Asthme	33	Aliénation mentale	8
Affections du cœur	48	Alcoolisme, delirium tremens	29
Bronchites aiguës et chroniques	71		
Pleuro-pneumonie	68	F. — Rhumatisme	22
Congestion pulmonaire.	24	Affections éruptives.	57
		Fièvre intermittente.	4
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux.	121	Fièvre typhoïde.	44
Cholérine	8	Hémorragies de causes internes et externes.	76
Choléra nostras	1	Sclérème	1
Dysenterie	2		
Athrepsie	7	G. — Plaies, contusions.	94
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	44	Fractures, luxations, entorses.	34
Hernie étranglée	11	Brûlures	3
Rétention d'urine.	14	Empoisonnements.	12
Orchite	1	Asphyxie par le charbon.	8
		Suicide	1
D. — Métrite, métro-péritonite	44	H. — Mort à l'arrivée du médecin.	64
Métrorragie	48		
Fausse couche	66	Total.	1,730

La moyenne des visites par nuit est de 19 1/10. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 17 55/100.

Visites du deuxième trimestre de 1883.	1,598
Visites du deuxième trimestre de 1884.	1,730
Différence en plus	132

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — La situation s'est améliorée d'une façon notable à Toulon. A Marseille elle reste à peu près stationnaire.

Voici les derniers chiffres connus :

Toulon, du 26 au 27 juillet soir, 17 décès. — La situation à six heures du soir était : hôpital Bon-Rencontre, 2 entrées, 1 décès, 27 malades en traitement; hôpital Saint-Mandrier, 8 entrées, 8 sorties, 113 malades en traitement, 0 décès.

Marseille. — Du 25 au 26 juillet, 58 décès cholériques; du 26 au 27, à six heures du soir, 35 décès. A l'hôpital du Pharo, 8 entrées, 11 décès, 5 sorties, 79 malades en traitement.

Arles. — 26 juillet, 15 décès; le 27 à six heures du soir, 12 décès (6 en ville, 5 à l'hôpital, 1 à la campagne).

Aix. — Le 27 juillet, à six heures du soir, on comptait 6 décès cholériques. Il existait encore 10 cas.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16560

25

Luchon (Pyrénées)

Saison du 1er Juin au 1er Octobre

La plus riche, la plus complète des stations minérales sulfurées sodiques (24 sources). — Le plus beau climat de toutes les stations similaires des Pyrénées (**à recommander dans les affections des voies respiratoires**).

Mauvais états généraux (constitutionnels ou acquis), — **arthritisme** (manifestations rhumatismales, cutanées, etc.), — **scrofule**, — **lymphatisme**, — **syphilis**, — **affections chirurgicales** (os, articulations), — **atrophie** et **paralysie** musculaires, — **affections utérines**.

Bains. — Grandes et petites douches. — Douches pulvérisées. — Humages. — Etuves. — Salles d'inhalations et de gargarismes.— Buvettes des différentes sources (**SOURCES DU PRÉ**).

38

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre: *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

100

VIANDE, FER ET QUINA.

Vin ferrugineux Aroud

AU QUINA

et aux principes nutritifs solubles de la VIANDE.

Ce MÉDICAMENT-ALIMENT, à la portée des organes affaiblis, est digéré et assimilé par les malades qui rejettent les préparations ferrugineuses les plus estimées. Très-agréable à la vue et au palais, il enrichit le sang de tous les matériaux de réparations. — Prix : 5 francs.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

12

Granules ferro-sulfureux

J. THOMAS.

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie

19

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

97

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Peptone phosphatée Bayard

VIN : moitié de son poids de viande et 0gr,20 *de chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

17

Vin de Baudon antimonio-phosphaté.

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

9

L'eau minérale de la

Source du Pavillon

AUTORISÉE PAR L'ÉTAT

est la seule à **Contrexéville** *qui soit décrétée d'intérêt public.*

Bains et douches de toute espèce contre la *goutte*, la *gravelle*, les *coliques néphrétiques et hépatiques*, le *catarrhe vésical* et *toutes les maladies des voies urinaires.*

Saison du 20 mai au 15 septembre.

Hydrothérapie. — Théâtre et concerts au Casino. — Musique dans le parc matin et soir. — Salons de jeux, de conversation, etc.

Dépôt central des eaux à Paris, 31, boulevard des Italiens, où sont donnés gratuitement tous les renseignements.

177

Vichy, Pastilles digestives

Fabriquées à Vichy, avec les Sels extraits des Eaux. Elles sont d'un goût agréable et sont prescrites contre les aigreurs et les digestions dfificiles.

Boîtes de 1, 2 et 5 fr.

SELS DE VICHY POUR BAINS

Le rouleau pour un bain, 1 fr. 25.

SUCRE D'ORGE DE VICHY

Excellent Bonbon digestif. Boîtes de 1, 2 et 3 f.

Exiger sur les produits ci-dessus les marques de la Compagnie.

A Paris, 22, boulevard Montmartre; 28, rue des Francs-Bourgeois, et 187, rue Saint-Honoré, où se trouvent à prix réduits toutes les eaux minérales naturelles sans exception.

66

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

65

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

50

AFFECTIONS DES BRONCHES ET DE LA GORGE

Une petite mesure (12 centigr.) de

Sulfureux Pouillet

dans un verre d'eau donne de suite une Eau sulfureuse incolore et d'une conservation parfaite.

Marcellin Pouillet

Fl. pr 10 litres d'eau. 2f,50
Fl. pour un bain.. 1 fr.

Donc, **économie** et **préparation** toujours **identique.**

Approuvé par l'Académie de médecine.

CLERMONT, 112, rue du Bac, Paris.

21

Un Nouvel Hémostatique

Le Dr CHOMEL recommandait le suc d'ortie comme le meilleur remède c. ttes hémorrhagies.

LE SIROP HÉMOSTATIQUE DE PENEAU au suc d'ortie, expérimenté dans les hôpitaux, guérit ttes hémorrhagies et constitue un spécifique contre métrorrhagies et leucorrhées. Dose : 1 cuillerée ttes les heures jusqu'à modération du flux sanguin; comme préventif 2 à 3 cuillerées par jour. — Paris, Phie LEBRUN, fg Montmartre, 50; FIÉVET, r. Réaumur, 53. Fabrn et gros, phie PENEAU, Bourges (Cher).

46

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

78

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par MARIO LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux.**

contient exactement 40 centigrammes d'Iodure de potassium par cuillerée à bouche.

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies

2

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Brombydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : Ch. Le Perdriel

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

6

Epilepsie, traitement efficace

par l'**ELIXIR** et les **GRANULES** à base de **PICROTOXINE** du docteur **PENILLEAU.**

Phie LEPINTE, 72, rue Saint-Dominique, Paris.

N° 88. — JEUDI 31 JUILLET 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 31 JUILLET 1884. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. La syphilis du cerveau. Accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — INSTRUMENTS ET APPAREILS. — Thèses. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. Proust et Besnier sont venus successivement répondre à M. Jules Guérin. Ils ont défendu relativement au choléra épidémique la doctrine aujourd'hui classique de l'importation. Cette doctrine, nous la croyons vraie. Nous en avons acquis la conviction profonde lors de notre mission en Egypte, et cela pour des raisons de fait, que nous avons développées déjà trop longuement les années précédentes dans la *Gazette des hôpitaux* pour les y reprendre cette année avec détail, mais que nous aimons toujours à entendre exposer par la bouche éloquente des membres de l'Académie.

Nous ne reviendrons pas aujourd'hui sur le fond même de ces discours, dont on trouvera l'analyse au compte rendu de la séance.

Mais dans celui de M. Proust, il y a des citations étendues de trois lettres, reçues de médecins de Toulon et de Marseille, MM. les docteurs Cunéo, Trastour et Combalat, et qui viennent confirmer sur tous les points les renseignements fournis par nos savants correspondants des mêmes villes, et que nous avons déjà publiés.

En ce qui touche Toulon, par exemple, M. Cunéo comme M. Sédan insiste sur les différences qu'a présentées la marche individuelle du choléra selon les époques. Au début de l'épidémie, la forme en était surtout diarrhéique ; c'est-à-dire qu'il y avait toujours ou presque toujours une diarrhée prémonitoire plus ou moins longue. « Dans les premiers jours, dit M. Cunéo, la diarrhée prémonitoire était constante. » La mort se faisait attendre dans la plupart des cas. C'est ainsi qu'elle tarda huit jours, après tous les signes du choléra confirmé chez le premier matelot du *Montebello*. M. le docteur Cunéo en parle en ces termes :

« Le premier cas de choléra s'est montré le 13 juin, comme un coup de tonnerre dans un ciel serein. Le malade fut apporté à l'hôpital à trois heures et demie ; sa physionomie me frappa tellement que je revins cinq fois dans la soirée et qu'à dix heures du soir je lui fis une dernière visite au moment où l'hôpital fermait ses portes. Je le recommandai de la manière la plus vive au médecin résidant. Le lendemain la réaction se faisait, mais hésitante, et finissait par devenir typhoïde. Cet homme, entré le vendredi 13, n'est mort que le vendredi suivant, c'est-à-dire après huit jours. »

Il y eut pourtant, exceptionnellement, des cas qui devinrent foudroyants à partir de l'apparition des symptômes du choléra proprement dit, c'est-à-dire en ne tenant pas compte de cette diarrhée prémonitoire. C'est ainsi que mourut un des matelots du *Montebello*.

« Le second, dit M. Cunéo, fut un cas foudroyant provenant encore du *Montebello*. C'est un malade qui, apporté à l'hôpital à dix heures, mourut vingt minutes après. »

De même que M. Sédan, M. Cunéo parle de cas de choléra provoqués par des purgatifs.

« Le même jour, continue-t-il, entrait à l'hôpital un commandant d'infanterie de marine avec diarrhée, vomissements, état algide, après avoir pris 15 grammes d'eau-de-vie allemande, dose qu'il prenait habituellement sans inconvénient. »

De même, il note le changement de forme et de marche, la rareté de plus en plus grande de la diarrhée prémonitoire, la soudaineté, la rapidité, la léthalité croissante des atteintes. « Les cas sont en ce moment essentiellement foudroyants et ont, neuf fois sur dix, une terminaison fatale. C'est ainsi que les choses se sont passées dans ces derniers jours. »

Il y a donc eu, d'après ces témoignages parfaitement concordants, deux périodes tout à fait distinctes dans le choléra de Toulon : dans la première, le développement du choléra était relativement très lent; dans la seconde, il était très rapide.

A Marseille, au contraire, l'ordre de ces périodes est renversé. Ce sont des cas foudroyants qui se produisent d'abord. MM. les docteurs Métaxas, Charles, avaient nettement indiqué ce fait. M. le docteur Trastour le confirme en ces termes :

« Les premiers individus atteints de choléra et qui ont été amenés à l'hôpital du Pharo n'avaient pas eu de diarrhée prémonitoire. Ils avaient été pris en parfaite santé, et l'évolution de la maladie, au moins pour le plus grand nombre, avait été rapide. Il en a été ainsi pendant les trois premiers jours de l'épidémie ; mais depuis cette époque j'ai pu constater chez la moitié à peu près des malades entrés au Pharo l'existence d'une diarrhée durant déjà depuis plusieurs jours avant l'invasion des vrais symptômes cholériques.

Dans ma clientèle de la ville, j'ai eu quatre cas depuis le début de l'épidémie. Trois n'avaient pas eu de diarrhée prémonitoire, et l'invasion avait été absolument brusque. Le quatrième avait la diarrhée depuis huit jours. »

Il est vrai que le choléra, lorsqu'il apparut à Toulon, fut considéré tout d'abord comme une maladie saisonnière, infiniment moins effrayante que le choléra asiatique, aux yeux de ceux-là même qui s'en trouvaient atteints.

Puis le grand mot fut prononcé; et alors débuta pour Toulon cette période de terreur inimaginable, sans précédent, sur laquelle tous les témoignages sont d'accord, et qui tardive dans cette ville, fut à son summum à Marseille dès le début de l'épidémie, pour décroître plutôt ensuite.

Ne pourrait-on pas se demander si la suggestion de la peur n'est entrée pour rien dans ce changement de forme et de marche? si elle n'est pas venue accroître la gravité du mal et sa rapidité chez ceux qu'il atteignait?

Cette suggestion de la peur a suffi pour produire la mort dans bien des cas déjà cités. Et d'une manière générale, les effets de la suggestion méritent une sérieuse étude.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La syphilis du cerveau (1).

ACCIDENTS NERVEUX MULTIPLES. — TROUBLES INTELLECTUELS.

VI

OBS. XII. — Un lithographe de trente-deux ans, dont le père ivrogne est mort aliéné, a eu des convulsions en bas âge et porte les stigmates d'une très ancienne scrofule. A la fin de 1855, chancre et blennorrhagie mal traités. Au commencement de 1856, modification du caractère, mobilité dans les idées, vive irritabilité. Peu à peu des hallucinations surviennent, le délire éclate. On le renferme en avril. Traitement mercuriel : dix mois de calme et de lucidité. Les accès se rapprochent, et, malgré un traitement persévérant, l'état physique et mental ne cesse de s'aggraver. Chaque accès est annoncé par le grossissement d'une des bosses frontales, le gonflement des os propres du nez, un écoulement purulent d'une des dents de l'arcade supérieure, sans compter l'engorgement de plusieurs glandes du cou (2).

OBS. XIII. — Un veuf de Rovigno, âgé de quarante-six ans, dirigeait son commerce avec prudence et économisait pour élever ses cinq fils, — après avoir souffert et lutté dans le besoin, — lorsqu'en avril 1863, on crut remarquer chez lui une espérance, des projets, de l'ambition exagérés. Il se plaignit d'affaiblissement de la vue, du goût et de l'odorat : changement des habitudes, des mœurs, des manières. Peu de jours après, une saignée était nécessaire pour combattre un mal de tête et des étourdissements, suivis de collapsus, de tremblement de la langue, d'incertitude de la marche, d'inégalité pupillaire.

Le malade, interrogé, déclara ne pas souffrir et n'avoir jamais éprouvé d'autre maladie que des ulcères syphilitiques avec bubons suppurés, qui avaient guéri sans traitement au bout de six mois, il y avait environ quinze ans.

La salsepareille et l'idriodate de potasse furent prescrits en vain : la céphalalgie s'accrut, la paralysie progressa, le délire orgueilleux s'étendit, et le malade fut placé dans un manicôme où il mourut.

Autopsie : — Éburnation du crâne, exostoses fronto-pariétales entourées d'une sorte de carie, osselets séparés entre eux par de petites concavités à la table interne du crâne — et des dépôts poreux calcaires amassés le long de la suture sagittale des pariétaux.

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 juillet 1884.

(2) Berthier, *les Névroses diathésiques*, p. 26.

Épaississement de la dure-mère, injection de la pie-mère, atrophie de la substance corticale (1).

J'appelle enfin toute votre attention sur l'intéressant fait qui suit :

OBS. XIV. — B..., âgé de trente-six ans, ne présente aucune prédisposition héréditaire. Il est intelligent, d'une volonté assez énergique, il se fait surtout remarquer par la prédominance du sentiment de la personnalité. Il a été incertain sur le choix d'une position, et, après diverses hésitations, il s'est fait fabricant, s'est tiré heureusement de la crise commerciale de 1848 et s'est retiré en 1850, pour vivre de ses rentes. Dès 1846, il commença à publier quelques brochures, où, au milieu de pensées mystiques empruntées à l'Apocalypse, il se livrait à des considérations sur la quadrature du cercle et le mouvement perpétuel, sur l'organisation sociale, sur l'économie politique, etc. Il avait contracté la syphilis à une époque qu'il ne pouvait pas préciser; il avait été incomplètement traité. Vers la fin de 1849, il se déclara un exanthème syphilitique secondaire et un engorgement des testicules. Ces symptômes s'amendèrent par le traitement, mais ils furent remplacés, un an plus tard, par l'inflammation de la tunique de Schneider, du périoste des os du nez et par la carie de l'arcade alvéolaire supérieure. Un traitement par le mercure ioduré, associé à l'usage de la salsepareille, amena un temps d'arrêt dans la marche du mal, et en 1853, il fut envoyé à M. Ricord, qui lui enleva une esquille de la partie cariée, et continua l'administration de l'iodure de potassium. Il paraissait guéri lors de son retour dans son pays. Pendant son séjour à Paris, ses excentricités d'auteur n'avaient pas cessé; il s'attendait toujours à ce que ses brochures produiraient un effet étonnant et amèneraient la réformation du monde. En février 1854 il se rendit de nouveau à Paris où il manifesta une certaine exaltation, et enfin à Londres où on ne put plus conserver aucun doute sur le complet développement de l'aliénation mentale. Ses illusions se multiplièrent et il finit par prendre les personnes qui l'entouraient pour Palmerston, Macaulay, etc. Il fut conduit à Hornheim le 25 avril 1854. On ne découvrit alors aucune trace d'affection somatique, la syphilis paraissait entièrement éteinte, mais le délire était au comble : incohérence des idées, prédominance du sentiment de la personnalité, illusions multipliées, idées de persécution, erreur de perception et de jugement au sujet de son séjour dans l'asile. Ses ennemis, disait-il, voulaient entraver sa mission, mettre obstacle à son mariage et empêcher la naissance du fils qui devait sauver l'humanité. Dès le début, on avait remarqué un peu de strabisme divergent de l'œil gauche; les pupilles se dilatèrent, et ces diverses modifications jointes à d'autres symptômes, dénotèrent les progrès d'un état pathologique d'origine syphilitique. Aux premiers signes de paralysie générale, on employa le tartre stibié et les affusions indiquées par la chaleur et la pression dont le malade se plaignait à la tête. On y joignit plus tard l'iodure de potassium. Malgré cela, le mal continua à faire des progrès, et l'exaltation mentionnée plus haut fut remplacée par une hypocondrie qu'avaient fait craindre, au début, les premières idées de persécution. On se borna pour le moment à un traitement palliatif. En 1855, les progrès du mal furent plus rapides encore. En février, on observa de la surdité, des vertiges, un embarras gastrique, de la constipation, qui ne cédèrent à aucun moyen. La paralysie était de plus en plus généralisée, et le malade finit par succomber le 7 mars. Parmi les altérations démontrées par l'autopsie, les auteurs signalent surtout l'atrophie du nerf oculo-moteur, le ramollissement résultant de l'obturation de l'artère profonde du cerveau. Enfin, ils sont amenés à se demander si, en présence du nombre toujours croissant des paralytiques, on ne doit pas rattacher cette affection à l'infection syphilitique? Quelques observations ne suffisent pas pour résoudre une ques-

(1) Francesco Dreer, *Arch. italiano per le malatie nervose*, septembre 1869, p. 221.

tion aussi importante. Il est toutefois certain qu'elle mérite un sérieux examen (1).

Voici un autre cas particulièrement instructif, qui a été observé par M. Luton :

Obs. XV. — Un homme de trente ans, jardinier, syphilitique depuis trois ans, a de la douleur mastoïdienne, des éblouissements et des vertiges, puis de la diplopie. Après un violent mal de tête, vomissements. — M. Luton, croyant à une congestion cérébrale, saigne le malade. Bientôt strabisme interne à droite. Puis insensibilité subite à la douleur, et délire. Le malade ne se croit plus malade, il veut à toute force s'habiller et aller à son travail. Accès de fureur. Le patient veut tuer ceux qui lui résistent. M. Luton songe alors à la syphilis comme cause possible de tous ces accidents, il institue un traitement spécifique et guérit son malade.

Vous trouverez dans les auteurs plusieurs faits analogues au précédent et non moins intéressants.

Je passe intentionnellement sous silence un certain nombre de cas observés par moi, à Bicêtre. A mérite égal, je prétends qu'il faut toujours donner l'hospitalité aux faits constatés par autrui. Le moi n'est-il pas haïssable ?

Les accidents que je viens de vous signaler n'affectent pas toujours la même *marche*. Quelquefois ils apparaissent brusquement comme le délire aigu des fièvres ou de la méningite. C'est ce qui a eu lieu, par exemple, dans le cas suivant publié par M. Zambaco :

Obs. XVI. — Le malade dont il s'agit, atteint d'une syphilis bien caractérisée, avait été amélioré sous l'influence d'une thérapeutique appropriée. Il cessa son traitement trop tôt et fut pris d'une véritable manie furieuse qui dura quatre jours. A partir de cette époque, dépression intellectuelle considérable et retours intermittents d'accès maniaques précédés d'hallucinations de la vue. Le malade crie, vocifère, veut se déshabiller et déploie une telle force musculaire que quatre hommes sont nécessaires pour le maintenir. Il prend le garçon de salle pour le bourreau qui veut lui couper la tête. Après un accès il redevient plus calme, mais reste hébété et stupide.

Plus souvent la manie syphilitique a une évolution plus lente : elle ressemble alors à la manie chronique. Presque toujours elle se complique, à un moment donné, précoce ou tardif, d'autres manifestations de syphilis cérébrale (accès épileptiformes, hémiplégie, paralysies oculaires, etc.), qui en démontrent la nature.

Très exceptionnellement, la folie syphilitique est susceptible de revêtir la forme *monomaniaque*. On a alors tantôt affaire au délire hallucinatoire, tantôt à la mélancolie aiguë, au délire des persécutions ou au délire impulsif. Ce dernier délire apparaît surtout à la suite des accès épileptiformes. Tous ces accidents constituent d'habitude le prélude d'un délire général à forme dépressive ou à forme d'excitation maniaque.

Vous voyez donc que la syphilis du cerveau peut déterminer l'apparition des troubles intellectuels les plus variés, que ces troubles souvent secondaires, consécutifs ou concomitants aux manifestations somatiques de la syphilis cérébrale, sont dans certains cas cliniquement primitifs. C'est là, au point de vue pratique, ce qu'il est intéressant de retenir, quelle que soit d'ailleurs l'interprétation de ces accidents que l'on adopte. Que les lésions de la vérole suffisent à déterminer la folie, qu'elles servent simplement à mettre en jeu une prédisposition héréditaire ou acquise, cela peut être intéressant au point de vue de la nosologie, mais n'a que peu d'importance en pratique. En présence d'un cas de manie ou même de monomanie, recherchez soigneusement les antécédents syphilitiques des malades, avec le même soin qu'on met à rechercher leurs antécédents alcooliques ou saturnins. Si vos malades ont eu la vérole, tant mieux : vous avez quelque chance de pouvoir les améliorer ou les guérir.

(1) *Ann. médic. psycholog.*, 1859, p. 112.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 juillet 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de remercîments de MM. les docteurs Perier et Delore, nommés récemment correspondants nationaux.

2° Un pli cacheté présenté par M. le docteur Brondel. (Accepté.)

3° Un rapport sur le début du choléra à Marseille, par M. le docteur Queirel, président de la Société de médecine.

4° Un rapport sur les débuts du choléra à Arles, par MM. les docteurs Queriel et Villard.

5° Un mémoire de M. le docteur Apostoli *sur un nouveau traitement électrique* des fibromes utérins.

6° Une note de M. le docteur de Cyon *sur les injections intraveineuses d'eau oxygénée pendant la période algide du choléra.*

7° Une série de mémoires et lettres relatifs au choléra, à son traitement, à sa prophylaxie.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Hystéromètre à galvanocaustique intra-utérine. (Voir plus loin).

Masque antiseptique. (Voir plus loin.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un correspondant étranger (deuxième division).

La commission présente en première ligne M. Mac Leod (de Glascow) ; en deuxième, M. Deroubaix (de Bruxelles) ; en troisième, Krassowski (de Saint-Pétersbourg).

Le nombre des votants étant de 54, la majorité est 28.

M. Mac Leod obtient 44 suffrages ;

M. Deroubaix, 10.

En conséquence, M. Mac Leod est proclamé correspondant étranger.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. Proust est heureux, en répondant à M. Jules Guérin, de constater leur accord sur certains points. Il accepte en effet que, pendant une épidémie, certains cas de choléra soient précédés d'une diarrhée qui a reçu le nom de prémonitoire ou de prodromique, et que cette observation peut être le point de départ de certaines mesures de prophylaxie que M. Jules Guérin a été le premier à signaler sous le nom de système d'avertissement ou visite préventive.

Malheureusement, les dissidences sont beaucoup plus nombreuses.

En ce qui touche l'histoire des épidémies de Toulon et de Marseille, M. Proust rappelle les détails donnés précédemment par M. Brouardel sur les cas qui se sont produits à la « division » à partir du 13 juin, c'est-à-dire sept jours avant ceux que M. Jules Guérin signale comme les premiers. Il met en doute la réalité du choléra chez une femme morte le 5 mai. Sur ce point il conclut ainsi : la maladie à Toulon n'a pas débuté dans la ville, elle s'est montrée d'abord à la « division », sur les différents bateaux de cette « division » ; ce n'est que plus tard qu'elle a envahi la ville et qu'elle a affecté la marche progressive envahissante qu'on a vue depuis.

M. Proust ne croit pas que le choléra ait été apporté de Cochinchine par la *Sarthe;* cependant il fait remarquer que le 7 juin neuf matelots provenant de Suez, Port-Saïd, etc., avaient été rapatriés par ce navire et furent de là dirigés sur la « division ».

M. Proust indique pourquoi M. Brouardel et lui ont hésité longtemps à prononcer le mot *choléra* asiatique. M. Colin le leur a reproché, en indiquant certains caractères qui, suivant lui, auraient pu permettre le diagnostic différentiel entre le choléra nostras et le choléra importé. Mais ces signes n'ont rien de certain, et sur le plus grand nombre des malades observés à Toulon, on constata que les selles, au lieu d'être riziformes, comme le voudrait M. Colin, étaient bilieuses, ainsi qu'elles le sont dans le *choléra nostras*.

M. Proust rappelle ensuite, d'après les renseignements fournis par M. le docteur Trastour, les débuts de l'épidémie à Marseille : le lycéen venu de Toulon et mort le 27 juin, les quatre malades atteints dans le voisinage, dans les trois jours suivants, etc., le tout formant un premier foyer ; tandis qu'à peu près en même temps un second foyer se développait à 1,000 mètres environ de ce premier, autour du lieu où se tenait une foire, fréquentée par des Toulonnais. Après cela, la maladie se dissémina un peu partout. Mais ces deux premiers foyers se rattachent facilement à l'épidémie de Toulon.

La théorie de M. Jules Guérin sur les trois actes successifs d'une épidémie cholérique : (1° diarrhées ; 2° cas discrets de choléra sporadique; 3° choléra épidémique complet) semble à M. Proust avoir toujours été démentie par les faits.

M. Jules Guérin s'est trompé en 1868, quand il annonça la venue du choléra d'après la fréquence des diarrhées saisonnières.

En 1865, les conditions sanitaires étaient exceptionnellement favorables, les troubles intestinaux fort rares : et cependant le choléra parut.

Enfin, en 1832, le choléra se montra à Paris au mois de mars; on ne pouvait pas alors mettre en cause les grandes chaleurs et les troubles intestinaux qui les accompagnent.

Dernièrement à Toulon et à Marseille il n'y avait pas eu un nombre exceptionnel de troubles intestinaux, au contraire : M. Proust s'en est informé auprès de M. Cunéo, qui lui a répondu : « Lorsque le choléra s'est montré à Toulon, il n'y avait point de constitution saisonnière caractérisée par des affections intestinales. Pas plus en ville qu'à l'hôpital, nous n'avons eu à traiter de diarrhées. J'ajoute que les conditions qui puissent à Toulon donner ces affections manquaient complètement. La température était fraîche, les fruits peu abondants, de bonne qualité et assez chers pour ne pas être accessibles aux bourses des pauvres gens. »

De son côté, M. le docteur Trastour écrit de Marseille : « Non, il n'existait pas à Marseille, avant le début de l'épidémie cholérique, de constitution médicale diarrhéique. Grâce à un mois de juin dont la température avait été assez fraîche, sauf pendant les derniers jours, l'état sanitaire avait été, durant ce mois, aussi satisfaisant que possible. »

Ces renseignements sont confirmés par M. le docteur Combalat, qui écrit de son côté : « Je vous dirai tout d'abord que depuis longtemps l'état sanitaire de Marseille était très satisfaisant, que la mortalité était bien au-dessous de ce qu'elle était l'année précédente à pareille époque; que les maladies saisonnières, telles qu'embarras gastrique, diarrhée, fièvre typhoïde, entérite, dysenterie, choléra infantile, existaient en petit nombre. »

Ainsi donc, pas plus cette fois, pour les épidémies de Toulon et de Marseille, que dans les précédentes, la théorie de M. Guérin ne se trouve appuyée par les faits : et on peut conclure, en disant que jamais jusqu'ici une constitution saisonnière n'a été en France le point de départ du choléra épidémique ou asiatique, et que jamais le choléra ne s'y est montré sans y avoir été importé.

M. Guérin n'admet aucune différence entre le choléra nostras et le choléra asiatique. Suivant l'orateur, au contraire, ce sont deux maladies essentiellement différentes, l'une connue de toute antiquité, l'autre d'origine exotique, ne se montrant en Europe que par importation.

Le choléra épidémique a suivi la même marche par trois fois à plusieurs années d'intervalle. Des bords du Gange, il envahit la Perse, le Ghiban, gagne Recht, suit le littoral de la mer Caspienne et atteint enfin Astrakan. Telle est son histoire de 1819 à 1822, puis en 1830, puis en 1846.

Est-ce que cette progression par étapes successives, commune aux trois épidémies qui ont suivi la route de terre, offre la moindre ressemblance avec l'apparition des cas de choléra nostras? La progression de l'épidémie de 1865 à partir de la Mecque est encore plus saisissante : de la Mecque à Alexandrie et d'Alexandrie à tous les ports en rapport avec cette ville.

Dans le choléra asiatique, l'accroissement, puis la décroissance de l'épidémie se traduisent par une courbe régulière. Dans le choléra nostras, au contraire, le nombre et la gravité des cas varient suivant la température, etc.

Le diagnostic peut également s'établir si l'on étudie les diverses périodes des deux maladies.

La période d'algidité est celle qui donne le moins d'indications. L'algidité cyanique du choléra constitue, en effet, un syndrome, qui apparaît dans une foule d'états morbides essentiellement différents : dans les diarrhées catarrhales aiguës, dans les diarrhées saisonnières, dans les diarrhées chroniques, dans les superpurgations avec le tartre stibié, — d'où le nom de choléra stibié, — dans les empoisonnements avec l'arsenic, l'acide oxalique, le sublimé, etc.

Mais les deux autres périodes présentent plus de divergences.

Dans le choléra nostras, la période prodromique existe toujours ou presque toujours.

Dans le choléra asiatique, la diarrhée prémonitoire se présente souvent, mais non toujours. Il existe des cas foudroyants, il y en eut même à Toulon. A ce sujet, M. Cunéo écrit « la diarrhée prémonitoire était constante; mais aujourd'hui les choses sont bien changées : ce qui était la règle est devenu l'exception ; la diarrhée prémonitoire est très rare; chez des personnes qui n'étaient pas allées à la selle depuis plusieurs jours, la maladie a brusquement commencé par une débâcle, avec évacuation de matières solides, puis immédiatement une énorme selle liquide ; presque immédiatement aussi survenaient les vomissements, les crampes, et deux heures après arrivaient le refroidissement, la mort en dix, sept, six heures. »

En ce qui touche Marseille, au contraire, les cas sans diarrhée prémonitoire ont été plus fréquents au début, à ce qu'a observé M. le docteur Trastour.

La période de réaction donne aussi des indications. Elle est habituellement bénigne, prompte, modérée, dans le choléra nostras; insidieuse, au contraire, pleine de périls, souvent mortelle dans le choléra asiatique.

M. Proust compare l'épidémie de choléra nostras de la Maison centrale de Poissy en 1883, épidémie qui avait causé quatre cas de mort, avec celle qui se produisit en 1849 dans un établissement d'aliénés et causa cent vingt-sept morts en cinq semaines.

La distinction entre les deux choléras a été admise même dans des circulaires anglaises, citées par l'orateur. Cette distinction a un caractère pratique considérable. C'est sur elle, en effet, qu'est fondée toute notre prophylaxie sanitaire, le système des quarantaines sur la mer Caspienne, sur la mer Rouge et en Égypte. Une fois le choléra en France, il n'y a plus rien à faire.

M. Brouardel a cité des cas dans lesquels les cordons sanitaires paraissent avoir réussi ; on en pourrait ajouter d'autres. Ainsi, en 1866, le choléra est resté confiné dans la petite ville de Tibériade, en Palestine. Il est resté confiné de même à Nedjef et Kerbelleh, près des frontières de la Perse. La peste a pu être localisée à Wetlianka, sur les bords du Volga. Mais ce n'est possible que dans l'Orient, où les voies de communications sont rares et faciles à intercepter.

Les seules mesures à conseiller en France : c'est d'abord l'emploi de postes de surveillance en quelques points bien choisis pour arrêter les individus malades, les isoler et les soigner; c'est aussi la méthode des avertissements, préconisée par M. Jules Guérin;

et enfin l'application de procédés de désinfection, tels qu'on les pratique en Angleterre.

M. JULES GUÉRIN, voyant reparaître des fantômes qu'il croyait dissipés depuis quarante ans et auxquels avaient cessé de croire les membres de l'Académie de cette époque, non moins intelligents que ceux d'aujourd'hui, demande la parole pour la prochaine séance.

M. ERNEST BESNIER déplore que la science en soit encore à ne pas savoir distinguer pendant la vie ni après la mort un cas de choléra vulgaire d'un cas de choléra d'Asie. Nous ne savons rien, dit-il, sur la nature de l'agent qui le produit, pas plus que sur la voie réelle d'introduction ni sur le système anatomique qu'il lève primitivement ou spécifiquement. Nous ignorons au même titre le mode et le temps d'évolution du germe morbide dans les choses et dans les individus, et, lorsque son action s'efface, nous ne trouvons rien de constant, dans les circonstances particulières à ces individus ou aux objets extérieurs, qui puisse nous aider à comprendre.

Sur la doctrine de l'unité ou de la dualité du choléra, il faut bien reconnaître l'impression profonde qu'ont laissée dans l'esprit des médecins les déclarations inattendues de M. Fauvel et la nouvelle expression des opinions que M. Jules Guérin soutient depuis plus d'un demi-siècle avec tant de talent.

C'est là le point capital, le nœud véritable de la question. Trois opinions principales sont en présence sur la question de savoir si les affections qni portent ce nom générique de choléra sont des espèces véritablement distinctes, c'est-à-dire ayant une nature différente, ou bien, au contraire, si elles ne sont que des variétés d'une espèce unique. Selon la première opinion, qui est la plus répandue, il y a deux espèces de choléra : l'une, ubiquitaire et existant de toute antiquité, est une affection saisonnière déterminée par des conditions locales de météorologie et de bromatologie ; c'est le choléra commun ou vulgaire, choléra nostras des anciens ; l'autre a une origine née asiatique, localisée en un point déterminé du globe ; elle n'y éclate dans toute son intensité que dans l'époque moderne, et c'est depuis le commencement du XIXe siècle seulement qu'elle a été transportée loin du foyer primitif par les hommes ou par les choses, et qu'elle y a constitué des *foyers secondaires*, quelquefois très puissants, mais toujours éphémères : c'est le choléra d'*Asie*. L'une est une affection individuelle, elle peut déterminer la mort, mais exceptionnellement, elle n'est pas transmissible ; l'autre ne se produit que sous l'action de l'agent spécifique, sa léthalité est considérable, elle est certainement transmissible.

Selon la seconde opinion, il n'y a jamais eu et il n'y a qu'une espèce de choléra. Les variétés et les épidémies qu'il présente résultent de modifications météorologiques et individuelles dont la réunion est exprimée par le terme de constitutions médicales ; les individus atteints dans un même lieu le sont sous l'influence épidémique et non par transmission spécifique ; la contagiosité de la maladie est niée ou acceptée à titre accessoire seulement.

La troisième enfin consiste à déclarer qu'il peut naître de conditions d'insalubrité locale une maladie épidémique, absolument semblable au choléra d'Asie, mais qui en diffère par sa localisation, sa stérilité, sa bénignité.

M. Besnier se rattache à la première opinion, qui est l'opinion classique. Cette opinion repose sur ce fait indiscutable que, dans la période préasiatique de nos annales épidémiologiques, c'est-à-dire avant 1832, le choléra transporté et transmissible n'existe pas.

Dans toutes les épidémies décrites par les anciens auteurs la maladie a toujours été locale ; jamais elle n'a pris les allures des grands fléaux de l'humanité. Or ce qui était vrai au XVIIe siècle l'est encore au XIXe, et ces deux maladies restent toujours distinctes malgré leurs analogies symptomatiques. L'une saisonnière, individuelle, bénigne au plus haut degré ; l'autre irrégulière, intermittente, procédant par localisation à la manière des véritables fléaux de toutes les époques. Le choléra vulgaire ou le choléra *saisonnier*, pour l'appeler exactement par son nom (les noms de choléra *nostras* ou de choléra *sporadique* sont impropres) n'est jamais une maladie qui tue, à la fois, dans le même moment, à la même heure et dans le même lieu, une série associée de malades.

Si l'on prend la statistique parisienne depuis l'année 1878, époque à laquelle commence véritablement la série des documents comparables, on arrive, pour une période de huit années, sur une population de 2 millions 300,000 habitants, à un total de cent dix-sept décès par choléra vulgaire, soit quatorze par année en moyenne.

Lorsque les conditions météorologiques ou bromatologiques qui donnent naissance à ce choléra commun se trouvent réalisées, l'affection s'observe momentanément et d'une manière semblable dans ces diverses localités comparables d'une même zone régionale atmosphérique ou climatologique. On ne voit pas certaines localités devenir le siège privilégié d'épidémies autochtones, qui s'étendent progressivement, à la manière de ce que l'on appelle vulgairement la tache d'huile. L'insalubrité d'un lieu est incapable de la produire.

L'insalubrité de Toulon et de Marseille ne doivent donc pas être accusées d'avoir produit l'épidémie actuelle. On ne comprend pas l'hésitation et le trouble répandus aujourd'hui dans l'esprit public et même parmi les médecins au sujet de l'origine vraiment exotique ou extérieure du choléra.

L'orateur passe en revue les épidémies antérieures et les suit étape par étape pour montrer l'inanité de l'opinion des partisans de l'origine autochtone du choléra. L'argument de M. J. Guérin relatif à la simultanéité des attaques de la maladie sur des points différents et même éloignés, et cela au début même de l'épidémie, ne lui paraît pas avoir une valeur absolue. Il faut compter avec la période d'*incubation* des germes morbides, période très variable pendant laquelle se fait la dissémination des germes. Toulon a contaminé Marseille, qui a contaminé Aix, Arles, etc. Les dates des explosions locales sont les meilleurs éléments de la chronologie cholérique. L'orateur combat l'opinion de M. Fauvel attribuant l'épidémie de Toulon et de Marseille à des influences purement locales, car ces influences existaient à peu près égales dans toutes les années précédentes, et elles n'y avaient pas produit le choléra.

Quant à la *diarrhée prémonitoire* de M. J. Guérin, elle n'est pas constante et de nombreuses statistiques montrent qu'elle peut manquer dans la moitié des cas et même davantage. Les cas foudroyants sont absolument incontestables. Cependant elle a son importance au point de vue de la prophylaxie, et ne doit pas être négligée quand elle existe.

M. Besnier termine en formulant le vœu de la création d'une chaire d'épidémiologie dans toutes les Facultés de la République. (Applaudissements.)

La séance est levée à cinq heures.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Hystéromètre à galvanocaustique intra-utérine.

M. Apostoli a déposé à l'Académie un mémoire sur un nouveau traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, suivi de cent dix-huit observations, dont voici les conclusions sommaires et caractéristiques :

1° Cette méthode consiste essentiellement dans l'application à l'utérus d'un courant de pile continu et à l'état constant, sans aucune interruption pendant la séance. — 2° Le siège de l'application, par l'intermédiaire d'une sonde en platine, est toujours intra-utérin et doit intéresser toute l'étendue de la muqueuse du canal utéro-cervical. — 3° Si l'hystérométrie naturelle est impossible à faire, on devra pratiquer une ponction préalable, suivie d'une galvanocaustique négative, pour créer un canal artificiel. — 4° Le pôle actif intra-utérin sera positif dans tous les fibromes hémorragiques ou qui s'accompagnent de leucorrhée rebelle ; il sera négatif dans tous les cas contraires et en particulier lorsqu'il y a une dysménorrhée intense ou une périmétrite additionnelle, arrivée à la période chronique, lorsque tout état aigu aura cessé. Ce

dernier pôle paraît activer la régression utérine plus rapidement que le précédent; il provoque souvent au début de son application des hémorragies salutaires que le pôle positif est ensuite destiné à réprimer si elles se prolongent trop longtemps. — 5° L'intensité sera la plus forte possible et atteindra progressivement, en une ou deux séances, une moyenne de 100 milli-ampères, surtout dans les utérus très profonds et hémorragiques; l'action thérapeutique sera, en général, fonction de l'intensité. — 6° Pour assurer à une cautérisation toute son intensité et son efficacité, cinq à huit minutes suffisent en moyenne. — 7° Le nombre des séances, variable comme la maladie elle-même, doit être, en moyenne, de vingt à trente pour assurer à l'utérus une régression suffisante et restaurer complètement la malade. — 8° Le traitement devra comprendre de une à deux opérations par semaine, faites même

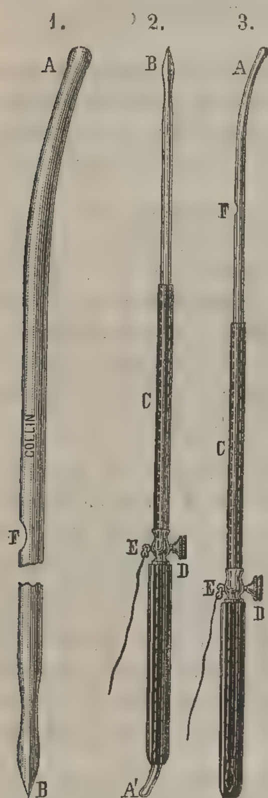


Fig. 10.

1. Grandeur naturelle de l'instrument; A. Hystéromètre ordinaire; B. Trocart pour ponction; F. Encoche marquant la profondeur moyenne de l'utérus.

2 et 3. Réduction de l'instrument total au tiers; C. Manchon de caoutchouc pour isoler le vagin; E. Électrode; D. Vis pour serrer et fixer la sonde à la longueur voulue.

en pleine hémorragie, s'il y a lieu d'intervenir. — 9° Pour rendre le pôle cutané indifférent et supprimer à son endroit et la douleur et l'escarre, il faut employer un électrode de terre glaise que j'ai proposé pour la première fois en 1882 dans le but d'augmenter à volonté la surface et diminuer la résistance de la peau. — 10° Toute la technique opératoire se résume dans une bonne hystérométrie, l'opération n'étant elle-même qu'une sorte d'hystérométrie thérapeutique où toute action traumatique doit disparaître pour ne laisser subsister qu'une action électro-chimique au plus haut degré. — 11° La galvano-caustique intra-utérine amène rapidement une régression de tous les fibrômes, surtout lorsqu'ils sont interstitiels, mais non leur disparition totale. Elle restaure complètement la femme, supprime les métrorragies et assure à l'opérée un bien-être rapide et durable.

Masque antiseptique.

M. Burq a présenté à l'Académie deux modèles de masque antiseptique qui ont été construits sur ses indications par M. Collin. Le premier modèle (fig. 12) s'applique sur la bouche et sur le nez, de manière à permettre la respiration par l'un et par l'autre tout à la fois. Il se compose de deux plaques en treillis métallique, de forme voulue pour fermer hermétiquement sans les gêner les voies respiratoires. Entre les plaques, on place un gâteau de ouate imbibée d'une solution de sulfate de cuivre, de sublimé corrosif, etc... Un double cordon attache le masque derrière la tête, et les choses sont disposées de façon que, d'une part, il soit facile de renouveler ou de tremper la ouate, à volonté, dans un liquide approprié, et que, de l'autre, l'air à respirer soit toujours forcé de se tamiser au travers de cette ouate antiseptique.

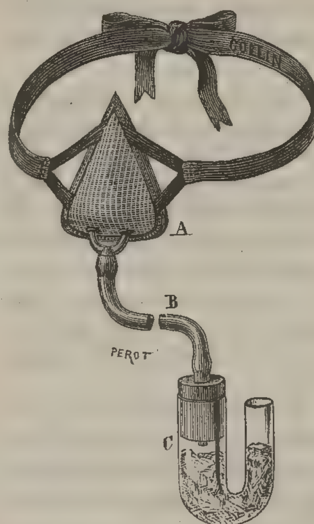


Fig. 11.

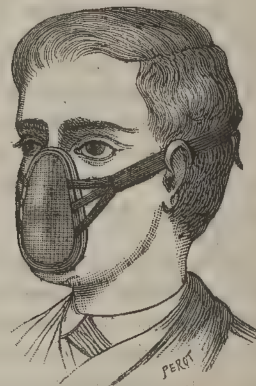


Fig. 12.

Le deuxième modèle (fig. 11) ne s'applique que sur le nez et suppose, par conséquent, que la respiration se fait exclusivement par les fosses nasales. Il se compose d'un obturateur A rattaché, de même que le précédent, derrière la tête et qui communique, par un tube en caoutchouc B, avec un réservoir tubulaire C en forme d'U rempli de ouate ou d'un liquide antiseptique, au travers duquel l'air à respirer doit préalablement passer ou barboter. La forme et les dimensions de C sont telles qu'on peut aisément le dissimuler dans une poche de robe ou d'habit.

Ce masque, le premier modèle surtout, paraît appelé à rendre de précieux services, non seulement dans l'épidémie actuelle, aux lavandières, aux fossoyeurs, aux gardes-malades, à ceux qui sont particulièrement appelés à frictionner les cholériques, à vider les bassins, etc... mais aussi aux médecins eux-mêmes dans les amphithéâtres d'autopsie, dans les exhumations, etc., et surtout aux chirurgiens et à leurs aides dans toutes les opérations de croup.

Si, dans l'épidémie actuelle, il arrivait que la peur fît faiblir les infirmiers et gens de service dans les hôpitaux, ce masque serait aussi un moyen, non à dédaigner, de raffermir leur courage.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1884.

211. M. Cantacuzène. Des foyers d'auscultation en obstétrique. — 212. M. Grisel. Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis. — 213. M. Gressin. Contribution à l'étude de l'appareil à venin des poissons du genre « vive ». — 214. M. Karline. Contribution à l'étude des vaso-moteurs. — 215. M. Ben Larbey. La médecine arabe en Algérie. — 216. M. Mattei. Du traitement des abcès froids par l'injection d'éther iodoformé. — 217. M. Gabriel Jacquin. Étude sur la phtisie syphilitique chez l'adulte. — 218. M. Poirier de Narçay. De l'ascite congénitale. — 219. M. Henri Alexandre. Contribution à l'étude du rhumatisme pendant la grossesse. — 220. M. Gelez. Des lésions osseuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — 221. M. Chauveau. Contribution à l'étude de la grippe. — 222. M. Reymondon. Étude sur l'élimination simultanée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires et dans la cavité thoracique. — 223. M. Boudault. Du traitement de l'orchite par la compression et la sudation. — 224. M. Magnin. De quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme. —

225. M. GILLARD. Contribution à l'étude du vaginisme. — 226. M. Pierre JACQUIN. Étude sur l'adénite inguinale de la blennorragie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'amélioration que nous avons signalée dans notre dernier bulletin pour les villes de Toulon et de Marseille s'accentue heureusement, ainsi que l'indiquent d'ailleurs les chiffres suivants de la mortalité cholérique :

Toulon. — Le 27 juillet, 12 décès; le 28 juillet, 14 décès; le 29 juillet jusqu'à midi, 8 décès dont 2 à l'hôpital Bon-Rencontre. Une dépêche officielle, adressée au ministre de la marine par l'amiral Krantz, en date du 29 juillet, signale cependant une légère recrudescence du nombre des cas en ville, particulièrement dans les faubourgs. La situation des hôpitaux de Toulon, du reste, est la suivante : Bon-Rencontre, 8 entrées, 7 sorties, 2 décès, 40 malades en traitement; Saint-Mandrier, 3 entrées, 11 sorties, 0 décès, 107 malades en traitement.

Marseille. — Le 27 juillet, 36 décès; le 28 juillet, 24 décès; le 29 juillet jusqu'à midi, 11 décès.

Nous devons ajouter que, du 27 juin, jour de l'apparition du fléau à Marseille, au 27 juillet, l'état civil a enregistré 1146 décès cholériques, soit une moyenne de 38 décès par jour. Ces 1146 décès se répartissent ainsi : 239 à l'hôpital du Pharo, 3 à l'Hôtel-Dieu, 17 aux Aliénés, 2 à l'hospice de la Charité, 2 à l'hôpital de la Conception, 6 à l'hôpital Militaire et 2 à l'infirmerie Israélite, enfin 875 en ville.

Sous le rapport de la nationalité, on compte, parmi les victimes du choléra, 798 Français, 322 Italiens, 13 Espagnols, 9 Grecs, 1 Anglais, 1 Allemand, 1 Autrichien et 1 Américain.

Arles. — Le 28 juillet, 12 décès; le 29 juillet jusqu'au soir, 8 décès.

Aix. — Le 28 juillet, 7 décès; le 29 juillet, 2 nouveaux cas.

Enfin on signale, le 29 juillet, un cas à Avignon, chez une femme arrivée d'Arles la veille; 1 décès à Tarascon; 2 cas dont 1 décès, à Revest près Toulon; 1 nouveau décès à Nîmes; 1 cas à Arvieux, dans les Hautes-Alpes, chez un individu venu de Marseille, et 2 décès dans l'arrondissement de Saint-Gaudens.

— Sont nommés officiers de l'instruction publique :

MM. le docteur Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux;* le docteur Chervin, à Paris; Laroche, pharmacien à Paris; Massie, pharmacien principal en retraite; le docteur Métivier, médecin-inspecteur des écoles à Paris; Tramond, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; le professeur Cras, médecin en chef de la marine; le docteur Paul Gautrelet, directeur de l'École de médecine de Dijon; le docteur Lacassagne, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; le docteur Danner, directeur de l'École de médecine de Tours; Marchand, professeur à l'École de pharmacie de Paris; le docteur Périer, chargé des fonctions d'agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les concours ouverts au commencement de ce mois pour les différents clinicats viennent de se terminer. Sont nommés :

a. Clinicat médical : chefs, MM. André Petit, Netter et Faisans; adjoints, MM. Siredey, Bourcy et Degennes.

b. Clinicat des maladies des enfants : chef, M. Variot; adjoint, M. Dauchez.

c. Clinicat des maladies syphilitiques et cutanées : chef, M. Bruchet.

d. Clinicat chirurgical : chefs, MM. G. Marchand, Verchère et Picqué.

— Nous avons indiqué, dans un précédent numéro, les candidats présentés en première ligne pour les chaires de pathologie externe et de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Voici la liste complète des présentations.

Chaire de pathologie externe : en première ligne, M. Lannelongue; en seconde ligne, M. Tillaux; en troisième ligne, M. Le Dentu.

Chaire de chimie médicale : en première ligne, M. Gautier; en deuxième ligne, M. Bouchardat, et en troisième ligne, M. Henninger.

— Nous croyons savoir que le Conseil supérieur de l'Instruction publique vient d'approuver les deux projets suivants :

1° Sur le rapport de M. Tourdes, la suppression des questions placées à la fin de la thèse de doctorat en médecine.

2° Sur le rapport de M. Béclard, la suppression de l'épreuve écrite du cinquième examen de doctorat.

— Par suite du remplacement, à la Salpêtrière, de M. le docteur Moreau (de Tours), décédé récemment, par M. le docteur Falret, médecin de l'hospice de Bicêtre, un concours s'ouvrira le lundi 20 octobre prochain, à l'Assistance publique, pour la nomination à une place de médecin-adjoint des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16526

N° 89. — SAMEDI 2 AOUT 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 2 AOUT 1884. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. La santé publique à Paris. — Traitement du choléra. — Le choléra en province. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La santé publique à Paris.

L'état sanitaire à Paris est resté jusqu'ici satisfaisant, en somme. Nous voici arrivés à la fin de juillet; et, même si l'on acceptait sans discernement ni enquête toutes les mentions *choléra*, cholérine, diarrhée cholérique portées un peu à la légère et par crainte de l'épidémie sur les bulletins de décès, il s'en faudrait encore qu'on atteignît le chiffre des 14 décès causés par le choléra durant le mois correspondant de l'année 1881, pendant laquelle aucune épidémie n'était à craindre.

Or il faut beaucoup en rabattre.

Nous avons procédé pour cette semaine comme nous l'avions fait pour la semaine précédente. Grâce à l'extrême gracieuseté de M. le docteur Bertillon, directeur de la statistique municipale, nos renseignements sont tout à fait complets. Nous avons pu faire porter notre enquête sur chacun des cas signalés soit par le bulletin statistique, soit par le médecin traitant.

Dans le service de M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, un ouvrier est mort du choléra. Rappelons ce que nous disions au sujet de cet ouvrier dans notre dernière revue clinique, en parlant des malades qui se trouvaient alors dans ce service :

« Restent trois malades, dont un seul, un homme de trente-quatre ans, mouleur en cuivre, offre tout l'aspect d'un vrai cholérique. Cet homme est entré le 22. Il avait eu de la diarrhée sans colique depuis l'avant-veille, ce qui ne l'avait pas empêché de travailler la veille encore. Mais, dans la nuit, il avait été pris de vomissements, de crampes, de refroidissement, etc. Dans le service, il n'a plus vomi que très peu hier ; il n'a plus de crampes; mais le pouls est toujours très petit, les yeux cerclés, la voix éteinte. »

Le refroidissement a été jusqu'à la fin croissant et le malade a succombé dans la soirée du vendredi, ne présentant plus qu'une température de 33°,8 dans le rectum.

A propos d'un autre malade, mort le 29 à la Pitié, le bulletin statistique porte cette double mention : *choléra nostras, néphrite interstitielle;* mais c'est un cas qui n'est pas très net. Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, entré dans le service de M. Dumontpallier pour des vomissements opiniâtres, avec une sensation de barre très douloureuse et très pénible vers la région épigastrique et la partie inférieure du thorax. Il présentait d'ailleurs, durant les premiers jours, une constipation opiniâtre. Comme il avait eu antérieurement des coliques de plomb, on le purgea avec un mélange de miel et de soufre. Puis il alla plus mal, ses traits s'altérèrent encore davantage; l'urine, qui ne contenait pas d'albumine lors de l'entrée de ce malade à l'hôpital, fut trouvée très albumineuse. Par précaution, on le fit passer dans le service d'isolement que dirige M. Cornil. Il y mourut. A l'autopsie, on trouva des lésions rénales et encéphaliques qui pouvaient faire songer à une urémie due à une néphrite interstitielle; mais il existait en même temps dans le tiers inférieur de l'intestin grêle et dans le gros intestin une psorentérie des plus marquées. Le diagnostic reste donc incertain.

Ainsi, pour tout le mois de juillet, nous ne relevons dans les hôpitaux de Paris qu'un seul décès cholérique non douteux et un autre décès dont la cause est très discutable.

En dehors des hôpitaux, le service de la statistique municipale avait été averti d'un décès par diarrhée cholériforme, d'un autre décès par cholérine, et enfin d'un décès par choléra nostras. Voici sur chacun de ces trois cas le résultat des informations que nous avons prises :

Le premier, qui daterait déjà du 21 juillet, doit être écarté tout d'abord. A toute autre époque, on n'eût certainement pas recouru au mot *cholériforme* pour qualifier la diarrhée terminale d'une maladie dont le début remontait à plusieurs années et qui tenait depuis plusieurs mois le patient cloué dans son lit. Il s'agit d'un concierge en même temps savetier, demeurant dans les environs de la Bastille, n'ayant que soixante-quatre ans, mais extrêmement cassé, atteint, paraît-il, d'une affection de la moelle épinière, et qui, progressivement, en était arrivé à la plus extrême maigreur. Dans les derniers jours, il eut de la diarrhée, mais sans crampes, sans vomissements, sans perte d'appétit. Presque jusqu'au moment de sa mort il ne cessait de demander qu'on lui donnât plus de nourriture.

Restent les deux autres décès, qui se sont produits, l'un le 25 et l'autre le 29 juillet, dans le quartier de La Chapelle.

Pour le premier, celui d'un serrurier, âgé de soixante ans, le diagnostic porté a été *cholérine*, car il ne s'est jamais produit de vomissements. Cet homme était atteint de diarrhée depuis quelques jours ; mais, quoique affaibli par l'abondance des évacuations, il ne tenait pas la chambre et ne se soignait pas, jusqu'au jour de sa mort, qui eut lieu le

25 juillet. Ce fut seulement le matin de ce jour-là que, se sentant beaucoup plus mal, il envoya chercher un médecin. Celui-ci le trouva dans un état grave : la peau était froide, les yeux cerclés de noir, le malade se plaignait de crampes douloureuses, principalement dans les mollets. Le refroidissement s'accentua de plus en plus, et la mort survint vers sept heures du soir.

Chez une femme de soixante ans qui mourut le 29 juillet à quelques cents mètres de là, les choses se passèrent à peu près de même, sauf qu'il y eut des vomissements à la période terminale. Cette femme fut prise d'une diarrhée tout à fait indolore le vendredi 25. Elle continua à sortir, à faire ses provisions, à faire son ménage jusqu'au dimanche 27. Mais ce jour-là, elle se trouvait si fatiguée qu'elle se mit au lit. Le lendemain, elle fit appeler un médecin. Elle prit des boissons glacées, du bouillon glacé, etc. Elle ne souffrait encore de nulle part et ne se plaignait que de se sentir affaiblie. Le mardi 29, à huit heures du matin, il survint des vomissements et en même temps des crampes. A partir de ce moment la marche du mal fut très rapide, car cette femme expira à une heure de l'après-midi.

Ces deux cas sont à rapprocher de celui de M. Hayem, dont nous avons parlé plus haut. Ils sortent un peu du cadre ordinaire. Mais l'usage des boissons glacées est à noter en ce qui touche le dernier.

Un malade, entré avant-hier à l'hôpital Bichat, et qui va déjà beaucoup mieux, présentait au contraire le type le plus classique du choléra nostras ou saisonnier se rattachant à une gastro-entérite, provoquée dans ce cas par des excès et aboutissant à une entérite hémorragique.

Il s'agit d'un homme de quarante ans, marchand des quatre saisons, demeurant route de la Révolte, dans un logement d'une saleté inimaginable. Cet homme depuis longtemps déjà ne trouve plus assez de goût au vin, il ne boit que de l'absinthe et des liqueurs fortes. Il ne se nourrit à peu près que d'aliments très peu réconfortants, tels que salade, artichaut, fromage blanc, etc.

Le lundi, à trois heures et demie, sans avoir eu jusque-là de diarrhée, il fut pris subitement de vomissements et de crampes, puis de diarrhée. Le tout dura jusqu'au lendemain matin avec une très grande intensité. Il fut soigné par une voisine de qui nous tenons ces détails, car, quant à lui, il ne se rappelle plus de rien. Les vomissements furent plus rares, les crampes moins pénibles durant la journée du lundi et celle du mardi. Mais le mardi soir, les selles devinrent tout à fait sanglantes. Le mercredi, cet homme, qui s'y était refusé jusque-là, se laissa transporter à Bichat. A ce moment, le refroidissement était considérable, les crampes très accusées, le facies très altéré; à force de frictions, de boules d'eau chaude, etc., la réaction fut obtenue; mais le malade, qui répond difficilement et sans avoir l'air de bien comprendre, rend toujours du sang dans ses selles.

Voilà de ces cas où la mort peut fort bien survenir, soit pendant la période cholériforme, soit même plus tard, comme nous en avons vu des exemples, notamment à Alexandrie, sans qu'il soit possible de les rattacher au choléra asiatique.

Dans le service d'isolement de M. Hayem, à l'hôpital Saint-Antoine, il est entré cette semaine deux malades dont l'un, âgé de cinquante-six ans, est un phtisique atteint de laryngite tuberculeuse et qui, depuis quelques jours, présente une diarrhée abondante sans vomissements ni crampes.

L'autre, âgé de trente-neuf ans, entré le 25, avait été pris, le mardi 22, d'une diarrhée sans douleurs, à laquelle se joignirent des vomissements et des crampes, le vendredi 25. Dans le service, cet homme qui, lors de son entrée, avait bien l'aspect d'un cholérique et présentait un refroidissement notable, continua à vomir un peu jusqu'au dimanche. Puis la réaction s'opéra; les crampes cessèrent ainsi que la diarrhée; et actuellement cet homme est dans un état très satisfaisant.

Traitement du choléra.

Tenant à faire passer les faits en première ligne, nous nous trouvons nécessairement bien en retard avec tous ceux de nos correspondants qui nous ont adressé des lettres relatives à la théorie ou au traitement du choléra.

Il en est pourtant quelques-unes que nous avons hâte de mentionner, au moins brièvement, parce que les mêmes idées se trouvent actuellement exposées d'autre part.

C'est ainsi que, dans une leçon qu'il vient de publier dans la *Revue scientifique*, M. le professeur Hayem, s'appuyant sur des expériences sur les animaux qui en démontrent pleinement l'innocuité, préconise contre le choléra les injections abondantes d'eau salée dans les veines. Or un de nos correspondants, M. le docteur Bérault (de Vals), recommande très vivement l'essai de cette méthode, conseillée d'abord par le professeur Cantani (de Naples), en 1865 et en 1867, puis plus récemment, l'année dernière, par M. le professeur Samuel (de Koemsberg).

Nous ne pouvons reproduire en détail la théorie de ces savants professeurs, théorie qui, d'ailleurs, ne diffère pas sensiblement de celle de M. Hayem.

Voici seulement les renseignements pratiques :

Cantani a proposé, dès 1865, des injections d'eau salée : en 1867, des injections d'eau à 35-37 degrés centigrades contenant par litre 4 grammes de chlorure de sodium et 3 grammes de carbonate de soude. Les injections doivent être copieuses et répétées aussi longtemps que dans la diarrhée séreuse.

Récemment le professeur Samuel a proposé 6 grammes de chlorure de sodium et 1 gramme de carbonate de soude par litre d'eau, en recommandant de faire les injections au cou, afin d'obtenir une résorption plus rapide.

Quant à M. le professeur Hayem, il recommande l'emploi de la solution suivante : Eau, 1,000 gr.; chlorure de sodium, 5 gr. ; hydrate de sodium, 1 gr. ; sulfate de soude, 25 gr.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, il était question de recherches de M. de Cyon sur l'injection intraveineuse d'eau oxygénée, injection qui pouvait rendre des services contre le choléra en restituant à la fois au sang l'eau et l'oxygène qui lui manquent. M. le docteur Larrivé préconise aussi, dans le même but, l'eau oxygénée, mais tout simplement appliquée sur les muqueuses.

« Voici ce que je propose, dit-il. L'*eau oxygénée* portée sur une muqueuse quelconque, se décomposant instantanément en *eau* et en *oxygène*, on pourrait en faire absorber aux malades soit par l'estomac, soit par le rectum. L'oxygène étant immédiatement absorbé par les muqueuses et passant directement dans le sang, on fournirait de cette façon aux cholériques le gaz respirable qui leur manque et que, trop souvent, leurs poumons sont impropres à recueillir. De plus, et quand bien même une partie de l'eau oxygénée serait rejetée par les vomissements, on pourrait suppléer à l'insuffisance de l'absorption stomacale par l'absorption rectale.

Le choléra en province.

M. le docteur Barthélemy, médecin en chef de la marine, a relevé pour nous, jour par jour, le chiffre officiel des décès par journée de 24 heures, comptées de 8 h. du matin à 8 h. du matin suivant. Puis il a dressé un tableau comparatif des 4 épidémies précédentes et du commencement de celle-ci.

DÉCÈS DANS LES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA DE TOULON.

SEMAINES.	JOURS.	1835 — Du 20 juin au 25 octobre 125 jours.	1849 — Du 31 août au 16 nov. 77 jours.	1854 — Du 21 juillet au 24 nov. 123 jours.	1865 — Du 20 août au 30 octobre 64 jours.	1884 (1) — A partir du 20 juin (2) jusqu'à ce jour 27 juillet.
	1	1	1	1	2	2
	2	1	1	1	1	4
	3	3	0	0	2	13
1re. . .	4	2	2	4	0	6
	5	0	»	3	1	1
	6	0	»	7	1	6
	7	4	»	6	1	13
	8	2	2	12	0	5
	9	6	»	18	3	5
	10	2	1	17	2	11
2e. . .	11	19	5	17	7	9
	12	15	5	38	10	9
	13	11	»	34	4	14
	14	20	1	48	9	13
	15	44	4	51	11	14
	16	68	1	83 M	3	18
	17	76	2	63	10	17
3e. . .	18	76	2	26	27	17
	19	62	1	81	16	15
	20	70	6	46	16	14
	21	91	10	38	35	9
	22	94	12	42	49	24
	23	97 maximum.	9	28	76	35
	24	88	31	27	67	14
4e. . .	25	76	25	29	50	20
	26	71	14	33	49	30
	27	86	26	16	38	37
	28	47	29	19	61	30
	29	39	26	19	61	39
	30	39	41 M	11	59	54 M
	31	28	39	10	67	42
5e. . .	32	26	37	5	81 M	45
	33	12	36	18	53	44
	34	11	37	29	59	25
	35	23	30	18	62	19
	36	19	34	18	41	25
	37	15	23	6	27	13
	38	19	25	9	25	17 (3)
6e. . .	39	13	29	12	14	
	40	11	17	8	15	
	41	14	16	1	26	
	42	15	9	12	9	
	43	11	15	13	7	
	44	8	17	14	7	
	45	11	13	12	9	
7e. . .	46	4	13	9	3	
	47	2	14	12	7	
	48	9	9	13	14	
	49	10	8	7	7	
	50	8	9	11	8	
	51	7	9	4	7	
	52	3	8	7	6	
8e. . .	53	7	15	8	6	
	54	3	8	3	9	
	55	5	6	4	8	
	56	14	5	7	6	
	57	8	0	5	7	
	58	2	2	1	3	
	59	11	8	3	2	
9e. . .	60	6	2	5	2	
	61	4	2	5	4	
	62	4	3	5	6	
	63	6	2	2	4	
A reporter. .		1560	758	1121	1311	656

SEMAINES.	JOURS.	1835 — Du 20 juin au 25 octobre 125 jours.	1849 — Du 31 août au 16 nov. 77 jours.	1854 — Du 21 juillet au 24 nov. 123 jours.	1865 — Du 20 août au 30 octobre 64 jours.	1884 (I) — A partir du 20 juin (2) jusqu'à ce jour 27 juillet.
Report. . .		1560	758	1121	1311	656
	64	5	0	2	4	
	65	5	0	3	2	
	66	5	1	2		
10e. . .	67	9	0	0		
	68	4	0	4		
	69	5	0	5		
	70	3	1	1		
	71	1	0	4		
	72	1	0	1		
	73	3	1	3		
11e. . .	74	1	0	0		
	75	1	2	2		
	76	5	1	4		
	77	2	1	2		
	78	3		1		
	79	4		3		
	80	1		3		
12e. . .	81	1		1		
	82	1		8		
	83	3		8		
	84	2		3		
	85	2		3		
	86	7		6		
	87	4		8		
13e. . .	88	4		1		
	89	1		3		
	90	1		2		
	91	0		1		
	92	1		2		
	93	4		1		
	94	2		2		
14e. . .	95	0		1		
	96	2		1		
	97	2		2		
	98	0		4		
	99	2		4		
	100	2		2		
	101	0		3		
15e. . .	102	1		7		
	103	1		2		
	104	0		3		
	105	0		1		
	106	1		7		
	107	0		4		
	108	2		5		
16e. . .	109	0		4		
	110	2		1		
	111	2		2		
	112	6		8		
	113	2		6		
	114	0		5		
	115	0		3		
17e. . .	116	2		4		
	117	1		2		
	118	0		3		
	119	0		3		
	120	1		1		
	121	0		3		
	122	0		0		
18e. . .	123	1		1		
	124	0				
	125	1				
TOTAUX . . .		1682	765	1302	1317	656 décès
FIN		25 octobre	16 nov.	24 nov.	30 octobre	jusqu'à
DURÉE. . . .		125 jours.	77 jours.	123 jours.	64 jours.	ce jour.

(1) Les décès sont relevés par nos soins de 8 heures du matin à 8 heures matin du lendemain.
(2) C'est en réalité le 14 juin qu'a eu lieu le premier décès cholérique. Officiellement l'épidémie n'a commencé que le 20 juin.
(3) 656 décès en tout, y compris la journée du 26 juin 8 heures matin au 27 juin 8 heures.

Comme on peut le voir, jusqu'à présent la mortalité, quelle que soit l'époque du début de l'épidémie, s'est montrée surtout proportionnelle au chiffre atteint par le maximum dernier. Or cette année ce maximum n'a été que de 54, un peu plus élevé que celui de l'épidémie de 1849, beaucoup moins que ceux des épidémies de 1835, 1854 et 1865.

Quant à la date de ce maximum, elle paraît être absolument indépendante de la température. C'est ainsi qu'en 1835 on la trouve vers la fin de juillet, en 1849 au commencement d'octobre, en 1854 vers la mi-juillet. En cela le choléra épidémique diffère absolument du choléra saisonnier ou nostras qui fait toujours le plus de victimes quand les chaleurs sont les plus fortes.

Notons encore que ce maximum de mortalité s'est produit généralement de la troisième à la cinquième semaine depuis le début, quels qu'aient été la durée totale de l'épidémie, le moment où elle éclata, le moment où elle s'éteignit.

M. Gabriel Peschaud, interne de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, nous adresse une longue lettre pleine de renseignements sur les quatre premiers cholériques traités dans le service de M. le docteur Carcassonne; il paraît que, d'après des papiers trouvés dans la poche de la première malade, après sa mort, son récit deviendrait douteux et qu'elle aurait pu passer par Toulon avant d'arriver à Marseille.

Dans deux lettres de M. le docteur Poncel, médecin des hôpitaux de Marseille, et où, combattant la théorie du docteur Koch, il expose ses idées propres sur la nature et le mode de propagation du choléra, nous trouvons ces passages relatifs à la gravité de cette maladie et à l'action nocive des mercuriaux pendant l'épidémie actuelle :

« Les formes de choléra confirmé sont *très graves* actuellement ici, beaucoup plus qu'en 1865-1866, — la moyenne alors était de 52 p. 100 de guérisons — tandis qu'aujourd'hui les chiffres approximatifs sont 800 choléras confirmés, 500 morts.

J'appellerai particulièrement votre attention sur la valeur prophylactique des sels de mercure.

A l'hôpital de la Conception, les sept premières malades atteintes sont des syphilitiques en traitement mercuriel depuis un mois à quatre mois et demi, et chaque jour de nouveaux cas.

J'interromps tout traitement spécifique énergique, car, pour peu que cela continue, le mercure transformerait mon service de vénériens en service de cholériques ! . . . . »

« La mortalité continue d'être très forte et la proportion mortalité, 5/8, que je vous donnais, se maintient, si nous exceptons les cholérines. »

Relativement à l'épidémie d'Aix, M. le docteur Castellan nous écrit à la date du 30 juillet :

« Au commencement de juillet nous avions eu quatre cas : d'abord sur un Toulonnais arrivé à midi, pris à quatre heures et mort le lendemain à dix heures avec les symptômes types ; le surlendemain, sur trois personnes d'Aix, n'ayant eu aucun rapport avec le précédent et habitant un quartier éloigné. Mais voilà depuis samedi, après une accalmie complète, une réapparition du choléra : le premier jour 3 décès, le surlendemain 7, puis 6 ; mardi, 7. Les nouvelles de la nuit dernière sont meilleures : un seul cas. La maladie est assez intense, la moitié à peu près des cas sont mortels. Dans ceux que j'ai eu à soigner, ce qui a dominé c'est l'algidité ; les évacuations étaient modérées et n'expliquaient pas l'état général de dépression. Avant cette invasion, il y avait manifestement dans l'air une influence portant aux maladies des voies digestives, embarras gastriques, diarrhées, cholérines même, que l'on pouvait attribuer aux chaleurs excessives que nous endurions.

Depuis huit jours, la température s'est radoucie ; quelques pluies, puis le mistral, frais, presque froid. Nous verrons, sous l'influence de cette amélioration de la saison, ce que l'avenir nous réserve, mais j'ai l'espoir que l'atteinte, à Aix, sera légère. Comme encouragement, nous avons la grande atténuation qui se produit à Toulon puis à Marseille. Quant au fait de la diarrhée prémonitoire, je n'ai pas de renseignements assez précis encore. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 26 juillet 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATION

Tuberculose. — M. **DÉJÉRINE** fait connaître les résultats de ses recherches sur la présence des bacilles dans les produits uniquement calcaires des poumons. Il a porphyrisé ces produits et y a trouvé plusieurs bacilles. Ces recherches confirment donc la nature tuberculeuse des produits crétacés; il s'agit bien là de tubercules guéris. Il ajoute que, si la présence des bacilles implique toujours la tuberculose, leur absence n'implique pas l'absence de tuberculose.

M. **MALASSEZ** appuie cette manière de voir et démontre qu'il y a des phases de l'affection tuberculeuse pendant lesquelles on ne trouve pas de bacilles. L'absence des bacilles n'implique donc pas l'absence de tuberculose.

Technique microscopique. — M. **MALASSEZ** fait connaître une modification qu'il a apportée à la chambre claire et qui facilite singulièrement les services microscopiques.

Phénomènes de transfert. — M. **FÉRÉ** rappelle que certains phénomènes de transfert d'hémisomnambulisme et d'hémiléthargie s'accompagnent d'une douleur vive siégeant au point correspondant des circonvolutions cérébrales assigné par l'anatomie comme centre de localisation des régions où se manifeste ce transfert.

Continuant ses expériences, il a remarqué que, sur un sujet léthargique, si, au lieu de faire une friction sur le vertex de façon à le faire passer à l'état de somnambulisme, on se contente de presser fortement sur le crâne, en des points déterminés, on détermine du somnambulisme limité à des parties correspondantes du corps.

C'est ainsi qu'on peut à son gré somnambuliser la jambe droite et le bras gauche, le bras gauche et la jambe droite, et même tout le corps indépendamment de la face, qui reste en léthargie.

Fait important : Si on presse sur le crâne à un point correspondant au pli courbe, on fait perdre l'état léthargique à l'orbiculaire des paupières et aux deux zygomatiques. Le fait, qui pourrait éclairer l'étude encore obscure des paralysies faciales d'origine centrale, est en relation avec une observation clinique de M. Féré où un traumatisme au niveau du pli courbe avait déterminé des phénomènes paralytiques du côté des mêmes muscles.

M. Féré fait observer que si on généralise ce somnambulisme partiel, en s'adressant successivement à tous les points de la sur-

face crânienne correspondant aux différentes parties du corps, la lucidité ne revient cependant pas chez la malade.

Enfin, chez un de ses sujets en observation, il a pu, par la pression sur la protubérance occipitale externe, réveiller manifestement une zone érogène que le malade porte à la face antéro-supérieure du sternum.

M. DUMONTPALLIER fait remarquer que certains points de la communication de M. Féré nous paraissent confirmatifs des faits que j'ai antérieurement exposés devant la Société.

Je rappellerai, entre autres expériences (1), celles qui ont été répétées devant vous, sur la nommée G... J'ai montré sur cette malade que des excitations périphériques exercées sur différentes régions du cuir chevelu pouvaient déterminer divers mouvements de la tête, des membres et du tronc.

Ces mouvements étaient directs, croisés, ou alternes croisés suivant le point du cuir chevelu sur lequel portait l'excitation.

Ces expériences répétées un grand nombre de fois sur différentes malades et dans les différentes périodes de l'hypnotisme ont donné des résultats constants.

Les expériences de Heidenheim et de Grutzner (2), celles de Berger (3), présentent une grande analogie avec nos expériences.

De plus, le docteur Ladame (4) a pu constater que l'excitation en différentes régions du cuir chevelu pouvait déterminer la contracture ou le relâchement des muscles des membres supérieur et inférieur.

Il est de toute justice de rappeler, ainsi que je l'ai déjà antérieurement fait, que Braid conduit par des vues théoriques qu'il avait empruntées à Gall, avait pratiqué sur le cuir chevelu des excitations qui avaient déterminé des phénomènes semblables à ceux que nous venons d'exposer.

J'ai aussi communiqué sommairement les mouvements provoqués sur nos malades par les excitations qui portaient sur la peau de la région rachidienne (5).

J'ai de même démontré que la pression du cuir chevelu dans les régions temporale et frontale pouvait déterminer l'aphasie, la perte de la notion de l'usage des objets, la perte de la faculté du calcul, etc.

Pour ce qui est de l'aphasie en particulier, elle peut être produite par la pression sur la région temporale droite ou gauche. Il y avait donc, dans ce cas, action croisée sur l'hémisphère cérébral du côté opposé.

Je rappellerai en terminant que M. Magnin et moi nous avons montré qu'il est possible de localiser, et cela à volonté, les divers phénomènes hypnotiques, à telle ou telle région du corps (6).

De telle sorte que le sujet en expérience peut être divisé en deux moitiés égales semi-latérales et de plus en deux moitiés sus et sous-ombilicales. Ces différentes parties du corps pouvaient les unes présenter, par exemple, les caractères de la léthargie, les autres étant au contraire en état cataleptique.

Enfin, il pouvait y avoir somnambulisme, catalepsie, léthargie alternes croisés.

Il ressort de ces remarques que les expériences de M. Féré, à la Salpêtrière, viennent, comme je l'ai déjà dit, confirmer des expériences faites à l'hôpital de la Pitié, il y a deux ans.

La séance est levée.

---

(1) Dumontpallier, Comptes-rendus de la Société de biologie, 1882, p. 11 et 32, et *Gazette des hôpitaux*, 1882.

(2) Heidenheim (A) et Grützuer (P), *Breslauer Artzliche Zeitschrist*, nº 4, 28 Februar 1880.

(3) Berger, Hypnotische Zustaude und ihre Genese. *Breslauer Artzliche Zeitschrist*, 1880.

(4) Ladame (P), *la Nécrose hypnotique*, 1881, p. 127.

(5) Dumontpallier, Comptes-rendus de la Société de biologie, 1882, p. 106, et *Gazette des hôpitaux*, 1882.

(6) Dumontpallier et Magnin, Comptes-rendus de la Société de biologie, 1881, p. 359; Comptes-rendus de l'Académie des sciences, 1882, p. 60, et *Gazette des hôpitaux*, 1882.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XVII

VOYAGE A LA FONTAINE DE VAUCLUSE.

Le 26 mai, nous partons de Beaucaire à sept heures du matin, mon ami Blaud, sa jeune épouse, Dufau et moi. Le temps était superbe, notre projet était de passer par Avignon et d'aller coucher à l'Isle : nous étions en calèche traînée par deux chevaux de louage qui furent bientôt réduits à un seul par suite d'un incident sans gravité au départ. Un débordement considérable de la Durance nous empêcha de prendre la route d'Avignon et nous força de passer par le pont du Gard, chemin plus long de trois lieues. On fit la halte du déjeuner à Remoulins; je pris tout simplement un morceau de pain, et, sans m'arrêter, je me dirigeai vers le pont du Gard. Je renonçai à la voiture qui devait traverser le Gardon à Remoulins. C'était précisément le jour de la fête au pont du Gard, on s'y rendait de toutes parts; la clarinette, le hautbois et le tambourin faisaient déjà retentir ce lieu sauvage de leurs sons discordants. Après avoir parcouru successivement les trois rangs d'arcades, je m'acheminai vers Avignon, malgré les feux d'un soleil de midi dont aucun nuage ne tempérait l'ardeur. Jamais je n'ai éprouvé de chaleur aussi intense qu'aujourd'hui; il me semblait que, si la peau et les os eussent été susceptibles de se fondre et de se volatiliser, les molécules de mon corps seraient errantes dans les régions supérieures de l'atmosphère : j'en fus quitte pour une oxygénation plus développée de mon *système dermoïde*. Malgré la marche la plus précipitée, je ne pus rejoindre la voiture qu'aux portes de Villeneuve-lès-Avignon : j'avais fait six lieues à travers un pays aride et rocailleux. Nous traversons Villeneuve, dont on remarque la citadelle située au sommet d'une montagne isolée, puis, dans la barque à traille, les deux branches du Rhône qui entourent la grande île de la *Bertalasse*. Nous arrivons à Avignon vers sept heures du soir; nous y passons la nuit.

27 mai. Nous continuons notre route dès sept heures du matin, en suivant les belles allées d'ormeaux *extra muros* qui forment la promenade de la ville, pour prendre le grand chemin qui conduit à Bon-Pas. La plaine est couverte d'une riche moisson en froment et vignobles. Les *mûriers* sont à peu près les seuls arbres qu'on y observe; leurs rameaux tout effeuillés pour la nourriture des vers à soie leur donnent un air de tristesse et de misère particulier. Après deux heures d'une marche assez lente, nous arrivons aux bords de la bourbeuse Durance : je mets pied à terre non loin du village de Bon-Pas, dans un endroit où l'on construit un pont dont la carcasse ligneuse est entièrement achevée : j'y compte trente-quatre arches. La largeur du lit de la rivière est loin d'être en rapport avec la longueur du pont, mais cette rivière, roulant, comme l'Adour de Saint-Sever, sur un gravier très abondant qui l'empêche d'être bien encaissée et sujette à des débordements fréquents, se divise en plusieurs branches qui augmentent beaucoup la largeur du cours d'eau.

Depuis Bon-Pas jusqu'à Caumont (une demi-lieue), on a sur la gauche un coteau rocailleux où croissent quelques oliviers fort rabougris; à droite, le sol plus déclive et voisin de la Durance est d'une fraîcheur remarquable : c'est là que j'ai vu pour la première fois la *garance* (Rubia tinctorum) cultivée en larges plates-bandes; on n'en récolte les racines qu'après deux ans de semence. On s'arrête à Caumont pour déjeuner et je ne fus pas peu surpris de voir le vin cuit, qui ordinairement est employé pour les sauces, nous être offert comme une boisson fort estimée dans tout le pays. On se remet en marche, moi *pedibus autem* par un chemin de traverse, les autres par une route plus longue de deux lieues. Ce pays de tra-

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 juillet 1884.

verse est une plaine fertilisée par les eaux limoneuses de la Durance qui s'y répand au moyen de nombreux canaux; il est borné par des montagnes assez élevées, dont la chaîne à gauche appartient au mont Ventoux qui les domine et celle à droite dépend de Vaucluse. L'œil sans cesse armé de la lorgnette, je cherchais à découvrir le lieu où pouvait se trouver la célèbre fontaine, mais je demeurai longtemps dans l'incertitude; cependant, à une lieue de la petite ville appelée Isle sur la Sorgue, j'aperçus vers le milieu de la hauteur de la chaîne un espace que sa couleur d'un jaune fauve rend très distinct de ce qui l'entoure; des passants interrogés m'apprennent que la Sorgue prend sa source dans ce point de la chaîne. J'arrive à l'Isle vers une heure, et, sans m'y arrêter, je continue vers Vaucluse distant d'une lieue et demie : je traverse deux ponts placés sur les deux branches de la Sorgue qui embrassent la petite ville de l'Isle et je chemine sur la plaine qui conduit à Vaucluse. A mesure que l'on avance dans cette plaine qui offre des endroits incultes et stériles et ailleurs de riches cultures, on distingue plus nettement la concavité de l'espace coloré en jaune fauve, mais on est loin encore de soupçonner la nature de ce lieu. L'imagination se perd en conjectures pour deviner comment cet endroit, si peu de chose en apparence, peut recéler une vallée aussi vantée. Je condamnais même d'avance les tableaux enchanteurs qu'en ont fait les poètes et les voyageurs; on arrive jusqu'à six cents pas de l'entrée de la gorge sans que le bruit des eaux de la Sorgue soit perceptible : on serait même embarrassé de déterminer la position du lit de cette rivière si on n'observait sur la droite une colline dont la base couverte d'arbres plus verdoyants indique l'encaissement et la direction de la Sorgue. Lorsqu'on a traversé toute la plaine de l'Isle, on suit, à droite, un ravin à sec pendant l'été, puis on tourne brusquement à gauche; alors on aperçoit et on entend l'eau de la Sorgue formant une cascade à l'entrée de la vallée.

De quel étonnement, de quelle admiration me sentis-je saisi à l'aspect de ce tableau dont la plume la plus habile ne saurait tracer l'effet si grandiose! La vue est accablée par la variété des objets; tous les sens sont frappés à la fois par des impressions si différentes que la confusion des idées en est le résultat inévitable. Ici, l'œil veut poursuivre jusqu'à sa source le cristal roulant de la Sorgue; là il se repose sur la fraîche verdure des prairies et des arbres qui accompagnent le cours de la rivière. A gauche, ce sont d'énormes rocs feuilletés, arrondis comme des bastions et sous la voûte desquels l'homme s'est construit des habitations; à droite, les montagnes moins décharnées sont couvertes du sombre feuillage de l'*yeuse*. Plus loin et devant soi, l'on aperçoit le village de Vaucluse surmonté du château de Pétrarque, dont les antiques murailles se confondent avec les rochers voisins; plus loin encore est l'immense rempart semi-circulaire qui ferme la vallée et dont la base voûtée sert de réceptacle à la fameuse fontaine. De celle-ci se précipitent des cascades dont l'écume d'un blanc azuré contraste admirablement avec les mousses noirâtres qui revêtent les roches contre lesquelles elles se brisent; partout, le vallon retentit d'un fracas épouvantable produit et par le choc des vagues et par le roulement des fabriques de papier installées sur la Sorgue.

Depuis l'origine du vallon de Vaucluse, il y a une demi-heure de marche pour arriver à la fontaine, par un sentier étroit et sinueux tracé au pied des montagnes de la rive droite de la Sorgue, et plus ou moins élevé au-dessus du niveau de celle-ci; à mesure que l'on avance, on voit la vallée se dilater en quelques endroits pour former des collines latérales et se resserrer en d'autres, de manière que la vue est très bornée, et c'est partie par partie que l'on peut juger de l'ensemble du paysage. Les montagnes que l'observateur a sur sa gauche sont nues, arides, déchirées; celles à droite sont moins âpres, moins élevées et couvertes d'un taillis que forme en partie le *chêne vert* ou *yeuse*. A quatre cents pas du village à gauche, on voit des rochers dont la forme et la structure sont très remarquables; ce sont d'énormes masses arrondies comme des bastions, dégagées de toutes parts et formées de couches horizontales si distinctes qu'elles paraissent feuilletées comme une *tartelette*, « si licet parvis componere magna ». Un de ces rochers ressemble par sa grandeur colossale et par sa forme circulaire aux *arènes* de Nîmes; sous la voûte de ce rocher, on a construit une maison précédée d'un jardin où la végétation jouit, dit-on, d'un printemps éternel. Plus loin, du même côté, les rochers offrent à différentes hauteurs de vastes trous arrondis, creusés sur leur pente de manière que l'ouverture en est très apparente; une de ces excavations plus considérable que les autres et paraissant avoir une quarantaine de pieds de diamètre porte dans le pays le nom de *Traouc de la Calorbe*, trou de la Couleuvre. Un paysan qui passait sur la route et que je fis causer me dit que ce trou avait été autrefois le repaire d'un redoutable reptile dont un saint, en vénération à Vaucluse, avait délivré le pays. Quel phénomène a déterminé la formation de ces cavités singulières? Répondez, géologues explicateurs, car je suis absolument muet et ignorant pour cela. Quand on est arrivé tout près du village de Vaucluse, on tourne à gauche au lieu de traverser le pont qui y conduit, et, après un quart d'heure de chemin dans la vallée qui se rétrécit beaucoup, on arrive à la fontaine. Avant de parler de celle-ci et de la rivière qui en découle, disons un mot des objets qui l'environnent. Un rocher, taillé à pic et qui se prolonge sur les côtés de manière à présenter la forme d'un fer à cheval, ferme devant soi la vallée, et c'est ce qui a mérité à celle-ci le nom de Vaucluse (*vallis clausa*). Ce rocher ou plutôt cet immense rempart d'une nudité affreuse est teint d'une couleur ocracée et son élévation est d'environ 600 ou 700 pieds au-dessus du bassin : sa base est creusée d'un vaste gouffre qui est le réservoir de la fontaine; sur la droite, la montagne est inaccessible et se termine par un plateau peu élevé, où l'on cultive des amandiers et près duquel est un rocher que surmonte un édifice ruiné; à gauche, elle forme un escarpement fort rapide, mais que l'on peut gravir avec du courage et de la prudence. Le paysage présente ici l'image d'un bouleversement, dont je laisse à l'observateur géologue la détermination de la cause et de l'époque. Les roches entassées dans le lit de la Sorgue, d'énormes blocs de pierre qui paraissent avoir été arrêtés dans leur chute et qui sont suspendus sur la pente de la montagne, d'innombrables débris rocailleux couvrant toute l'étendue de celle-ci, les crevasses, les déchirements irréguliers des rochers supérieurs, voilà sans doute les preuves irréfragables des commotions ou des affaissements qui ont jeté le désordre et le chaos dans ces lieux. A quelques pas de la fontaine, on voit un rocher perpendiculaire et isolé qui forme une pyramide élancée dont la pointe se perd dans la nue; il est resté debout au milieu de la débâcle générale qui a fracassé et culbuté les montagnes avec lesquelles il faisait corps. Ne dirait-on pas que la nature a voulu le laisser, comme monument attestant la hauteur de laquelle se sont écroulés les rocs environnants et la destruction incalculable qui s'est opérée depuis cette catastrophe? Vers la base de ce rocher pyramidal est une grotte où l'on peut grimper assez facilement et que la lumière éclaire de toutes parts; elle fait face à la fontaine; l'intérieur de la grotte est en quelque sorte triloculaire. On dirait que, primitivement, il existait trois petites excavations semblables aux trous dont j'ai parlé plus haut et qui, par la suite, se sont confondues en une seule cavité avec voûte arrondie et uniforme. C'est là, sans doute, que le solitaire de Vaucluse venait se mettre à l'abri des rayons du soleil et composer ses chansons amoureuses en contemplant la source et les cascades de la Sorgue.

La fontaine se présente sous deux aspects très différents, suivant que ses eaux sont très basses ou très hautes; dans le premier cas, le bassin est presque entièrement caché sous la voûte du rempart, de manière que l'on peut pénétrer dans la partie inférieure de ce réservoir; le lit de la Sorgue est presque à sec, vers son origine, la vallée est silencieuse. Lors de ma visite les eaux étaient à leur maximum d'élévation; elles atteignaient, surpassaient même le pied d'un figuier qui, depuis des siècles, végète dans le roc : on ne pourrait soupçonner l'existence d'un antre caverneux que par la profondeur du réservoir vers la base de la montagne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Voici un extrait du *Bulletin officiel de statistique municipale*, publié par M. le docteur Bertillon :

« L'athrepsie ou diarrhée infantile a notablement diminué, mais elle est encore très fréquente (207 décès au lieu de 248). On jugera de la grandeur de ce chiffre si l'on songe qu'en janvier dernier on observait, semaine moyenne, 52 décès seulement dus à cette cause. Il faut ajouter que cette grande fréquence de l'athrepsie est de règle en été et surtout au milieu de l'été, lorsque les fortes chaleurs ont déjà duré un certain temps.

Le service de statistique a été informé du décès d'un homme de trente-quatre ans, mort à l'hôpital Saint-Antoine d'une maladie appelée *choléra* par le médecin traitant. Cet individu, dont tous les journaux ont déjà parlé, a été très soigneusement isolé. Il est à remarquer que cet individu était mouleur en cuivre.

Le service de statistique a été informé, comme toujours en été, d'un grand nombre de cas de cholérines non mortelles (environ 30), qu'on aurait qualifiées de simples diarrhées en temps ordinaire.

Beaucoup de médecins ont en outre fait savoir qu'ils en rencontraient un grand nombre dans leur clientèle, mais qu'ils ne les signalaient pas, parce que ces sortes de maladie, toujours très fréquentes, ne méritent pas d'attirer l'attention. Trois cas de diarrhées survenus chez des vieillards de plus de soixante ans (dont l'un était en outre affaibli par une longue maladie) ont été mortels ; un autre cas est survenu à l'hôpital chez un individu atteint d'une maladie incurable (néphrite interstitielle). Ces faits ne méritent pas d'attirer plus longtemps l'attention. »

Choléra. — Voici les chiffres connus depuis notre dernier numéro :

Marseille. — Du 28 au 29 juillet, 23 décès ; — du 29 au 30 juillet, 24 décès ; — du 30 au 31 juillet six heures du soir, 10 décès.

Parmi les personnes frappées à Marseille par l'épidémie nous avons le vif regret de compter M. le docteur Patras, qui a succombé, avant-hier mercredi, 30 juillet, à l'âge de trente-trois ans, victime de son dévouement. Ses obsèques ont eu lieu le lendemain. M. le docteur Rampal, président du Comité médical, a prononcé sur sa tombe un discours dont nous extrayons le passage suivant :

« En venant, au nom du Comité médical, prendre la parole devant ce cercueil, je ne puis me défendre d'une émotion profonde. Jusqu'à ce jour notre vaillante phalange avait eu quelques blessés, mais pas de mort. C'est Patras qui est la première victime : le fléau l'a pris au premier rang de la jeunesse et l'a trouvé aux avant-postes.

Notre cœur est brisé ; mais cet immense malheur n'abat point nos courages et vous continuerez à marcher avec énergie et résolution dans la voie du dévouement où Patras a péri. »

Toulon. — Le 29 juillet, 10 décès ; — le 30 juillet, 7 décès ; — le 31 juillet, à sept heures du soir, 5 décès dont 2 à l'hôpital Bon-Rencontre. La situation à cette heure était :

Hôpital Bon-Rencontre : 3 entrées, 1 sortie, 2 décès, 36 malades en traitement.

Hôpital Saint-Mandrier : 2 entrées, 0 décès, 103 malades en traitement.

Le gouvernement a reçu la dépêche suivante de l'amiral Krantz :

« Toulon, le 31 juillet, sept heures du matin.

« Pas de décès ni d'entrants cette nuit à Saint-Mandrier. Trois ou quatre malades sont dans un état douteux ; aucun en péril immédiat. Les cas les plus graves s'améliorent rapidement, ce qui fait croire à la fin prochaine de l'épidémie. Du 29 juillet sept heures du soir au 30, même heure, douze décès, dont plusieurs enfants, se sont présentés à Toulon, presque tous dans les faubourgs. »

Arles. — Le 29 juillet, 6 décès ; — le 30 juillet, 8 décès ; — le 31 juillet, à six heures du soir, 1 décès cholérique en ville et 1 à l'hôpital.

Aix. — Le 29 juillet, 7 décès ; — le 30 juillet, 1 décès et 2 cas douteux.

Enfin on signale 1 décès à la Seyne, 2 à Revest, 1 au Creux Saint-Georges, 1 à Montfort-sur-Argens, 1 à Avignon (celui de la femme arrivée d'Arles et dont nous avons parlé dans notre dernier bulletin), et 1 à Lyon, dans la salle d'isolement, survenu dans la nuit du 30 juillet.

L'épidémie aurait éclaté dimanche à Vogüé (Ardèche) et y aurait causé onze décès en deux jours.

M. le docteur Rouet, de Lunel (Hérault), dans une lettre en date du 31 juillet, sur laquelle nous aurons à revenir, nous signale l'apparition du choléra dans cette ville. Le premier cas s'est produit le 23 juillet sur un voyageur venant d'Arles ; le malade a succombé. Deux autres cas, également mortels, auraient eu lieu les 27 et 28 juillet.

— Le concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est également terminé avant-hier mercredi, 30 juillet, par la nomination de MM. les docteurs Brissaud, Merklen et Faisans.

Le sujet de la composition écrite avait été : « La phlegmatia alba dolens. »

— Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé avant-hier mercredi, 30 juillet, par la nomination de MM. les docteurs Campenon et Jalagnier.

— Le jury du concours qui doit s'ouvrir lundi prochain, 4 août 1884, pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux, est définitivement constitué. Il se compose de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Tarnier, Léon Labbé, Périer, Vidal et Ollivier.

— M. le docteur Le Juge de Segrais a été nommé médecin de l'asile « fondation Doüaud », en remplacement de M. le docteur Charrier, démissionnaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16536

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital des Enfants-Malades. Arthrite du genou présentant des signes analogues à ceux d'une tumeur blanche; guérison. — Note sur le diagnostic du cancer de l'estomac. — Société de Chirurgie. — Association française pour l'avancement des sciences. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Descroizilles.

Arthrite du genou présentant des signes analogues à ceux d'une tumeur blanche. Guérison.

J'ai, plus d'une fois déjà, cherché à démontrer que les maladies des articulations ont une importance particulière chez l'enfant. Beaucoup d'entre elles prennent promptement, après un début insidieux, une physionomie faite pour inspirer au clinicien de sérieuses appréhensions sur leur dénouement. Souvent elles se terminent par la mort ou par des difformités définitives, même quand elles ont été convenablement traitées, mais surtout quand elles ont été pendant longtemps abandonnées à elles-mêmes et confiées trop tard à une bonne direction médicale. Souvent aussi elles finissent par un retour plus ou moins complet à l'état de santé dans des circonstances où il semblait chimérique d'espérer une heureuse terminaison. J'ai récemment observé un cas sur lequel la médecine paraissait destinée à avoir peu de prise et qui, cependant, a été suivi de guérison complète. Il est utile d'exposer ici ses traits caractéristiques.

Émile R..., âgé de treize ans et demi, est entré, le 15 janvier 1884, dans mon service, salle Saint-Augustin, n° 14. Ce jeune garçon, apprenti chez un passementier, présentait tous les signes d'une arthrite du genou gauche remontant à une époque déjà assez éloignée. On constatait chez lui les déformations et les troubles fonctionnels qui appartiennent aux tumeurs blanches plutôt qu'à l'inflammation simple d'une jointure. Le malade, fort intelligent, répondait clairement aux questions qu'on lui adressait. Il nous racontait que son père et son grand-père avaient été atteints de rhumatismes, mais que, par lui-même, il n'était pas rhumatisant; il avait quatre frères ou sœurs, tous bien portants, et ne se rappelait aucune autre maladie qu'une rougeole remontant à plus de dix ans. Il ne travaillait pas avec excès et son atelier n'était pas humide, mais son métier l'obligeait à avoir les deux membres inférieurs continuellement en mouvement. Il subissait donc les conséquences d'efforts locaux et incessants qui ont pu avoir une influence décisive sur les phénomènes morbides qui se sont déclarés. Ce fut dans les premiers jours de décembre 1883 que R... commença à souffrir du genou gauche. Il s'aperçut seulement, vers le 15 de ce mois, que l'articulation était tuméfiée, mais il ne prit le lit que le 19 ou le 20. Cependant le mal ne fit pas de grands progrès, ne se généralisa pas, et on ne se décida à faire entrer l'enfant à l'hôpital qu'un mois après l'époque où il avait cessé de travailler.

Lorsque ce jeune garçon arriva dans mon service, son genou gauche était le siège d'une tuméfaction considérable, et sa circonférence dépassait de 3 ou 4 centimètres celle du côté opposé. Le gonflement, égal sur tous les points, était dur et pâteux et s'étendait à 5 ou 6 centimètres audessus et au-dessous de l'interligne articulaire; on ne voyait plus la saillie formée par la rotule. La peau qui recouvrait l'articulation tuméfiée était chaude au toucher, mais avait conservé sa coloration normale. En avant, comme en arrière ou sur les côtés, la pression était très douloureuse et on ne pouvait faire exécuter aucun mouvement spontané ou provoqué à la jambe qui était en extension complète sur la cuisse; abandonné à lui-même, le malade souffrait peu. Il n'y avait d'ailleurs, au niveau des jointures tibio-tarsienne et coxo-fémorale de ce côté, ni intumescence, ni sensibilité, ni difficulté dans les déplacements. Les deux membres inférieurs avaient la même longueur et la même attitude. Aux membres supérieurs et sur le tronc, on n'observait aucune souffrance locale et aucun trouble de la locomotion. L'enfant était pâle et amaigri, mais il n'y avait chez lui aucun désordre viscéral, ni du côté du thorax, ni du côté de l'abdomen. Il présenta, pendant quelques jours, de l'inappétence et un mouvement fébrile qui ne s'éleva pas au-dessus de 30°,5 et de 100 pulsations. Au bout de deux semaines, la santé générale était redevenue excellente, tandis que l'état local restait peu satisfaisant, malgré le traitement rationnel qui fut immédiatement institué.

Pendant plus d'un mois, la tuméfaction et l'immobilité forcée du genou gauche restèrent stationnaires malgré l'application successive de plusieurs vésicatoires volants, de cent cinquante ou deux cents pointes de feu, et l'usage interne du salicylate de soude, à la dose de 1 gramme d'abord et, plus tard, de 3 ou 4 grammes par jour. Cependant, à la fin de février, on vit l'articulation devenir moins volumineuse ; on recommença à apercevoir, sous les téguments, la face antérieure et les bords de la rotule, ainsi que les autres saillies normales de l'articulation. Au commencement de mars, l'empâtement et le gonflement avaient presque complètement disparu et l'enfant supportait imperturbablement des pressions assez énergiques. Il ne lui fut possible de mouvoir les différents segments du membre in-

férieur gauche que vers le 15 mars. Mais, à dater de cette époque, l'amélioration fut franche et rapide, et, quinze jours plus tard, R... était capable de fléchir à moitié la jambe sur la cuisse, en même temps qu'il fléchissait la cuisse sur le bassin aussi aisément que s'il n'eût jamais été malade. Après l'avoir maintenu complètement au lit, sans qu'il eût été nécessaire d'assurer l'immobilité soit par une gouttière, soit par un appareil plâtré ou silicaté, je le laissai, à partir de ce moment, se lever et marcher avec des béquilles. On lui appliquait alors, encore une fois par semaine, quelques pointes de feu autour du genou, et on n'avait pas cessé d'administrer le salicylate de soude; mais, à partir du commencement d'avril, ce médicament fut supprimé et remplacé par du vin de quinquina et de l'huile de foie de morue; le jeune R... put marcher sans béquilles et sans boîter. Après avoir pris quelques bains sulfureux, il quitta l'hôpital à la fin d'avril pour aller à l'asile de Laroche-Guyon. A ce moment, le genou gauche avait repris sa forme normale et n'avait plus, par rapport au genou droit, qu'un excédent de circonférence de quelques millimètres; toute douleur locale avait disparu. Je revis l'enfant un mois plus tard, lorsqu'il rentra à Paris, et je pus m'assurer que la marche se faisait toujours sans fatigue et sans claudication.

Ce fait présente plusieurs particularités instructives qu'il est important de signaler. Lorsque R... arriva à l'hôpital, il n'était atteint que depuis quelques semaines de douleurs au niveau d'une articulation isolée et de gène dans les mouvements de cette articulation. Cette gêne n'avait pas tardé à se transformer en immobilité complète, et aux symptômes primitivement constatés s'était jointe une tuméfaction qui, au bout d'un mois, avait pris des proportions menaçantes. Mes premiers examens me firent croire qu'il s'agissait d'une maladie articulaire déjà ancienne. Je rencontrais, en effet, l'empâtement douloureux et diffus, la décoloration du tégument, l'impossibilité de déplacer l'une sur l'autre les deux parties de la jointure affectée, les souffrances très vives produites par la pression et la palpation, en un mot, la plupart des signes qui caractérisent la tumeur blanche, c'est-à-dire l'arthrite chronique avec désorganisation des ligaments et des extrémités osseuses ou cartilagineuses, et des fongosités résultant de la transformation des parties molles sous-cutanées. Mon pronostic fut donc d'abord très sombre; j'avais le droit d'être inquiet sur l'issue de cet état pathologique, car je constatais en même temps les signes d'une anémie très prononcée. Cependant, lorsque j'appris que le début du mal ne remontait qu'à trente ou quarante jours, qu'on pouvait faire entrer en ligne de compte des antécédents rhumatismaux héréditaires et des conditions professionnelles spéciales, quand je vis que l'état fébrile était peu intense et diminuait de jour en jour, je pus espérer qu'on obtiendrait une amélioration sérieuse dans un état qui ne serait peut-être pas devenu aussi fâcheux s'il eût été combattu, dès le principe, par un traitement rationnel. La médication employée consista à l'extérieur en dérivatifs fréquemment appliqués, et je fis usage en même temps, à l'intérieur, d'un des médicaments qui ont le plus d'action sur les manifestations rhumatismales du jeune âge, le salicylate de soude. Il ne fut pas nécessaire d'immobiliser le membre malade et la compression ne fut pas tentée. Je n'ai pas l'habitude de recourir à ce moyen dans l'arthrite subaiguë ou chronique, tant qu'elle s'accompagne de douleurs vives, spontanées ou provoquées par des ébranlements ou des attouchements. Dans le cas actuel, au moment où les souffrances diminuèrent, l'amélioration, sous tous les autres rapports, devint si évidente, que la thérapeutique locale la plus simple était certainement celle qu'il valait le mieux mettre en usage. Quoi qu'il en soit, les vésicatoires, les cautérisations transcurrentes répétées, le salicylate de soude, amenèrent, dans la situation du jeune R..., une modification si complète que, deux mois après son entrée dans ma salle, il pouvait quitter le lit, et, un mois plus tard, il allait à la campagne et marchait sans souffrir, sans boiter, sans présenter de déformation articulaire, sans être affligé de ces atrophies des muscles voisins de l'articulation malade qu'on observe, si fréquemment, chez les jeunes sujets qui ont été forcés de rester couchés pendant de nombreuses semaines.

Nous voyons assez souvent, à l'hôpital des Enfants, des tuméfactions et des raideurs articulaires disparaître, sous l'influence d'un traitement convenable, sans laisser de traces, même lorsqu'elles ont persisté pendant des semestres ou des années. Toutefois leur disparition est d'autant plus probable que leur existence est moins ancienne au moment où le malade commence à être soigné. Les arthrites enfantines deviennent souvent incurables, parce qu'elles ont été négligées à leur début; mais il faut reconnaître que certains cas ne sont susceptibles d'aucune amélioration et aboutissent à des infirmités et à des difformités qui durent toute la vie, même quand on les a combattues, dès leur première période, avec une thérapeutique et une hygiène qui n'ont rien laissé à désirer. L'insuccès de la médication peut presque toujours alors s'expliquer par la débilité spéciale du petit malade ou par des conditions diathésiques particulières. Lutter avec énergie et persistance contre les progrès de toute phlegmasie de l'appareil locomoteur, quelles que soient ses allures et son ancienneté, est le devoir de tout médecin expérimenté. Il n'est jamais permis de se décourager, avant d'avoir tenté la lutte, même s'il s'agit d'un malade anémique, émacié et profondément débilité.

C'est avec les révulsifs vigoureusement appliqués à de fréquentes reprises qu'il faut agir surtout, et ce sont ces moyens qu'il est rationnel d'employer tout d'abord. Il est nécessaire de tenir le malade immobile et dans une température élevée pendant les mauvaises saisons. Les mouvements sont presque toujours si pénibles en pareille circonstance que l'enfant évite instinctivement de se déplacer; il est donc le plus souvent inutile de recourir à des gouttières ou à d'autres appareils immobilisateurs, à moins qu'il ne s'agisse de corriger une attitude vicieuse. Quand les souffrances locales n'existent plus et quand les mouvements recommencent à être possibles, il faut les faire exécuter lentement et petit à petit, en évitant toutes les brusques secousses. J'ajouterai que l'électricité par les courants constants, puis par les courants induits, est, dans bien des cas, formellement indiquée pour combattre les effets d'une atrophie musculaire qui accompagne la plupart des maladies articulaires dont l'évolution est lente et la guérison tardive, et que souvent cette guérison ne devient complète que grâce à l'emploi des toniques administrés avec persévérance et combinés avec l'emploi de l'eau de mer ou des douches et des bains donnés avec les eaux thermales de certaines stations, telles que Bourbonne, Salins, Plombières, Néris, Aix en Savoie, Challes ou Cauterets. Ce ne sont pas les moyens thérapeutiques qui nous manquent, lorsqu'il s'agit de traiter les arthrites infantiles; mais il n'est pas toujours facile d'obtenir qu'on s'en serve avec méthode et avec modération.

SUR LE DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'ESTOMAC.

Par M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

A l'inverse de ce qui se passe généralement, ce travail n'a pas pour but de montrer une acquisition nouvelle dans le domaine de la clinique médicale, mais au contraire l'embarras où l'on se trouve pour affirmer le diagnostic du cancer de l'estomac et les obscurités qui entourent ce diagnostic.

Ces obscurités résultent surtout de trois circonstances : d'abord de la difficulté où l'on se trouve aujourd'hui à préciser le mot *cancer*, puis de la lenteur que mettent les altérations cancéreuses de l'estomac à se développer, puis enfin surtout de la connaissance beaucoup plus complète d'un état pathologique surtout étudié pendant ces dernières années, je veux parler de la dilatation de l'estomac avec épaississement des parois.

Les progrès de l'histologie ont puissamment ébranlé le mot *cancer*, et, comme le dit Cornil, ce mot, compris comme synonyme de tumeur maligne, n'a plus sa raison d'être. La dissociation du groupe multiple des tumeurs qu'on avait associées sous ce mot générique de *cancer* a pu se faire, pour les tumeurs externes ou chirurgicales. Mais il n'en a pas été de même pour les tumeurs malignes internes et en particulier pour celles de l'estomac, et nous comprenons encore aujourd'hui très probablement sous le nom de cancer des affections qui n'ont de commun que leur incurabilité et leur terminaison toujours fatale. Nous n'avons encore pu classer les différentes ulcérations dites carcinomateuses de l'estomac dans des groupes distincts.

Cependant ces divisions doivent exister et je me fonderai surtout pour les établir sur la durée d'évolution de certains cancers de l'estomac. A cet égard, on peut observer de grandes différences qui tiennent, les unes au siège du cancer, les autres à la variété de la lésion que l'on observe. On comprend facilement qu'une lésion cancéreuse peu étendue du côté du pylore ou du cardia puisse entraîner des symptômes d'une haute gravité et une mort rapide, non par la lésion elle-même, mais par les désordres qu'elle entraîne dans la nutrition. On comprend aussi comment la chirurgie, dans ces dernières années, a proposé d'intervenir soit par la gastro-stomie, soit par la gastrectomie et que, malgré de nombreux échecs, elle peut enregistrer dans ces cas des succès relatifs.

Quant à la variété des altérations cancéreuses, il est certain qu'il existe des cancers de l'estomac dont l'évolution est extrêmement lente. Si l'on se reporte aux statistiques de Brinton, de Lebert, de Valleix, la durée moyenne du cancer de l'estomac serait de treize mois, la durée maxima correspondant à trente-six mois, la durée minima à un mois.

Je crois, pour ma part, que la durée maxima ne peut être beaucoup plus considérable, et le cas le plus curieux que j'ai été à même d'observer à cet égard est celui que j'ai examiné avec le docteur Leroy-Desbarres à Saint-Denis. Depuis dix ans ce malade éprouvait des troubles du côté de l'estomac avec vomissement de matière noire. Examiné successivement à cette époque par Potain et par Béhier, on avait émis la pensée d'un cancer de l'estomac. Grâce à un régime lacté exclusif auquel se soumit régulièrement le malade pendant ces dix années, les symptômes disparurent assez pour permettre à ce malade de reprendre sa vie habituelle, sauf toutefois de légères rechutes. Je revis ce malade l'année dernière pendant une de ces rechutes et, nous fondant sur la durée de l'affection, M. le docteur Leroy-Desbarres et moi, nous avons pensé, malgré l'âge avancé du sujet, qui avait plus de soixante-dix ans, qu'il s'agissait soit d'une gastrite ulcéreuse, soit d'un ulcère de l'estomac.

Quelque temps après le malade mourut et à l'autopsie on constata un véritable cancer, dont la nature nous fut confirmée par l'examen microscopique.

Je sais bien que dans cette observation on peut bien se demander si le malade n'a pas eu successivement un ulcère de l'estomac, puis un cancer, et cela d'autant plus qu'il y a des cas où la nature d'un ulcère peut se recouvrir d'un véritable champignon, ainsi que j'ai pu en observer un exemple; il s'agissait d'une femme âgée de trente-six ans, présentant tous les symptômes caractéristiques d'un *ulcus rotondum* de l'estomac. Cette femme prit la variole dans mon service; elle fut transportée dans les salles d'isolement dirigées par M. Gombault et y succomba; l'autopsie révéla deux ulcères de l'estomac, dont l'un, en voie de cicatrisation, était recouvert d'un champignon charnu et vasculaire, mais il ne s'agit pas ici de carcinomes, et l'examen histologique permit d'en reconnaître la nature exclusivement vasculaire.

Je persiste donc à croire que mon malade de Saint-Denis portait un cancer dont l'origine remontait au moins à dix années.

Cette lenteur dans l'évolution d'un cancer jette donc de grandes obscurités sur le diagnostic du cancer de l'estomac; mais ces obscurités sont devenues encore beaucoup plus grandes depuis que nous connaissons mieux une affection qui a avec le cancer de l'estomac de telles analogies, que les symptomatologies de ces deux affections se confondent en une même : description; je veux parler de la dilatation de l'estomac.

Par ce mot *dilatation*, je n'entends pas l'état de relâchement des fibres musculaires, sur lequel M. Bouchard a appelé l'attention, mais bien cette augmentation énorme du volume de l'organe, avec épaississement des parois succédant le plus ordinairement à l'inflammation chronique des différentes couches de l'estomac que Brinton a bien décrite sous le nom de *linitis stomacal*.

Quoiqu'on trouve dans les anciens plusieurs faits isolés décrivant bien cette dilatation énorme de l'estomac comme celui décrit en 1696 par Mauchart, c'est le père de notre collègue Duplay qui en 1833 a réuni le premier toutes ces observations sous le nom de dilatation morbide de l'estomac. Andral avait aussi décrit ces vastes dilatations sous le nom d'asthénie de l'estomac; enfin Chomel a dû comprendre sous le nom de dyspepsie des liquides un certain nombre de ces faits.

Ici l'estomac est énorme et occupe quelquefois toute la cavité abdominale, et pour établir le diagnostic de cette affection avec le cancer, nous ne pourrions invoquer ni l'âge, ni le sexe, ni la cachexie, ni les symptômes locaux. Le sexe, l'on sait d'après les statistiques de Brinton combien la fréquence du cancer de l'estomac est plus grande chez l'homme que chez la femme; il en est de même de la dilatation de l'estomac, et il y a beaucoup plus d'hommes que de femmes qui en sont atteints, et cela par ce seul fait de l'abus plus fréquent des boissons alcooliques chez l'homme que chez la femme.

L'âge ne sera pas un meilleur guide, et sauf quelques cas exceptionnels où j'ai observé chez des adultes et même chez de jeunes enfants de la dilatation de l'estomac, la plupart de mes observations portent sur des individus au-dessus de quarante ans. La cachexie ne peut nous fournir de meilleurs renseignements. Il y a quelques années, il était de règle de dire que, d'une manière générale, toutes les fois que chez un homme âgé de quarante ans apparaissent des troubles gastriques profonds accompagnés de signes généraux de cachexie, il y avait plus de raison de croire à un cancer de l'estomac qu'à une gastrite; cette opinion a été maintenue plus récemment par le docteur Chesnel ainsi que par M. Caillau.

C'est là une erreur, car la dilatation de l'estomac, lorsque l'on n'intervient pas par une méthode active de traitement, entraîne des troubles de nutrition assez intenses pour produire un état cachectique aussi marqué que chez les cancéreux et avant que le lavage fut appliqué à la cure des affections stomacales, les individus atteints de dilatation considérable de l'estomac succombaient au dépérissement produit par cette affection.

Il y a plus, la phlegmatia alba dolens que Trousseau considérait comme un signe absolument caractéristique et qui permettait de faire cesser toute indécision lorsqu'on hésitait entre une gastrite chronique, un ulcère simple et un carcinome peut se montrer aussi dans le cours de la dilatation de l'estomac.

En résumé, ni l'âge, ni le sexe, ni l'état cachectique ne nous fournissent d'indications suffisantes pour affirmer le diagnostic. Serons-nous plus heureux avec les symptômes locaux? Je ne m'occuperai particulièrement que de deux symptômes : les vomis-

sements sanguins et la présence d'une tumeur au niveau de l'estomac.

Je laisserai de côté les autres symptômes et en particulier la douleur. Je ne connais pas de plus mauvais signe du cancer que la douleur : il y a des individus manifestement atteints du cancer de l'estomac qui n'en ont jamais souffert, tandis qu'elle peut apparaître avec les caractères lancinants que lui attribue Brinton dans un grand nombre d'affections de l'estomac autres que le cancer.

Quant aux hématémèses, on a soutenu jusque dans ces derniers temps que les vomissements noirs (marc de café) étaient un symptôme caractéristique du cancer de l'estomac, tandis qu'au contraire l'apparition de sang non altéré caractérisait l'ulcère de l'estomac.

Si je m'en rapporte à mes observations personnelles, le vomissement noir se montre aussi fréquemment dans la gastrite chronique avec dilatation que dans le cancer, et je connais, pour ma part, un grand nombre de malades qui ont eu pendant longtemps des vomissements (marc de café) et qui sont aujourd'hui dans un état de santé parfaite, et cela depuis bien des années. Le cas le plus intéressant que j'aie vu à cet égard est celui d'un riche Arménien qui m'était adressé de Constantinople comme atteint de cancer de l'estomac. Ce malade en effet était cachectique avec œdème des jambes, il avait des vomissements noirs (marc de café). Le professeur Germain Sée, qui vit avec moi ce malade, ordonna le lavage, qui fut pratiqué par notre collègue Sevestre, et, depuis quatre ans, ce malade jouit d'un état parfait de santé, à condition toutefois de se laver de temps en temps l'estomac, qui reste dilaté.

Les vomissements noirs ne sont donc pas un signe de cancer, ils se produisent dans tous les cas où la muqueuse stomacale est congestionnée et exulcérée.

Quant à la tumeur, il est bien certain que, lorsqu'on perçoit une tumeur volumineuse bosselée au niveau de l'estomac avec tous les symptômes que je viens d'énumérer, on peut affirmer son diagnostic. Malheureusement, quoi qu'en ait dit Brinton, ces cas sont rares, et il est bien des cas où l'on ne perçoit rien, malgré l'étendue de la tumeur, et je vous signalerai à cet égard la curieuse observation de notre collègue Debove où une gastrotomie exploratrice permit de reconnaître un cancer étendu de l'épiploon et de l'estomac, tandis que le palper ne faisait percevoir aucun symptôme.

D'autre part la dilatation de l'estomac avec épaississement de l'estomac peut donner à cette région un état d'empâtement de résistance qui fait pencher vers le cancer, quoiqu'il ne s'agisse que d'une dilatation avec épaississement des parois. Souvent même l'estomac, subissant des mouvements péristaltiques, produit lors de l'examen des tumeurs mobiles qui peuvent encore être une cause d'erreur.

On voit donc, sauf les cas de tumeurs bien nettes et bosselées, combien est difficile le diagnostic fourni par l'examen local.

Frappés de ces difficultés, quelques médecins ont pensé que l'on pouvait lever tous les doutes soit en s'adressant directement à l'estomac, soit en examinant les déchets de la nutrition, c'est-à-dire l'urée ; ce sont ces deux points que je vais examiner rapidement.

En Allemagne, on a songé à distendre l'estomac par des mélanges gazeux. J'ai tenté deux fois cette expérience et je n'ai pu obtenir des mélanges gazeux aucun élément de diagnostic.

L'autre méthode consiste à examiner directement le suc gastrique et à constater son altération et en particulier la diminution de l'acide qu'il renferme. On a soutenu en effet en Allemagne que le cancer de l'estomac modifiait profondément la sécrétion du suc gastrique, quelque petite que soit son étendue, et c'est ce qui expliquerait pour ces médecins les troubles profonds de la nutrition dans le cancer, la peptonisation devenant insuffisante. Tout en reconnaissant que le lavage de l'estomac nous permet de recueillir le sucre gastrique dilué et de l'étudier mieux qu'on ne le faisait auparavant, nous ne sommes pas encore assez avancés sur les modifications qu'apportent les affections de l'estomac à la composition du suc gastrique, pour baser sur ses modifications chimiques le diagnostic des affections stomacales.

M. Rommelaere (de Bruxelles) a pris une autre voie en présence des difficultés cliniques et histologiques où l'on se trouve pour définir aujourd'hui le cancer. Rommelaere a soutenu que la malignité des tumeurs se caractérise par une viciation de la nutrition intime, cette viciation ne se rencontrant pas dans les tumeurs bénignes. Pour apprécier cette altération de la nutrition, il s'adresse à l'examen total de l'urée rendue dans les vingt-quatre heures, et c'est cet examen qui lui permet d'établir son diagnostic.

Ainsi, dans huit cas de cancers de l'estomac, la quantité d'urée a varié entre 6 et 11 grammes; elle a été en moyenne de 9 grammes; dans les cas où le cancer se porte à la fois sur la face et l'estomac, elle a été en moyenne de 10 grammes; dans les cas de cancer du foie, elle a été en moyenne de 8 grammes; enfin, dans les cas de cancer utérin, la moyenne a été de 9 gr. 29. En examinant comparativement les gens atteints de dyspepsie et d'ulcère simple de l'estomac, il a trouvé, au contraire, un chiffre variant entre 17 et 35 grammes.

On pourrait donc établir, d'après M. Rommelaere, cette loi : « Que lorsque l'on est en présence d'une affection chronique de l'estomac et que l'on hésite dans le diagnostic, si l'examen des urines, répété pendant plusieurs jours de suite, donne un chiffre total inférieur à 10 grammes d'urée, on doit incliner du côté du cancer. »

J'ai, dans mon service, appliqué le procédé de Rommelaere, je me suis servi du procédé de Regnard, et voici, en résumé, à quels résultats je suis arrivé chez 10 malades où cet examen a été pratiqué :

Cancers probables.

Noms des malades.	Durée des observations.	Moyenne de l'urée.
1° Auguste D.........	9 jours.	6 grammes.
2° Pierre D..........	10 —	7 —
3° Louise G..........	10 —	4 —
4° Marcellin T........	5 —	5 —

Gastrites ulcéreuses.

Noms des malades.	Durée des observations.	Moyenne de l'urée.
1° Joseph B..........	19 jours.	25 grammes.
2° Émile D...........	5 —	20 —
3°	5 —	22 —
4° Isidore J..........	15 —	24 —
5° Nelly F............	7 —	26 —

Ulcère de l'estomac.

Nom du malade.	Durée de l'observation.	Moyenne de l'urée.
Charles M............	5 —	20 grammes.

Si l'on s'en rapportait à ces observations, on y trouverait une confirmation éclatante des théories du médecin belge, et un fait récent qui vient de se passer dans mon service montre que l'examen de l'urine ne fournit pas toujours un guide suffisant pour le diagnostic des tumeurs cancéreuses. Chez une femme, âgée de soixante-six ans, cachectique et présentant à la région de l'estomac une induration fort nette se prolongeant avec le foie, j'avais diagnostiqué un cancer du foie propagé à l'estomac. L'examen de l'urée fait pendant plusieurs jours avait indiqué une quantité d'urée ne dépassant 4 grammes par jour, et à l'autopsie nous trouvons un kyste hydatique à parois résistantes et fort épaisses. D'ailleurs la quantité d'urée est en rapport direct avec l'alimentation et la nutrition, et tout en reconnaissant que chez les gens atteints de cancer la nutrition est plus profondément altérée que dans les autres affections de l'estomac et en particulier de l'ulcère simple, on comprend facilement que la quantité d'urée soit fort variable et ne puisse fournir un élément positif de diagnostic ; cependant nous ne devons pas perdre les précieuses indications fournies par Rommelaere.

J'avais pensé que le résultat du lavage de l'estomac dans les dilatations permettait d'établir le diagnostic et que, lorsque le malade revenait à la vie, grâce à cette méthode, on devait penser à une affection autre que le cancer. Je doute aujourd'hui de mon

affirmation, et voici pourquoi : j'ai des malades qui, depuis deux ans, ont repris pour ainsi dire leur occupation habituelle, à cette condition de continuer régulièrement le lavage, ce qui est une loi dans les grosses dilatations de l'organe et il ne m'est pas démontré qu'ils n'ont pas de cancer.

J'ai à cet égard deux faits intéressants. En premier lieu, il s'agit d'une dame dont les aïeux et le père et la mère sont tous morts de cancer, qui offre de plus un état cachectique notable; cette malade depuis trois ans se lave l'estomac. Grâce à cette méthode, ses fonctions digestives se sont rétablies, mais, malgré ce bénéfice, je crains qu'elle ait un cancer.

Depuis plus de six mois j'ai à l'hôpital un malade, cachectique, avec vomissements, mais le lavage de l'estomac a ramené un rétablissement presque complet; il a eu une pneumonie dont il a guéri. Aujourd'hui, cet homme continue à s'affaiblir, et j'ai l'intime persuasion qu'il a un cancer de l'estomac.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 juillet 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Hernie inguinale étranglée, anus contre nature, guérison. — M. **TRÉLAT** communique l'observation d'une femme de cinquante-trois ans qui entra, le 2 juin au soir, dans son service, atteinte d'une hernie inguinale droite étranglée. L'interne de garde pratiqua l'opération et trouva un foyer fécal en dehors de l'intestin qui présentait deux petites fistules. En présence de cet état de choses, il ne réduisit pas, réséqua toute la partie malade de l'intestin, sutura la muqueuse intestinale à la plaie abdominale et établit ainsi un anus contre nature ou plutôt une large fistule stercorale. Il y eut, à la suite de cette opération, quelques accidents, un peu d'ictère, puis tout s'amenda, s'apaisa et, vers la fin de juin, la malade pouvait être considérée comme guérie avec une fistule stercorale. Autour de cette fistule se développa un violent érythème avec ulcération douloureuse; les moyens ordinaires, le collodion, restèrent sans résultat. Au commencement de juillet, M. Trélat prescrivit régulièrement le traitement suivant : Tous les deux jours un grand bain, tous les cinq jours une bouteille d'eau de Sedlitz; puis, dans l'intervalle, de l'opium, dans le but d'amener de la constipation. Cette médication, qui lui avait déjà très bien réussi sur deux autres malades semblables, eut ici un plein succès et aujourd'hui cette malade est absolument et spontanément guérie de sa fistule stercorale.

Ostéoclasie, ostéotomie. — M. **TRÉLAT** rappelle que M. Robin (de Lyon) a présenté, dans la séance du 27 mai, un grand garçon qu'il avait rencontré dans les rues de Lyon et qui était atteint d'un genu valgum double avec 31 centimètres d'écartement. Ce jeune homme entra dans le service de M. Trélat où M. Robin lui fit subir, le 28 mai, une double ostéoclasie avec son appareil. Ce malade fut ensuite placé dans un appareil plâtré sans redressement; huit jours après, soumis de nouveau au chloroforme, il fut placé dans un nouvel appareil plâtré avec redressement, appareil dans lequel il resta pendant trente-deux jours. Il souffrit pendant vingt-quatre heures, puis ne se plaignit plus. Après trente-deux jours, il y avait un cal indolent, un peu d'épanchement dans les genoux. Les membres étaient redressés et solides. Le résultat définitif est excellent.

A la même époque, M. Trélat traita comparativement par l'ostéotomie une jeune fille atteinte de la même difformité. L'opération pratiquée avec les ostéotomes de Mac Even fut simple et sans complications. Un premier appareil plâtré avec redressement immédiat fut appliqué, puis un second le seizième jour. Le trentehuitième jour, l'appareil est supprimé et la plaie est complètement guérie. Il y eut, à la suite de cette ostéotomie, moins de douleur qu'à la suite de l'ostéoclasie. Au point de vue du résultat définitif, le redressement est parfait dans les deux cas. Les deux malades ont été exempts de toute complication. Toutefois la comparaison de ces deux cas donne l'avantage à l'ostéoclasie.

M. **VERNEUIL** a vu deux malades, l'un redressé par le redressement mécanique, l'autre par l'ostéotomie. Le résultat obtenu dans ces deux cas fut très bon. Toutefois ces malades marchent mal; ce que M. Verneuil attribue à la mobilité latérale du genou, mobilité qui peut être la conséquence du genu valgum lui-même.

M. **BOUILLY** a pratiqué récemment une ostéotomie pour un genu valgum. Le résultat a été exactement le même que dans le cas que vient de communiquer M. Trélat.

M. **BERGER** fait observer que le malade présenté par M. Trélat offre une saillie considérable des condyles internes des fémurs et monte sur le bord externe des deux pieds.

M. **TILLAUX** rappelle avoir présenté, il y a dix ans, les premiers malades atteints de genu valgum et opérés par lui. Il a revu ces malades, la guérison s'est maintenue; l'un d'eux peut exercer sa profession de garçon boucher. Un seul a conservé une certaine faiblesse dans les jambes.

M. **POLAILLON** a opéré une petite fille de six ans; il lui a pratiqué une ostéoclasie qui a été suivie de succès. Il insiste sur un fait important à connaître, le relâchement des ligaments latéraux.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE**, d'après les faits qui lui sont personnels, croit que les malades marchent plus vite après l'ostéotomie qu'après l'ostéoclasie.

Traumatisme et tuberculose. — M. **KIRMISSON** fait une communication sur les rapports du traumatisme et de la tuberculose. (Com. MM. Chauvel, Terrillon, Polaillon.)

Syphilis congénitale. — M. **KIRMISSON** présente une jeune fille atteinte de syphilis congénitale.

Polype utérin. — M. **POLAILLON** présente un énorme polype utérin qu'il a opéré dans les conditions suivantes : il s'agissait d'une femme de quarante-trois ans qui arriva à l'hôpital portant cette énorme tumeur entre les jambes. Cette tumeur était un polype inséré au fond de l'utérus qui se trouvait, par ce fait, complètement retourné, ainsi qu'il fut facile de s'en assurer par le toucher. La surface de la tumeur était ulcérée et d'une odeur fétide. M. Polaillon en fit la section avec le thermo-cautère, s'attendant bien à ouvrir le fond de l'utérus et ayant pris toutes les précautions antiseptiques et hémostatiques en conséquence. Il fit une ligature en masse. Il n'y eut pas d'accidents, pas de péritonite, et la malade est aujourd'hui complètement guérie.

La séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIII[e] SESSION, 1884).

Parmi les communications qui doivent être faites pendant le cours de cette session, qui se tiendra à Blois du jeudi 4 au jeudi 11 septembre 1884, nous relevons avec le nom des auteurs celles qui intéressent plus particulièrement la section de médecine et de chirurgie, et la sous-section d'hygiène. Ce sont :

M. Bessette. Le thermocautère dans le traitement de gangrènes spontanées. — Observation de gangrène du pied gauche de nature glycosurique enrayée par le thermocautère.

M. Blarez. Sur le dosage de l'acide salicylique.

M. Bouchereau. De l'assistance des enfants débiles ou arriérés.

M. Burdel. De l'importance des eaux potables dans les villes au point de vue de l'hygiène publique et de l'alimentation.

M. Chaumier (E.). De la nature épidémique et contagieuse de la pneumonie franche. — Du traitement de la pneumonie franche par les bains (quatorze observations). — De la nature épidémique et contagieuse de l'impétigo. — De la nature de la tourniole et du panaris. — Une complication des plaies non décrite par les au-

teurs. — Une maladie à manifestations multiples. L'asthme chez les jeunes enfants.

M. Delthil. De la prophylaxie des affections contagieuses, en particulier de la diphtérie, par les fumigations. Action des carbures produits par le mélange d'essences de térébenthine, de lavande, de citron, pétrole, etc., combinés avec le goudron. — Du traitement spécifique de la diphtérie par la combustion d'un mélange d'essence de térébenthine et de goudron de gaz. — Traitement des fractures de la cuisse au tiers supérieur par la position du membre dans l'adduction. — De l'ulcération diphtéroïde de la coqueluche et sa valeur. — De la cystocèle vaginale, sa guérison sans opération par l'application simultanée de la sonde Sims dans la vessie et du ballon à air dans le vagin. — Causerie sur la médecine. — Étude sur la renaissance de la médecine dans le Blésois. — Recherches sur les célébrités médicales. — Étude sur les fous d'office du Blésois.

M. Doutrebente. Idiotie congénitale, avec présentation de trois crânes d'idiots géants.

M. Durand-Claye. Sur l'assainissement de Paris.

M. Gagny (P.). Sur la ligature élastique en chirurgie vétérinaire.

M. Hanriot. Sur les produits d'oxydation de la strychnine.

M. Henrot (H.). De l'assainissement des salles de malades dans les hôpitaux. — De l'hémoglobinurie.

M. Huchard. De l'origine diathésique et du traitement antidiathésique des névroses.

M. Lantier. Commodité, sûreté et précision de la transfusion du sang en nature par le moyen du bord L - A de l'appareil chirurgical et pneumatique à effets triples et indépendants du docteur Lantier. — Efficacité de la teinture balsamique contre la blennorrhagie et contre les chancres vénériens et syphilitiques. — Doctrine et traitement de l'auteur pour la conservation des membres blessés à la guerre et dans l'industrie.

M. Letourneau. Œdème des nouveau-nés.

M. Leudet. Contribution à l'étude de certaines formes d'artérites.

M. Lortet. Causes de déformation des crânes syro-phéniciens.

M. Lutaud. Des mesures prises en Angleterre pour l'isolement des infectieux et notamment des varioleux.

M. Manouvrier. Étude expérimentale de quelques séries anthropologiques au point de vue de la méthode des moyennes.

M. Martin (A.). La prophylaxie du choléra à l'intérieur de la France.

M. Motais. De la capsule de Ténon au point de vue anatomique et physiologique. — De l'ongle chirurgical, ses applications en chirurgie. — Anatomie et physiologie des muscles moteurs de l'œil. — Présentation de pièces.

M. Napias. Nouvelles recherches sur l'hygiène des ouvriers et ouvrières en fleurs artificielles.

M. Nicaise. Des pansements antiseptiques. — Des prédispositions locales au développement du cancer secondaire.

M. Pineau. Observation de néoplasme consécutif à un traumatisme.

M. Rabourdin. Chambre noire donnant le relief stéréoscopique et théorie de la vision chez l'homme et les animaux. — Vision binoculaire et polyloculaire.

M. Rédard. Désinfection des matières typhoïdes. — Puissance comparée des agents désinfectants.

M. Rochard. L'épidémie de choléra de 1884 et les mesures qu'elle comporte.

M. de Touchimbert. Sur le climat du Poitou.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets en date du 30 juillet 1884 :

M. Lannelongue, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris.

M. Armand Gautier, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret en date du 30 juillet :

Dans les gares de chemin de fer, où le ministre du commerce jugera utile d'organiser un service de surveillance médicale, les médecins désignés par le préfet du département auront le droit d'obliger les voyageurs qui seraient reconnus malades à suspendre leur route ; ils pourront les faire transporter, pour leur donner leurs soins, dans des locaux spéciaux aménagés à cet effet en dehors mais à proximité des gares.

— En exécution du décret qui précède, le ministre du commerce a pris à la même date l'arrêté dont voici le texte :

Article premier. — Un service de surveillance médicale sera organisé dans les gares ci-après désignées :

Réseau Paris-Lyon-Méditerranée. — Cannes, Tarascon, Avignon, Valence, Lyon, Mâcon, Dijon, Nîmes, Montpellier, Clermont.

Réseau du Midi. — Cette, Narbonne, Toulouse, Montauban, Bordeaux, Tarbes.

Réseau d'Orléans. — Périgueux, Limoges.

Art. 2. — Les préfets désigneront les médecins qui seront chargés de ce service.

Art. 3. — Ces médecins seront tenus de se trouver dans les gares au passage des trains pouvant amener des voyageurs venant des localités contaminées.

Art. 4. — Il leur sera attribué, pour chaque vacation, une indemnité de dix francs imputable sur les fonds du service sanitaire.

— *Choléra.* — Depuis notre dernier bulletin les nouvelles de l'épidémie sont les suivantes :

Marseille. — Le 31 juillet, 26 décès; le 1er août, 22 décès; le 2 août, 16 décès, dont 3 à l'hôpital du Pharo, qui dans cette journée n'a reçu que 5 entrants; le 3 août, huit heures du soir, 15 décès. La situation à l'hôpital du Pharo est de 4 entrées, 2 sorties, 3 décès et 72 malades en traitement.

D'après le relevé officiel des décès cholériques à l'hôpital du Pharo, depuis le commencement de l'épidémie, nous voyons que 22 cholériques (16 hommes et 6 femmes) sont morts en arrivant à l'hôpital ; 12 (8 hommes et 4 femmes) ont succombé une heure après leur arrivée ; 9 (6 hommes et 3 femmes) sont décédés deux heures après leur entrée. Le chiffre officiel des décès cholériques pour Marseille, du 27 juin au 31 juillet inclusivement, est de 1,238, soit une moyenne d'un peu plus de 35 par jour.

Toulon. — Le 31 juillet, 7 décès; le 1er août, 6; le 2, 6 Dans cette journée aucun décès n'a eu lieu à Saint-Mandrier, non plus qu'à l'hôpital Bon-Rencontre. Dans ce dernier hôpital il n'y avait eu aucune entrée, et le nombre des malades en traitement se trouvait réduit à 28. A Saint-Mandrier, le chiffre des entrées avait été de 3 seulement et celui des malades en traitement n'était plus que de 91. « Tous, disait la dépêche officielle adressée au ministre de la marine, étaient en voie de guérison. » Le 3 août jusqu'à cinq heures du soir, 2 décès. La situation était de 5 entrées, 2 sorties, 1 décès et 30 malades en traitement à l'hôpital Bon-Rencontre, et de 1 entrée, 7 sorties, 0 décès, et 85 malades en traitement à Saint-Mandrier.

Arles. — Le 31 juillet, 8 décès dont 4 à l'hôpital; le 1er août, 8 décès également ; le 2 août, 4 décès dont 3 à l'hôpital. A cette date on comptait 18 cholériques à l'hôpital de cette ville, dont 8 en pleine maladie et 10 en voie de convalescence; le 3 août, 1 décès en ville, 12 malades à l'hôpital dont 7 convalescents. Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 2 août inclusivement, le fléau a fait à Arles 129 victimes, dont 78 en ville, 31 à l'hôpital, 18 à la campagne et 2 soldats.

Aix. — Du 31 juillet au 1er août, 6 décès ; — le 1er août, 1 décès; — le 2 août, 0 décès dans la ville, pas de nouveaux cas, 2 décès dans les environs : 1 à Trets et 1 à Peynier.

Vogüé (Ardèche). — 3 nouveaux décès auraient été enregistrés le 29 juillet et 10 malades seraient actuellement en traitement à

la Villedieu, située à quelques kilomètres de là ; 8 décès par cholérine auraient été constatés.

Enfin, parmi les autres localités, on signale : 1 décès à Montfort-sur-Argens, 1 décès à la Seyne, 1 au Tholonet, 1 à Berre, 1 décès à Avignon et 2 nouveaux cas, 3 nouveaux décès à l'asile des aliénés de Montdevergne.

D'autre part nous apprenons que depuis quelques jours déjà le choléra a fait son apparition dans plusieurs villes ou localités d'Italie, notamment à Pancalieri dans la province de Turin, où l'on compte actuellement 27 cas et 8 décès.

— Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, consulté sur l'admission des étudiantes en médecine, externes des hôpitaux de Paris, au concours de l'internat, a émis un avis favorable.

— *Faculté de médecine de Paris.* — A la suite du concours ouvert le mois dernier, sont nommés chefs-adjoints de clinique chirurgicale : MM. Guinard et Coudray.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Médecine clinique, par le professeur G. Sée et le docteur Labadie-Lagrave, médecin des hôpitaux. **De la phtisie bacillaire des poumons**, par le professeur G. Sée. 1 vol. in-8° avec deux planches en chromolithographie. — Prix : 11 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Antiseptiques et maladies infectieuses. Du cuivre contre le choléra et la fièvre typhoïde, préservation et traitement, par le docteur Burq. In-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la douleur physique et morale au point de vue physiologique et pathologique, par le docteur Saint. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16555

N° 91. — JEUDI 7 AOUT 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 7 AOUT 1884. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Le rhumatisme blennorragique. — Hôpital Saint-Louis. Diagnostic des affections cutanées, symptomatiques de la diathèse herpétique. — Recherches sur le choléra à Toulon. — Thérapeutique. De l'emploi de la peptone phosphatée dans les vomissements incoercibles de la grossesse. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur le choléra se poursuit sans grande animation à l'Académie de médecine. Les mêmes mesures prophylactiques que M. Noël Gueneau de Mussy avaient recommandées l'année dernière contre la fièvre typhoïde, il est venu les préconiser de nouveau cette année contre le choléra. En effet, ces deux maladies se transmettent, suivant lui, de la même manière, surtout par les eaux et par les vidanges ; et pour empêcher que les vidanges ne contaminent les eaux courantes, il faudrait établir un service spécial dont le centre serait un bureau de santé muni des pouvoirs les plus étendus.

M. Bonnafond voudrait plus encore. Il propose d'aller éteindre le choléra dans ses foyers par l'assainissement des districts où il prend naissance dans l'Inde. A cet effet, un congrès sanitaire international serait nécessaire, et la France devrait en prendre l'initiative.

Par une faveur toute spéciale et bien méritée, l'Académie a autorisé M. Straus, quoique n'en étant pas membre, à lire, tant en son nom qu'au nom de son collaborateur M. Roux, l'exposé de leurs recherches sur la question à l'ordre du jour. On avait hâte de savoir à quoi s'en tenir, d'après les disciples de M. Pasteur, sur les bacilles en virgule de M. Koch. Incontestablement, ces bacilles existent. MM. Straus et Roux les ont trouvés en très grand nombre dans le contenu intestinal de certains cholériques ; mais ils doutent encore que ce soit là le microbe générateur du choléra.

En effet, non seulement ces bacilles en virgule peuvent complètement faire défaut alors qu'il s'agit du choléra le plus évident et le plus grave, mais il s'en trouve de semblables dans des liquides qui n'ont rien de cholérique, dans des écoulements leucorrhéiques, etc. D'ailleurs, jusqu'ici, en inoculant ce bacille en virgule, on n'est point parvenu à reproduire le choléra sur des animaux.

Le mémoire de M. Straus renferme une quantité de renseignements techniques qu'il est bon de lire en détail et que nous reproduisons ci-dessous.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Terrillon.

Le rhumatisme blennorragique.

Par une coïncidence bizarre, nous avons au même moment, dans la salle Sainte-Vierge, deux malades atteints d'une même affection relativement assez rare.

Voici, du reste, leur histoire :

Le premier est couché au n° 30 ; c'est un gros garçon de la Suisse allemande, âgé de vingt-sept ans. Depuis six semaines environ il avait dans le canal de l'urètre une blennorragie ordinaire, peu douloureuse, sans caractère spécial, lorsque, il y a cinq jours, à la suite d'une marche prolongée, il a été pris d'une douleur très vive dans la région de la hanche ; il s'aperçoit bientôt qu'il ne peut remuer la jambe du même côté sans souffrir, et que cette jambe n'a pas la même attitude que l'autre. Trois jours plus tard, il entrait dans nos salles et présentait les phénomènes suivants : douleur inguinale très vive, limitée à la région du muscle psoas, c'est-à-dire commençant à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope et descendant vers le petit trochanter ; douleur spontanée et à la pression, s'accompagnant d'un certain degré d'empâtement profond au même niveau, sans aucun élancement. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire superficiel, la veine fémorale repoussée par l'empâtement profond est un peu saillante, le tissu cellulaire est intact. La cuisse est fléchie sur le bassin avec rotation en dehors, le membre est impotent ; le malade ne peut pas lever la jambe ; néanmoins les mouvements imprimés à l'articulation coxo-fémorale ne sont pas douloureux ; la pression entre le grand trochanter et l'ischion ne détermine aucune souffrance. Mais nous constatons de la fièvre, de l'embarras gastrique, une certaine pâleur, et le malade a maigri rapidement.

Tels sont les phénomènes que nous présente cet homme, et qui nous laissent quelque peu dans le doute quant au diagnostic absolu. S'agit-il de ganglions profonds ? Non, rien ne vient nous l'indiquer. Est-ce le muscle psoas qui est en cause ? L'empâtement que nous observons ne remonte pas assez haut dans la fosse iliaque. Il ne paraît pas probable que ce soit l'articulation coxo-fémorale qui soit malade, puisque aucun des mouvements qu'on lui imprime ne détermine de douleur. Que reste-t-il alors ? La bourse séreuse située sous le psoas. Telle est la seule hypothèse qui, à la suite d'un premier examen, paraisse la plus rationnelle.

— L'histoire de notre second malade présente de grandes analogies avec la précédente. Depuis trois semaines il avait

une blennorragie purulente subaiguë lorsque, sans cause aucune, il a été pris tout à coup dans son lit d'une douleur très vive dans la région inguinale, douleur s'accompagnant bientôt de fièvre et d'embarras gastrique. Douleurs inguinales, empâtement profond, flexion et rotation en dehors de la cuisse, impotence du membre : tels sont les phénomènes auxquels s'ajoute un symptôme plus spécial, c'est-à-dire une douleur au niveau de la capsule fémorale à la pression et qui permettrait peut-être davantage, chez cet homme, de songer que l'articulation est prise.

Voilà donc deux cas assez rares de manifestations blennorragiques dans la région de l'aine, mais assez obscures comme siège ; ils vont nous permettre de vous apprendre ce que l'on entend par rhumatisme blennorragique.

Cette maladie est une affection rhumatismale survenant dans le cours d'une blennorragie, non pas par le fait d'une simple coïncidence, mais bien comme un rhumatisme spécial se développant sans aucune autre espèce de cause que la chaude-pisse. Il n'est pas rare de voir des malades, guéris d'un premier rhumatisme survenu dans ces conditions, n'en présenter une nouvelle atteinte que s'ils contractent une seconde blennorragie. Ce rhumatisme a des allures spéciales. Il est aussi fréquent chez l'homme que rare chez la femme. Il a aussi ceci de spécial qu'il affecte seulement certaines articulations, notamment les grandes, telles que le genou, le coude, la hanche, et que, lorsqu'il atteint les petites articulations, c'est plutôt secondairement ; enfin, que le plus souvent il est mono-articulaire.

Tantôt le rhumatisme articulaire s'accompagne d'épanchement, d'hydarthrose ; tantôt il revêt la forme ankylosante et, dans l'espace de douze à quinze jours, l'ankylose est à tout jamais effectuée par la formation rapide d'adhérences fibreuses et devient alors incurable.

Mais le rhumatisme peut aussi envahir d'autres tissus. Ainsi : 1° on croit quelquefois avoir affaire à une affection articulaire, tandis que ce sont les gaines tendineuses voisines qui sont prises, et l'on a alors une synovite tendineuse avec gonflement et épanchement ; 2° il peut envahir le système musculaire, les muscles du cou, le deltoïde, voire même les muscles moteurs de l'œil ; 3° il peut se manifester sur les bourses séreuses voisines des articulations, coude, rotule, hanche ; 4° d'autres fois, il atteint le nerf sciatique ; le fait n'est pas très rare ; 5° M. Guyon a signalé, le premier, certains empâtements du tissu cellulaire avec douleur et chaleur ; 6° il existe aussi un grand nombre d'exemples où, dans la même région, il atteint à la fois plusieurs tissus ; 7° enfin, comme nous l'avons dit tout à l'heure, il frappe les grandes articulations.

Le rhumatisme blennorragique a ceci encore de particulier qu'il ne donne lieu à aucun phénomène du côté des viscères ; c'est ainsi qu'il ne détermine jamais d'accidents du côté de la poitrine, que l'endocarde ne se prend jamais. Ce rhumatisme est fugace, dure peu de temps et ne reparaît que si le malade contracte une nouvelle blennorragie.

Le rapport qui existe entre le rhumatisme et l'écoulement est assez curieux. En effet, il y a des malades qui ont un écoulement blennorragique abondant, lequel diminue lorsque le rhumatisme se manifeste. Le fait n'est pas constant ; on lui a donné le vieux nom de métastase. Faute de renseignements précis, je ne saurais dire d'une façon certaine s'il en a été ainsi chez nos malades.

Quant au pronostic, nous pouvons dire que le mal n'a qu'une minime importance lorsqu'il frappe seulement les gaines tendineuses, les bourses séreuses ou les muscles. Mais il n'en est plus ainsi lorsqu'il envahit une articulation. Dans ce cas, il doit être constamment surveillé de peur de sa terminaison par ankylose. Aussi la première préoccupation du médecin doit-elle être, dans le cas de rhumatisme articulaire, de placer immédiatement, dès le début, le membre dans une attitude telle que s'il doit y avoir ankylose, cette attitude soit relativement la meilleure possible. Je pourrais vous citer le fait d'une jeune femme qui, ayant contracté une blennorragie conjugale, et se trouvant atteinte de rhumatisme articulaire, eut les deux coudes ankylosés dans l'espace de dix jours, dans une très mauvaise position, le médecin ayant ignoré jusqu'au dernier moment la nature même du rhumatisme. Appelé à mon tour mais trop tard auprès de la malade, je ne pus que constater une ankylose indélébile, justiciable seulement de l'ostéoclasie ou de la résection.

La raideur articulaire est une des suites très fréquentes du rhumatisme blennorragique ; elle s'accompagne souvent d'atrophie musculaire et ne disparaît qu'à la longue. Dans ces cas-là, il faut laisser l'articulation reprendre peu à peu ses mouvements sans chercher à la violenter, sous peine de voir les tractus fibreux s'épaissir et augmenter. Cette atrophie et ces raideurs se trouveront très bien du traitement par les courants électriques, par le massage, par les douches sulfureuses, par une saison aux eaux d'Aix.

Du reste, le traitement du rhumatisme blennorragique n'est pas du tout le même que celui des rhumatismes ordinaires, où le salicylate de soude est le remède héroïque. Ici, l'effet de cet agent est nul, et nous devons nous rabattre sur les révulsifs, les vésicatoires principalement, répétés jusqu'à trois fois, à deux jours et demi ou trois jours d'intervalle. Lorsque l'épanchement articulaire est abondant, il ne faut pas hésiter à ponctionner l'articulation : le moyen est excellent, car il enlève d'un seul coup une masse liquide qui, autrement, demanderait deux ou trois semaines au moins pour se résorber. La ponction doit être faite, bien entendu, avec une canule flambée et plongée instantanément dans l'articulation de peur de porter avec elle des poussières nocives. La ponction sera suivie d'une bonne compression de l'articulation pour éviter la reproduction de l'épanchement.

Enfin, le rhumatisme blennorragique entraînant avec lui une dépression considérable des forces dans l'espace de quelques jours, les malades devront être tonifiés avec soin, et le tonique par excellence, en pareil cas, est le sulfate de quinine.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Guibout.

Diagnostic des affections cutanées, symptomatiques de la diathèse herpétique.

Les herpétides forment une classe à part dans la dermatologie. Elles se distinguent de toutes les autres maladies de la peau par des caractères parfaitement tranchés. Tandis que les syphilides et les scrofulides sont absolument indemnes de la douleur, tandis que les lésions les plus profondes, les plus graves de ces deux diathèses ne donnent lieu à aucune sensation douloureuse, et sont compatibles avec l'exercice physiologique de nos grandes fonctions, les lésions les plus légères, les plus superficielles de l'herpétis sont le siège

de douleurs tellement vives, tellement atroces quelquefois, que les accidents les plus sérieux peuvent en être la conséquence ; témoin ce qui se passe dans les formes les plus intenses du lichen, du prurigo, de l'eczéma, où le prurit est souvent si intolérable qu'il enlève le sommeil, l'appétit, et détermine un état de surexcitation nerveuse, qu'il est difficile de calmer.

Malgré ces graves accidents, résultant quelquefois de la présence, sur la peau, des lésions de l'herpétis, il y a des cas, dans lesquels ces affections sont nécessaires à la santé. Leurs rétrocessions peuvent occasionner des troubles viscéraux métastatiques, qui persistent avec une désespérante ténacité, et qui ne cessent qu'après le retour, sur notre tégument externe, des affections qui l'avaient brusquement quitté. Ces affections (psoriasis, eczéma, lichen, prurigo) peuvent, dans certains cas, être considérées comme des crises salutaires, comme des émonctoires et des révulsifs naturels, indispensables pour le maintien de l'équilibre.

Tandis que la syphilis, dans ses périodes tardives, se retire de plus en plus de la peau et se restreint à des lésions de moins en moins étendues, l'herpétis, au contraire, à mesure qu'elle s'aggrave avec le temps, occupe la peau de plus en plus largement. D'intermittente qu'elle était d'abord, dans ses premières manifestations cutanées, elle devient plus tard continue et permanente ; les lésions initiales, qui d'abord n'étaient que de simples points (psoriasis punctata, psoriasis guttata), se répandent en vastes surfaces, qui souvent étreignent le corps tout entier (psoriasis diffusa, psoriasis inveterata, eczéma généralisé).

La syphilis et l'herpétis suivent donc une marche absolument opposée dans leur développement sur la peau.

La douleur, avec ses différentes modalités (prurit, démangeaisons, cuissons, élancements, picotements), qui siège dans les lésions cutanées de l'herpétis, la généralisation de ces lésions, leur disparition symétrique, leurs récidives, la longueur de leur durée, les dangers de métastases qu'elles font courir, leur transmission par hérédité, tels sont les principaux caractères des herpétides, et telles sont aussi quelques-unes des démonstrations sur lesquelles nous nous appuyons pour affirmer l'existence de la diathèse herpétique.

RECHERCHES SUR LE CHOLÉRA A TOULON

Par MM. Straus et Roux.

Les symptômes et les lésions macroscopiques du choléra sont de telle nature, que c'est dans l'intestin que l'on est conduit à rechercher la cause de la maladie. En Égypte, nous nous sommes efforcés de trouver dans les tuniques intestinales un microbe spécifique.

Nous rappelons que la méthode suivie par nous dans cette recherche consistait à colorer dans une solution aqueuse de bleu de méthylène des coupes pratiquées sur des fragments d'intestin grêle durcis par l'alcool. Dans les nombreuses coupes ainsi traitées, nous avons constaté que dans un certain nombre de cas les parties superficielles de la muqueuse, les conduits des glandes tubulées, la charpente des villosités et par places la sous-muqueuse renfermaient des micro-organismes divers et en nombre variable sur la portion d'intestin examinée et selon la durée de la maladie. Les plus nombreux de ces organismes étaient des bacilles, d'aspect et de dimension variables, les uns longs et grêles, d'autres courts et d'assez fort diamètre ; une des formes les plus fréquentes était un bacille rappelant assez l'aspect du bacille de la tuberculose. Dans certains points, cette variété de bacille prédominait manifestement et envahissait jusqu'à la sous-muqueuse, sans jamais pénétrer dans les vaisseaux sanguins ni dans les tuniques musculaires.

Il existait encore d'autres formes bacillaires, et çà et là, infiltrés dans l'épaisseur de la muqueuse divers micrococcus. Cela était surtout accusé dans la partie inférieure de l'intestin grêle.

D'après les constatations anatomiques de M. Koch, le choléra est caractérisé, en Égypte aussi bien que dans l'Inde, par la présence constante, dans la muqueuse de l'intestin grêle, d'un bacille caractéristique rappelant celui de la morve. Les nouvelles observations que nous avons faites à Toulon confirment pleinement celles que nous avions faites en Égypte.

Dans la muqueuse intestinale d'un certain nombre de cholériques, on rencontre les organismes les plus divers, surtout dans le cas où la maladie s'est prolongée. Mais dans les cas les plus rapides ils sont beaucoup moins nombreux, et dans les cas suraigus il est impossible de déceler leur présence. Ainsi dans les dix-huit intestins de cholériques que nous avons recueillis à Toulon, plus de la moitié (11 cas), malgré le nombre de coupes examinées, ne contenaient pas de micro-organismes.

Comme M. Koch, dans ses notes, n'a pas expliqué la technique qu'il a suivie pour colorer les bacilles qu'il rencontre constamment dans les tuniques intestinales, il fallait se demander s'il n'avait pas employé une méthode de coloration spéciale, comparable, par exemple, à celle qui sert à démontrer le bacille de la tuberculose. Dans ce cas, nos faits négatifs perdaient toute leur valeur. A l'arrivée de M. Koch à Toulon, les explications orales qu'il a bien voulu nous donner nous ont appris que les méthodes de coloration employées par lui et par nous sont identiques ; comme nous, il colore par la méthode de Weigeit et il se sert de bouillon aqueux de bleu de méthylène.

Nous pouvons donc maintenir que dans bon nombre de cas de choléra (et particulièrement dans les plus caractérisés) on ne trouve pas de micro-organismes dans les tuniques intestinales.

Dans ses cinquième et sixième rapports, datés de Calcutta, M. Koch donne des détails plus précis sur l'organisme qu'il regarde comme étant la cause du choléra. Ce n'est plus sur les tuniques intestinales, mais dans le contenu même de l'intestin et dans les selles que doit porter l'investigation. M. Koch, à Toulon, a bien voulu nous indiquer les méthodes auxquelles il a eu recours pour mettre ce microbe en évidence. Il n'a pas de procédé spécial de coloration. Une parcelle de selles ou de mucus intestinal est étalée en couche mince et desséchée sur une lamelle à couvrir ; la préparation ainsi obtenue est colorée par une solution assez concentrée de couleur basique d'aniline, de préférence par le bleu de méthylène.

Lorsque, comme nous l'avons fait systématiquement à Toulon, on examine suivant ce procédé les selles caractéristiques des cholériques, on voit qu'elles renferment le plus souvent un très grand nombre de virgules. Dans quatre cas, on n'en trouvait qu'un petit nombre, et dans cinq cas elles faisaient défaut. Il est vrai que les conditions regardées par M. Koch comme particulièrement favorables à la mise en évidence du bacille en virgule sont assez fugaces ; pour lui, les selles encore fécales du début, non plus que celles qui se produisent à la période de réaction, ne sont convenables pour cette recherche. Il recommande l'examen du contenu intestinal pris très rapidement dans l'intestin grêle de sujets ayant succombé pendant la période algide d'un choléra rapide.

Dans un cas foudroyant, une parcelle de mucus intestinal, traité comme je l'ai dit plus haut, contenait, il est vrai, une grande quantité de ces bacilles en virgule. Sur les dix-huit autopsies que nous avons faites, nous avons rencontré une autre fois, dans un cas où la mort était aussi survenue très rapidement, le même aspect du contenu intestinal et la même abondance du microbe en virgule.

Ces cas sont très saisissants et conduisent à accorder dans le choléra un grand rôle à l'organisme en virgule ; cependant il en est d'autres, et ce sont les plus nombreux, où la variété des organismes que l'on trouve dans le contenu intestinal est si grande

qu'aucun d'eux ne paraît prépondérant. Dans ces cas, M. Koch a recours à la culture pour mettre en évidence l'organisme en virgule.

Une parcelle du contenu intestinal est délayée dans quelques centimètres de bouillon gélatiné que l'on a fluidifié par une douce chaleur : on étend le liquide ainsi ensemencé sur une plaque de verre, et la gélatine convenablement refroidie fait prise de nouveau. Dans les îlots d'organismes qui se développent, il en est qui ont l'aspect de petites masses réfringentes; elles sont formées par des organismes en virgule qui fluidifient bientôt la gélatine autour d'eux et se montrent alors sous le microscope animés de mouvements rapides. Ces organismes pendant leur végétation restent parfois joints bout à bout, et ils prennent une forme de S ou la forme de spirilles. C'est cet aspect de la culture gélatinée que M. Koch regarde comme caractéristique. L'organisme en virgule exige pour son développement un milieu alcalin ; dans les conditions où M. Koch l'a observé, il ne paraît pas donner de germes ; une dessiccation de quelques heures suffirait pour le faire mourir.

Il est donc certain qu'il existe souvent dans les selles riziformes et dans le contenu de l'intestin des cholériques un bacille en forme de virgule, et que dans certains cas on trouve ce bacille presque à l'état de pureté dans le mucus qui tapisse l'intestin. Est-on en droit d'en conclure que le microbe en virgule est l'organisme du choléra? — Nous ne le pensons pas. Tant que par l'administration d'une culture pure de cet organisme on ne sera pas parvenu à donner le choléra, la preuve ne sera pas faite.

C'est pourquoi toutes les tentatives pour donner le choléra aux animaux ont un si grand intérêt. Il se pourrait, en effet, que le bacille en virgule ne fût prédominant dans certains cas de choléra que parce qu'il y trouve un milieu de culture très favorable.

A défaut de la preuve directe que fournirait l'inoculation du microbe en virgule aux animaux, M. Koch s'est efforcé de montrer que l'organisme qu'il a décrit dans le choléra ne se rencontrait que dans l'infection des cholériques et jamais chez l'homme en santé ou chez l'homme atteint de maladies autres que le choléra.

Pour qu'une semblable constatation eût de la valeur, il faudrait qu'elle portât sur un très grand nombre de cas ; car il suffirait que l'organisme de M. Koch fût trouvé une seule fois en dehors d'un cas de choléra asiatique pour tout mettre en question.

La forme en virgule ne peut, du reste, à elle seule, caractériser l'organisme du choléra. On trouve, en effet, des bacilles recourbés et de forme tout à fait semblable à celle de l'organisme de M. Koch dans des produits qui n'ont rien à voir avec le choléra. Le docteur Maddore, de Londres, a photographié un microbe en virgule qu'il a trouvé dans un réservoir d'eau. M. Malassez nous a montré dans une préparation de selles de dysenterie, au milieu de beaucoup d'autres organismes, quelques bacilles en forme de virgule bien caractérisés.

Dans le mucus vaginal de femmes atteintes de leucorrhée, dans la sécrétion utérine muqueuse d'une femme ayant un épithélioma naissant du col, nous avons trouvé des formes de bacilles en virgule semblables à celles du choléra.

La forme en virgule n'est donc pas caractéristique par elle-même. Il est très important d'essayer, dans des cas semblables à ceux que nous venons de citer, d'isoler par la culture les microbes qui présentent une forme semblable à celle de l'organisme de M. Koch et de voir comment ils se comportent dans les différents milieux de culture. C'est la seule manière de les caractériser. Si le bacille en virgule est la vraie cause du choléra, comme il ne réside que dans le contenu de l'intestin et que, dans les cas rapides du moins, il n'envahit même pas d'une façon appréciable la muqueuse intestinale, il faut admettre que, pour produire des effets aussi rapides et aussi intenses, il secrète un ferment soluble, une ptomaïne, un poison quelconque extrêmement énergique, qui, absorbé, provoque les symptômes du choléra. Il faut s'attacher à extraire des cultures pures dans lesquelles a vécu le bacille un poison soluble qui reproduirait chez les animaux des symptômes analogues à ceux que l'on observe chez les cholériques. Il y aura aussi un intérêt spécial à rechercher si, dans les cas de choléra nostras bien avérés, on rencontre le microbe en virgule.

Il nous reste à nous expliquer sur un dernier point. Dans notre rapport sur le choléra d'Égypte, nous avons signalé la présence dans le sang des cholériques de particules extrêmement fines, affectant l'aspect d'organismes. Toutefois nous faisions toutes nos réserves sur l'insuccès de nos tentatives de culture et de coloration. A Toulon la même altération du sang s'est présentée à nous dans beaucoup de cas, mais elle a fait défaut dans quelques-uns. Nous pensons que ces corpuscules sont dus à une altération spéciale de l'hémoglobine; c'est aussi l'opinion à laquelle paraît se ranger notre ami M. Malassez, qui, avec une compétence si grande en hématologie, a examiné les échantillons de sang des cholériques d'Égypte et de Toulon.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la peptone phosphatée dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

Par M. le docteur A. Judet.

Nous ne saurions être trop édifiés sur les services précieux que l'on est en droit d'attendre de l'administration du phosphate de chaux dans la grossesse et pendant l'allaitement.

Il nous semble particulièrement qu'on ne saurait trop le conseiller en pareil cas, toutes les fois qu'il y a chez le père ou chez la mère diathèse scrofuleuse. Par son action propre, il constitue pour la mère un véritable aliment d'épargne qui la met à l'abri de toute pénurie osseuse; de plus, étant un excitant puissant des grandes fonctions de nutrition, il provoque l'assimilation d'albuminoïdes, contribuant de la sorte à fortifier l'organisme et à placer la mère dans les meilleures conditions pour fournir sans fatigue, en même temps que le phosphate calcaire, les éléments protéiques nécessaires au développement de l'enfant.

Nous pourrions apporter beaucoup de faits probants à l'appui de cette théorie, bien indiscutable d'ailleurs, et si nous nous contentons de relater à grands traits l'observation suivante, c'est qu'elle renferme encore un enseignement d'un autre genre :

Observation. — Nous fûmes appelé en août 1882 pour donner nos soins à Mme L.... De complexion délicate, lymphatique, cette dame, âgée de vingt-sept ans, est en proie depuis quelques jours à des vomissements incoercibles provoqués par une troisième grossesse arrivée à son troisième mois. Nous pouvons constater un amaigrissement déjà sensible, un peu de fièvre avec soif assez vive. Nous conseillons successivement les moyens essayés en pareil cas : chloral et valérianate de caféine alternés, mouche d'opium sur l'épigastre. — Sous l'influence de ce traitement, combiné à une alimentation de facile digestion, il y a bien d'abord une légère amélioration qui consiste en ce que les aliments ne sont pas rejetés immédiatement et seulement après qu'il y a eu commencement de digestion. Mais cette amélioration, insuffisante déjà, dure peu, et nous retombons rapidement dans la situation antérieure qui, venant à se prolonger, ne manque pas de devenir alarmante. Nous songeons à proposer la cautérisation du col, mais auparavant et, comme dernière tentative, nous décidons de supprimer toute espèce de médication et d'alimentation pour donner uniquement à la malade, et par petites doses à la fois, une infusion légère d'écorce d'oranges amères additionnée de peptone phosphatée (*vin de Bayard*) dans la proportion de six cuillerées de cette dernière à faire prendre en vingt-quatre heures. Après quelques légers phénomènes d'intolérance cette tisane nutritive est finalement gardée, et la quantité de peptone portée successivement de six à douze cuillerées. Cette alimentation exclusive fut continuée cinq jours pleins, après quoi on lui adjoignit peu à peu des consommés et des potages qui furent très bien tolérés et ne tardèrent pas à faire place à une alimentation aussi substan-

tielle que le réclamait la situation de la malade. Nous lui conseillâmes toutefois de continuer l'usage de cette préparation à la dose de deux à quatre cuillerées par jour, non seulement pendant sa grossesse, qui s'acheva de la manière la plus heureuse, mais encore pendant toute la durée de l'allaitement. — Sous l'influence de ce régime l'appétit se maintint constamment très bon, et Mme L.... ne revit plus ces digestions laborieuses dont elle se plaignait fréquemment avant sa grossesse. L'accouchement eut lieu à terme de la manière la plus naturelle, et cette dame mettait au monde dans le courant de février 1883 un gros garçon très bien constitué. — Mme L...., qui, à son grand chagrin, n'avait pu nourrir elle-même, par insuffisance de lait, ses deux précédents enfants, fut une excellente nourrice pour ce dernier qui, d'autre part, présenta une dentition extrêmement précoce.

Cette observation, qui vient corroborer ce que nous venons de dire sur les avantages de l'administration du phosphate de chaux pendant la grossesse et l'allaitement, témoigne de plus quels bénéfices on peut retirer, dans les vomissements incoercibles, d'une préparation phosphatée, très nutritive sous un petit volume et capable d'être assimilée presque directement et, pour ainsi dire, sans le concours de l'estomac.

Il est bon de remarquer toutefois que le choix d'un phosphate de chaux ne saurait être indifférent; et c'est le lieu de rappeler que les recherches des physiologistes de ce temps viennent de démontrer, de la manière la plus formelle, qu'à l'exemple du fer qui n'est assimilable qu'à la condition d'être administré sous la forme d'albuminate, le phosphate de chaux n'est susceptible d'entrer dans l'économie que *combiné à une substance protéique nutrimentive.*

Peptone et phosphate de chaux constituent donc bien une préparation très rationnelle, très physiologique qui, renfermant les éléments du système osseux et du muscle, fournit, sous un petit volume, un reconstituant d'une grande puissance qui, dans notre époque surmenée et de *misère physiologique*, a des indications trop multiples pour que nous puissions les indiquer.

Nous n'en citerons qu'une, toute d'actualité. Au milieu des théories des épidémiologistes, finalement pleines d'incertitudes et d'obscurités, un seul point paraît acquis : la nécessité d'une hygiène bien comprise et d'une alimentation capable d'affermir l'organisme pour constituer finalement ce qu'on désigne par la non-réceptivité du terrain. Or, d'autre part, par ces grandes chaleurs qui donnent lieu à tant d'anorexies et, partant, à tant d'organismes débilités, n'est-on pas en droit de concevoir qu'on retirera de grands profits d'un produit comme la peptone phosphatée Bayard, qui, sagement administrée, augmente la résistance organique de chaque individu et, par là même, doit contribuer à restreindre les terrains favorables à l'ensemencement des germes morbigènes ?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 août 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un pli cacheté présenté par M. le docteur Boisseau du Rocher (Accepté) ;

2° Une lettre de M. le professeur Pretenderis Typaidos qui sollicite le titre de correspondant étranger ;

3° Des lettres de M. le docteur Faille, de Reims, sur le traitement de l'angine couenneuse, du croup et de la méningite granuleuse.

M. le professeur **Gosselin** présente, au nom de M. le docteur Millot-Carpentier, de Montecouvez (Nord), et à l'appui de sa candidature au titre de correspondant, un mémoire intitulé : *Quelques considérations médico-physiologiques sur un cas de morsure de rat suivi d'intoxication ayant déterminé des accidents spinaux simulant l'hydrophobie et l'apparition d'un purpura à forme intermittente.*

M. Jules Guérin dit avoir reçu de M. le docteur Dutrieux, médecin de l'hôpital général d'Alexandrie et professeur à l'École de médecine du Caire, des renseignements extrêmement intéressants sur l'origine du choléra de Toulon et de Marseille.

M. Dutrieux, à qui l'on doit une histoire très complète de la dernière épidémie d'Égypte, est venu tout exprès à Toulon et à Marseille pour étudier les origines de l'épidémie qui a éclaté sur ces deux villes.

Ses informations très minutieuses et très approfondies ont porté :

1° Sur les registres administratifs et sur les documents médicaux fournis par les hôpitaux de la marine et les hôpitaux civils;

2° Sur les registres de l'état civil ;

3° Sur les renseignements fournis par les médecins de Toulon et de Marseille.

Les informations puisées à ces trois sources ont eu ce double résultat, à savoir :

1° Qu'il a été possible de constater à partir du mois dernier, et de suivre jusqu'à l'explosion des deux épidémies d'avril l'existence d'une constitution médicale cholériforme, caractérisée par un nombre toujours croissant d'affections diarrhéiques simples ou combinées, nous démontrant de plus en plus la constitution qui a abouti aux deux épidémies;

2° Qu'au milieu de formes encore indécises de la constitution, il y a eu une série de cas distincts de choléra complet, lesquels nous offrent les symptômes et la gravité de la maladie à son apogée.

M. Guérin se réserve d'exposer prochainement, avec tous les détails, les observations recueillies avec le soin le plus minutieux par M. le docteur Dutrieux, dont il se borne pour acquit à faire connaître les conclusions.

M. Léon Colin, à propos du procès-verbal, lit une note sur la portée des déjections riziformes au point de vue du diagnostic du vrai choléra. Il résulte d'une communication de M. Straus que ce caractère existait le plus souvent dans le choléra de Toulon.

LECTURE

M. Straus lit, tant en son nom qu'au nom de M. Roux, un mémoire intitulé : *Recherches sur le choléra à Toulon.* (Voir plus haut, p. 723.)

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. Gueneau de Mussy rappelle que maintenant tous les médecins sont d'accord pour admettre l'importation du choléra. Au milieu de ce concert unanime, on n'entend qu'une seule dissonance : c'est la thèse que, depuis cinquante ans, M. Guérin soutient avec tant de verve et de talent et qu'il ferait triompher assurément si la conviction et le talent pouvaient lutter contre la masse écrasante de faits certains, évidents, irréfutables, qui condamnent la doctrine. En 1832, Delpech (de Montpellier) et Chomel étaient seuls à admettre que le choléra était contagieux et importé. En 1849, dans une commission des 16 médecins des hôpitaux, MM. Gueneau de Mussy et Pelletan étaient encore seuls à défendre cette opinion. Mais depuis lors elle a triomphé d'une manière tellement complète qu'il n'y a plus lieu de la défendre. M. Gueneau de Mussy a donc pris la parole pour insister sur la question de la prophylaxie.

Au premier rang des mesures prophylactiques se posent les questions de l'eau et des vidanges; car, comme la fièvre typhoïde, le choléra se transmet surtout par cette voie. L'orateur insiste sur la nécessité qui s'impose d'avoir de l'eau de source, de l'eau potable, à la disposition de chacun, et de réserver l'eau de la Marne, de la Seine, du canal de l'Ourcq, pour le lavage des égouts. Il faudrait aussi réformer le système des égouts actuels, leur donner plus de pente et surtout cesser d'y verser les matières excrémentielles. En attendant que ce soit possible, il faut désinfecter avec soin les matières des vidanges, soit par l'emploi d'étuves désinfectantes, soit par des procédés chimiques. Il faut que cette désinfection soit obligatoire, imposée aux riches; il faut que les chefs de famille et les régisseurs de maisons, sinon les médecins, soient forcés, sous peine d'amende, d'indiquer à l'Administration les

malades atteints d'affections contagieuses; et, pour avoir une organisation qui fonctionne régulièrement, il faut établir, comme en Belgique, un bureau de la santé publique centralisant tout ce service. L'Académie, qui a été consultée sur les mesures à prendre, pourrait profiter de la circonstance pour demander la création de ce *bureau de santé*. Les éléments nécessaires existent dans le comité consultatif et dans le conseil d'hygiène : il s'agit de les réunir en faisceau, de les compléter, de les mettre en valeur en les coordonant, en les centralisant et en leur donnant une autorité suffisante.

M. BONNAFOND déclare que le choléra est originaire de l'Inde comme la fièvre jaune l'est de l'Amérique, etc., et ne peut s'acclimater ailleurs sans que les germes élaborés et exhalés par le sol marécageux soient apportés le plus fréquemment par l'atmosphère. Pour prévenir le choléra, il faudra assainir le sol où il prend naissance. Des épidémies secondaires peuvent se produire sur des points déjà infectés, mais elles n'ont que très rarement le caractère de choléra algide. Les caravanes ne sont et ne peuvent être que des véhicules de transmission et jamais de génération.

Pour combattre le fléau, il faut nécessairement diriger les travaux sur le pays d'où il vient et les appliquer à la source même.

C'est à l'Angleterre qu'il appartiendrait d'entreprendre les travaux d'assainissement. Mais le gouvernement français qui a déjà eu le mérite de proposer et réunir en 1866 le congrès sanitaire diplomatique et international de Constantinople pourrait encore prendre l'initiative d'un congrès sanitaire international destiné à aller combattre le choléra jusque dans ses sources. L'Académie de médecine pourrait proposer la réunion de ce congrès.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Voici les chiffres connus touchant l'épidémie depuis notre dernier numéro :

Marseille. — Du 3 au 4 août, 28 décès cholériques ; du 4 au 5 août, 10 décès ; le 5, de 8 heures du matin à 6 heures du soir, 4 décès. La situation à l'hôpital du Pharo était, le 4 août au soir : 3 entrées, 5 décès, 10 sorties, 60 malades en traitement ; le 5, 2 décès et 2 entrées.

Toulon. — Du 3 au 4 août, 4 décès ; du 4 au 5 août, 5 décès ; le 5, de 8 heures du matin à 5 heures du soir, 1 décès. Par contre, on signale quelques cas de fièvre typhoïde, lesquels ont donné lieu à 3 décès le 5 août. La situation des hôpitaux était : le 4 août, hôpital Bon-Rencontre, 2 entrées, 4 sorties, 2 décès, 26 malades en traitement ; le 5 août, une entrée, 2 sorties, 0 décès, 25 malades en traitement ; à l'hôpital Saint-Mandrier, le 4 août 3 entrées, 5 sorties, 0 décès, 84 malades en traitement ; le 5 août, 2 entrées, 7 sorties, 1 décès, 78 malades en traitement.

La dernière dépêche officielle reçue par le ministre de la marine est ainsi conçue :

« Toulon, 5 août, 6 h. 45.

Pas de décès à Saint-Mandrier ; un entrant provenant du *Vengeur* et dont le cas est léger. Des deux malades atteints gravement hier, l'un va beaucoup mieux, l'autre est toujours en danger. Le médecin et le lieutenant du 61e de ligne, ainsi que le pasteur et l'aide-médecin, sont en pleine convalescence depuis hier matin. »

Aix. — Le 3 août, 3 décès ; le 4 août, 3 décès.

Arles. — Le 4 août, 0 décès ; le 5, 2 décès dont 1 à la campagne, l'autre à l'hôpital. Le 5, cet établissement contenait 12 malades en traitement dont 7 convalescents.

Nous devons aussi signaler 4 décès à la Seyne, du 4 au 5 août ; 2 décès à Montfort-sur-Argens ; 4 cas et 2 décès à Aubignas, et 5 cas et 1 décès à Ruoms, dans l'Ardèche. Enfin, à Lyon, un des malades placés dans la salle d'observation a succombé le 3 août. Le diagnostic portait diarrhée aiguë.

Ajoutons enfin que le *Bulletin officiel* d'Italie cite un certain nombre de cas et de décès dans diverses provinces du royaume.

— Sont nommés officiers d'académie :

MM. Moussons, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Viault, professeur à la Faculté de médecire de Bordeaux ; Heydenreich, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Charpentier, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Beauregard, agrégé près l'École de pharmacie de Paris ; Charles Tinel, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Mollien, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Léon Harman, professeur à l'École de médecine de Reims ; le docteur Kelsch, médecin principal de deuxième classe ; Sambuc, pharmacien professeur de la marine ; Granjon, préparateur au Muséum ; Maquenne, aide-naturaliste au Muséum ; Suchard, préparateur de la chaire d'anatomie générale au Collège de France ; le docteur Spitallier, médecin du collège de Grasse ; le docteur Chalvet, médecin du collège de Saint-Marcellin ; le docteur Monginot, médecin du collège de Lunéville ; Mlle Victorine Benoît, docteur en médecine à Paris ; le docteur Bourdet, à Sarzeau ; le docteur Broussin, à Marly-le-Roi ; le docteur Gustave Dertelle, maire de Lourches ; le docteur Dreyfus-Brisac, à Paris ; le docteur Louis Duval, à Épernay ; le docteur Farny, maire de Rebais ; le docteur François Firmin, médecin du lycée Charlemagne ; Gastinel-Bey, professeur à l'École de médecine du Caire ; le docteur Grazais, à Guérande ; le docteur Grovallet, à Saint-Brieuc ; le docteur Guiraud, à Menton ; le docteur Maréchal, conseiller général de l'Aisne ; le docteur Marfan, conseiller général de l'Aude ; le docteur Pomier, conseiller général des Basses-Pyrénées ; le docteur Rousselot, à Saint-Dié ; le docteur Jules Socquet, préparateur au laboratoire de toxicologie ; le docteur Brazier à Paris ; le docteur Gaucher, à Aïn-Temouchent ; le docteur de Lavarenne, à Bagnères-de-Luchon ; le docteur Trapenard, à Paris ; le docteur Vazeille, à Issy ; le docteur Calmels, à Carmaux ; le docteur Théophile David, à Paris ; le docteur Genevoix, à Paris ; Londe, directeur du laboratoire de chimie à la Salpêtrière ; Armand Cazaux, directeur du *Monde thermal ;* Azémar, pharmacien à Gaillac ; Étienne Ferrand, pharmacien à Lyon ; Dubois, pharmacien, maire de Saint-Georges-du-Vièvre ; George, pharmacien à Bohain.

— Le projet de loi suivant a été déposé sur le bureau de la Chambre des députés par M. Liouville, touchant la création d'une direction générale de la santé publique :

ARTICLE PREMIER. — Les divers services intérieurs d'hygiène et de salubrité publiques, actuellement répartis entre différents ministères, seront réunis dans une même direction.

ART. 2. — Un règlement d'administration publique détermine le ministère auquel cette direction sera rattachée ainsi que l'organisation du personnel.

ART. 3. — Le gouvernement devra présenter, dans le plus bref délai, un projet de loi réglementant les mesures ordinaires d'hygiène et de salubrité publiques ainsi que les mesures à prendre en cas d'épidémie.

— Le Conseil municipal a décidé de donner le nom de Civiale à l'une des rues du Xe arrondissement de Paris.

Il a également voté l'établissement d'un nouvel hôpital sur le glacis des bastions 30 et 31, c'est-à-dire dans la partie Nord de Paris.

Le Conseil municipal a aussi autorisé la création d'un four crématoire au cimetière du Sud pour l'incinération des détritus des hôpitaux et décidé l'installation de 180 lits, pour convalescents, dans le château de Brévannes que l'administration de l'Assistance publique a tout récemment acquis.

— La Commission sanitaire municipale de Paris a décidé que toutes les déjections des cholériques des hôpitaux seraient portées à une température de 125 degrés avant leur enlèvement de ces établissements.

— *Hôpitaux de Paris.* — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le mercredi

8 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de deuxième et troisième année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au mercredi 24 septembre inclusivement.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le jeudi 9 octobre à quatre heures précises dans l'amphithéâtre de l'Administration, avenue Victoria n° 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, depuis le lundi 1er septembre jusqu'au 24 du même mois, inclusivement.

— Un concours public pour la nomination à une place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 21 octobre 1884, à midi, à l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration centrale, de midi à trois heures, et y déposer leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre et sera clos le mercredi 1er octobre, à trois heures.

Les candidats doivent être âgés de vingt-huit ans au moins, justifier de leur qualité de Français, et soit de quatre années d'internat dans les hôpitaux et hospices de Paris ou dans les asiles publics d'aliénés et d'une année de doctorat; soit encore de cinq années de doctorat.

Les épreuves du concours sont réglées de la manière suivante : 1° une épreuve écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux; 2° une épreuve clinique commune sur un malade; 3° une épreuve clinique sur les maladies mentales (un seul malade); 4° une épreuve écrite comprenant une consultation, après l'examen d'un aliéné, et un rapport sur un cas d'aliénation mentale; 5° une épreuve clinique sur deux malades d'un service d'aliénés.

— Un concours pour une place de médecin du Bureau central des hospices civils de Rouen s'ouvrira, dans cette ville, le jeudi 2 octobre 1884, à trois heures et demie.

Les candidats devront se faire inscrire à la Direction des hospices civils de Rouen, enclave de l'Hospice-Général, avant le 17 septembre, terme de rigueur.

— Un concours s'ouvrira successivement dans les Écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, à partir du 1er septembre 1884, dans le but de pourvoir à vingt emplois d'aide-médecin et à un emploi d'aide-pharmacien.

Il est établi au secrétariat du Conseil de santé des ports de Brest, de Rochefort et de Toulon, un registre pour l'inscription des candidats. Ce registre sera clos vingt-quatre heures avant l'ouverture du concours.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Jean-Baptiste Jacquinet, médecin à Chalantre-la-Grande (Seine-et-Marne), décédé le 22 juillet dernier dans sa quatre-vingt-sixième année.

— Le gouvernement italien met au concours la question suivante :

Exposer les progrès faits dans ce siècle (en Italie et à l'étranger), dans l'étude anthropologique criminelle, et les théories soutenues par les auteurs les plus autorisés. Passer en revue les faits et les statistiques sur lesquels ces théories s'appuient, et les confirmer ou les combattre à l'aide d'autres faits et d'autres statistiques. Un prix de 2,000 francs sera accordé au meilleur mémoire.

Les mémoires doivent être écrits en français ou en italien et adressés au ministre de l'intérieur du royaume d'Italie, avant le 31 décembre 1884.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16562

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Le choléra. — Pleuropneumonie subaiguë. — Hystérie chez l'homme, contractures, hypnotisation. — Lettre et rapport présentés au Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts par la commission chargée de contrôler les expériences de M. Pasteur sur la prophylaxie de la rage. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le choléra.

A Paris, l'état sanitaire devient excellent au point de vue des craintes relatives au choléra. La direction de la statistique municipale n'a reçu pour toute cette semaine l'indication que d'un seul décès avec accidents cholériformes : c'est celui d'un malade de l'hôpital Bichat, dont nous avions parlé en ces termes :

« Un malade, entré avant-hier à l'hôpital Bichat, et qui va déjà beaucoup mieux, présentait au contraire le type le plus classique du choléra nostras ou saisonnier se rattachant à une gastro-entérite, provoquée dans ce cas par des excès et aboutissant à une entérite hémorragique.

Il s'agit d'un homme de quarante ans, marchand des quatre saisons, demeurant route de la Révolte, dans un logement d'une saleté inimaginable. Cet homme depuis longtemps déjà ne trouve plus assez de goût au vin, il ne boit que de l'absinthe et des liqueurs fortes. Il ne se nourrit à peu près que d'aliments très peu réconfortants, tels que salade, artichaut, fromage blanc, etc.

Le lundi, à trois heures et demie, sans avoir eu jusque-là de diarrhée, il fut pris subitement de vomissements et de crampes, puis de diarrhée. Le tout dura jusqu'au lendemain matin avec une très grande intensité. Il fut soigné par une voisine de qui nous tenons ces détails, car, quant à lui, il ne se rappelle plus rien. Les vomissements furent plus rares, les crampes moins pénibles durant la journée du lundi et celle du mardi. Mais le mardi soir, les selles devinrent tout à fait sanglantes. Le mercredi, cet homme, qui s'y était refusé jusque-là, se laissa transporter à Bichat.

A ce moment, le refroidissement était considérable, les crampes très accusées, le facies très altéré; à force de frictions, de boules d'eau chaude, etc., la réaction fut obtenue ; mais le malade, qui répond difficilement et sans avoir l'air de bien comprendre, rend toujours du sang dans ses selles.

Voilà de ces cas où la mort peut fort bien survenir, soit pendant la période cholériforme, soit même plus tard, comme nous en avons vu des exemples, notamment à Alexandrie, sans qu'il soit possible de les rattacher au choléra asiatique. »

Il y a donc aujourd'hui tout lieu d'espérer que l'épidémie de choléra contagieux n'atteindra pas Paris cette année.

Dans le Midi même, elle paraît subir un temps d'arrêt, et perdre de sa violence un peu partout.

Il y a huit jours, M. le docteur Rouët nous annonçait son apparition à Lunel, en nous donnant les détails suivants :

« Le 23 juillet, un passant *venu d'Arles* a été recueilli sur la place d'Armes où il avait copieusement vomi. Transporté à l'hôpital, il a succombé dans la nuit à un choléra complet.

Dans la nuit du 27 au 28, un vieillard atteint d'indigestion a succombé avec des symptômes cholériques.

Le 28, au matin, un ouvrier tonnelier qui passe ses journées dans un atelier situé sur la place d'Armes, où le cholérique, venu d'Arles, avait largement rendu ses déjections, a été atteint de choléra rapidement complet. A deux heures du soir, la réaction paraissait s'opérer, lorsqu'il s'est de nouveau refroidi : T. 34°,2. A cinq heures, il était mort.

Depuis, nous avons des cholérines en grand nombre ; la peur y est pour beaucoup. »

Aujourd'hui, notre honoré confrère nous écrit :

« Jusqu'à présent l'épidémie agit à Lunel avec une lenteur remarquable ; en quinze jours, six cas seulement; mais les atteintes sont très graves. Sur ces six cas, il y a eu cinq décès, dont quatre en moins de douze heures.

Parmi les personnes atteintes, il y a cinq hommes et une femme, tous d'un âge avancé. Voici le bulletin depuis ma dernière lettre :

Le 31 juillet : un cas, un décès;
Le 2 août : un cas, un décès;
Le 3 août : un cas, en traitement.

On fait désinfecter les maisons où il y a eu un cholérique, et l'autorité fait le possible pour tenir propre notre petite ville. »

En ce qui touche le traitement du choléra, nous n'avons parlé que très brièvement de la méthode qui consiste à s'efforcer de restituer au sang ce qui lui manque dans cette maladie. Cette méthode comprend plusieurs procédés, qui sont tous motivés par les mêmes raisons physiologiques et cliniques. MM. les professeurs Cantani et Samuel introduisent l'eau salée simplement sous la peau par une injection sous-cutanée ; c'est le procédé dont M. le docteur Charvet (de Vals) nous a entretenus dans une lettre où le compositeur, déchiffrant mal sa signature, a lu Bérault, au lieu de Charvet. M. le professeur Hayem préfère l'injecter dans les veines, comme l'avait fait déjà M. le docteur Netter, dont un de nos abonnés, M. le docteur Katz (de Conflans), nous rap-

pelle un livre intitulé : *Vues nouvelles sur le choléra, avec une étude sur les injections faites dans les veines,* Paris, 1874. M. le docteur Katz ajoute que cette méthode, sous sa double forme, est loin d'être récente, puisque déjà Latta et Lizaro l'ont préconisée lors de l'épidémie de 1832, etc. En tous cas, elle est rationnelle.

Il est important de savoir ce que représente à Paris dans une année chaude, sans épidémie, la mortalité due au choléra. Nous avons choisi comme exemple le mois de juillet 1884, et d'après l'*Annuaire municipal,* nous avons parlé de 14 décès. Mais ce chiffre n'était pas pleinement comparable à celui de l'année actuelle. En effet, cette fois, on a recueilli et mis en relief tous les cas signalés de mort, non seulement par choléra, mais par cholérine, diarrhée cholériforme, etc. Nous avons tenu à procéder de même pour le mois de juillet 1881. C'était une besogne longue, fastidieuse, car les éléments en devaient être cherchés dans environ 5,000 bulletins de décès. Avec son extrême obligeance, M. Bertillon, que nous ne saurions trop remercier, nous l'a permis ; et nous pouvons dire dès aujourd'hui que le chiffre se monte à 29 au lieu de 14. Nous en donnerons prochainement le détail.

Pleuro-pneumonie subaiguë.

Le 17 juillet 1875, nous avons consacré une revue clinique à faire connaître, dans la *Gazette des hôpitaux,* les doctrines de M. le professeur Lasègue sur les divers genres de pleurésies, et nous sommes revenus sur ce même sujet dans une autre revue clinique, le 24 juin 1876.

Ces doctrines, fort originales, tendaient à diminuer de beaucoup l'importance de l'inflammation de la séreuse dans ce qu'on nomme la pleurésie. La plèvre, en effet, ne devrait plus être considérée comme pouvant avoir ses maladies propres. Chacun de ses deux feuillets dépendrait, au point de vue pathologique, de son substratum. Il y aurait donc dans les pleurésies non seulement des différences de nature, de causalité, mais des différences de siège à un même niveau. Dans l'espèce que M. Lasègue nommait rhumatismale et décrivait soigneusement à part, la phlegmasie débuterait toujours et porterait principalement sur le feuillet pariétal de la plèvre en même temps que sur les tissus fibreux sous-costaux et intercostaux. De là l'irritation des nerfs adjacents, la douleur très vive excitée par les moindres mouvements de la paroi costale, douleur comparable à celles qu'occasionnent les mouvements dans une articulation atteinte de rhumatisme aigu. En effet, la plèvre pleurale, de même que les synoviales articulaires, repose sur ces tissus blancs, ligamenteux ou tendineux, que paraît affecter surtout le rhumatisme.

Cette espèce, reconnaissable par l'intensité de la douleur et l'intensité de la fièvre, comme par le peu de durée, la mobilité, l'alternance possible avec d'autres manifestations rhumatismales, et, somme toute, la bénignité habituelle du pronostic, serait assez commune en clinique.

C'était celle que M. Lasègue s'était tout particulièrement attaché à déterminer au point de vue symptomatologique, et qu'il mettait en contraste avec celles, prises en bloc, qui, au contraire, se rattachaient plus spécialement aux tissus recouverts par le feuillet pulmonaire de la plèvre. Parmi ces dernières, il admettait non seulement des pneumo-pleurésies, mais même des broncho-pleurésies, c'est-à-dire des inflammations des vésicules pulmonaires ou des bronches qui, ayant gagné la surface, auraient produit un épanchement dans la cavité séreuse.

Cependant il restait encore un grand nombre de pleurésies qu'il n'avait pu nettement faire rentrer dans aucune des classes précédentes, par exemple celle qu'il décrivait ainsi :

Dans les pleurésies de l'espèce la plus commune, la fièvre commence également et s'accroît avec la douleur ; elle se modère quand celle-ci se dissipe, c'est-à-dire le plus souvent du second au troisième jour. Mais, bien que dès lors peu marquée, elle ne cesse pas entièrement avant la fin de la maladie, et il en faut tenir un grand compte. Tant qu'il subsiste un peu de fièvre, il faut peu nourrir et se garder de tout excitant, quel que soit du reste le niveau de l'épanchement. Si malgré cela la fièvre augmente, si le malade en a conscience, alors même que le thermomètre n'accuserait encore qu'une faible élévation de la température, il y aurait lieu de soupçonner quelque complication nouvelle, telle qu'une *pneumonie intercurrente, ce qui est rare,* ou l'évolution d'une affection tuberculeuse, ce qui est fréquent.

Voilà donc une classe très nombreuse que M. Lasègue considérait comme cliniquement idiopathique au point de vue de la description, en l'absence d'une lésion distincte d'un substratum sous-pleural du côté soit du poumon, soit de la paroi costale.

Or c'est justement cette classe que M. Grancher tend à faire rentrer, au moins en partie, dans l'histoire des affections vraiment pulmonaires.

Nos lecteurs connaissent le beau mémoire de M. Grancher sur ce qu'il a nommé la spléno-pneumonie, mémoire qui a été publié dans le numéro du 23 août 1883 de la *Gazette des hôpitaux,* et dont il est bon de rapprocher une revue clinique du 28 juillet de la même année.

Passons sur le terme *spléno-pneumonie*, terme au sujet duquel, si M. Grancher l'avait inventé, on pourrait lui faire une querelle de mot, car la rate n'est point une cause, et c'est là une imitation, aussi malheureuse que possible, de l'expression tout autre, très soutenable en soi, d'*hépatisation* pulmonaire. Dire que le poumon *s'hépatise*, c'est faire comprendre qu'il acquiert un aspect semblable à celui du foie ; parler de spléno-pneumonie, c'est faire porter l'inflammation sur deux organes différents.

Mais, disait Trousseau, peu importe qu'une expression soit mal conçue, pourvu qu'on sache ce qu'elle représente.

La spléno-pneumonie, suivant M. Grancher, représente un état spécial du tissu pulmonaire, un degré de phlegmasie de ce tissu qui dépasse à peine ce qu'on décrivait antérieurement sous le nom de congestion chronique. C'est à cet état particulier que se rattache le schème n° 2 de M. Grancher, dont les conditions sont indiquées dans ce mémoire et cette revue clinique.

Or, la spléno-pneumonie en question, ou pour mieux dire cette pneumonie subaiguë peut s'accompagner de pleurésie, comme la pneumonie proprement dite ; et de même que la pneumonie joue le rôle le plus important dans la pleuro-pneumonie aiguë, décrite par Andral, par exemple, de même l'inflammation, si modérée fût-elle, du tissu pulmonaire doit rester en première ligne quand elle retentit sur la plèvre dans ces conditions particulières.

Ainsi, non seulement il faut s'appliquer au diagnostic différentiel entre l'épanchement pleural et la pneumonie subaiguë, qui revêt souvent un appareil symptomatique tout à fait semblable, sans que la plèvre soit affectée ; mais on doit encore prendre soin de reconnaître les cas mixtes,

ceux dans lesquels l'épanchement pleural n'est rien qu'un épiphénomène passager et sans importance, dans le cours d'une affection qui porte sur le tissu pulmonaire lui-même.

Nous allons donner un exemple de cette dernière éventualité en utilisant non seulement nos notes, mais celles que M. Artau a bien voulu nous communiquer.

Le 19 mai dernier, un homme de trente et un ans était reçu dans le service, salle Saint-Louis, n° 7. Cet homme, ouvrier chocolatier, avait été obligé de cesser son travail et de s'aliter quelques jours plus tôt.

Il raconta que son métier l'exposait à des transitions de température très considérables et très fréquentes. Il passait très souvent de l'étuve à la cave. Aussi était-il sujet aux rhumes, comme tous ses camarades; mais d'ordinaire ces rhumes, traités par un verre de vin chaud, duraient très peu. Il se portait d'ailleurs habituellement très bien, n'avait aucun antécédent héréditaire, et sauf quelques maux d'yeux, quelques écoulements d'oreilles dans sa première enfance, il ne se rappelait avoir eu, en fait de maladie, qu'une fièvre typhoïde peu grave en 1874.

Le 3 mai il ressentit dans le côté gauche une douleur vive. Cette douleur fut momentanée, mais se reproduisit les jours suivants. Il s'y joignit de la toux, et cet homme, croyant à un rhume, se traita comme d'ordinaire, mais en vain. Au bout de quelques jours un médecin appelé diagnostiqua une pleurésie et fit poser un vésicatoire. Il y avait eu des petits frissons, de la fièvre; l'anorexie était complète et l'oppression avait augmenté ; la toux, plutôt sèche et pénible, ramenait parfois des crachats visqueux et ocrés de congestion pulmonaire. Après six jours de soins reçus à domicile, le malade se fit transporter à l'hôpital.

La poitrine présentait à gauche, en arrière, dans les deux tiers environ de sa hauteur, les signes classiques de la pleurésie, matité, souffle, diminution des vibrations thoraciques, etc. Cependant on y percevait quelques crépitations très fines, très superficielles, intermittentes, et l'égophonie semblait se rapprocher un peu de la bronchophonie : au sommet, en arrière aussi bien qu'en avant, on trouvait le schème n° 2, c'est-à-dire que la sonorité à la percussion et la résonance de la voix à l'auscultation avaient augmenté, ainsi que les vibrations thoraciques ; tandis qu'au contraire le murmure respiratoire s'entendait moins bien, la respiration semblait diminuée, tout en étant un peu soufflante. L'espace de Traubé en avant et en bas était d'ailleurs parfaitement conservé avec sa sonorité propre.

Le diagnostic porté fut spléno-pneumonie, avec peut-être un peu d'épanchement secondaire dans la plèvre. En effet, une ponction exploratrice, faite le lendemain, donna issue à une petite quantité de liquide.

Mais, dès le sixième jour, en la renouvelant, on s'assura que la plèvre était vide, et une troisième ponction, faite le 2 juin, resta également sans résultat.

Les phénomènes d'auscultation s'atténuèrent progressivement; la température, qui pendant quinze jours, à partir du moment où ce malade entra à l'hôpital, avait oscillé entre 38°,5 et 39°,5 tomba définitivement au-dessous de 38 degrés. Tant que la fièvre avait duré, l'analyse des urines avait montré la présence d'une certaine quantité d'albumine et une diminution notable de l'urée. Puis le retour vers l'état normal se fit graduellement, l'appétit revint; cet homme déclarait se sentir beaucoup mieux, ne plus souffrir, n'être plus oppressé, et, le 23 juin, il quitta le service, bien que présentant toujours un peu de matité vers la base, un peu de diminution de la respiration avec augmentation de la sonorité vers le sommet du poumon gauche.

Il y avait alors sept semaines qu'il était malade. C'est là à peu près la durée moyenne d'une spléno-pneumonie suivant M. Grancher. En effet, cette pneumonie subaiguë a une durée longue, qu'elle soit d'ailleurs ou non compliquée de pleurésie. La présence d'un épanchement en cas pareil ne change rien à la marche de la maladie, et, dans le cas actuel, l'abondance de cet épanchement fut bien minime puisqu'on n'en retrouva plus rien dès le 20 mai.

Hystérie chez l'homme, contractures, hypnotisation.

En traitant du syndrome que nous avons décrit sous le nom de *parésie trémulente*, et qui est le plus souvent la conséquence directe de l'alcoolisme personnel de l'individu affecté, nous avons signalé l'influence réelle, incontestable, que peut avoir aussi l'hérédité sur le développement de cette affection.

Il est des personnes qui n'ont jamais bu de liqueurs fortes ou même de vin, mais dont les ascendants étaient alcooliques, et qui, pour cette raison, présentent les tremblements, les vomissements glaireux du matin, les variations de caractère, les altérations de mémoire, les particularités visuelles habituellement caractéristiques de l'ivrognerie.

Le cas d'un jeune homme de seize ans qui se trouve actuellement au n° 19 de la salle Piorry, à la Pitié, dans le service de M. Lancereaux, tend à faire supposer qu'un syndrome spécial, un genre d'hystérie chez l'homme, pourrait se rattacher héréditairement à l'absinthisme, comme la parésie trémulente se rattache héréditairement, sinon autrement, à l'alcoolisme.

Le père de ce jeune homme est boucher. Il ne manque jamais de prendre régulièrement à chaque repas un verre d'absinthe, sans compter qu'il boit le matin, suivant l'expression du malade, trois ou quatre gouttes et, dans la journée, occasionnellement, de temps en temps un verre.

La mère, qui n'a pas les mêmes habitudes, ne paraît pas être hystérique. Elle n'a jamais eu de crises convulsives, n'a jamais accusé la sensation de boule ou de constriction à la gorge. Mais elle est très impressionnable et pleure pour un rien. De santé d'ailleurs délicate, elle a fait d'assez longs séjours à la Pitié, dans le service de M. Gallard, et à la Charité, dans le service de M. Empis. Cela remonte haut.

Elle a eu treize enfants, dont douze sont morts tout à fait en bas âge. Il ne lui reste plus que l'aîné, qui est le malade en question.

Ce jeune homme est bien à la fois un type de l'*infantilisme* et du *féminisme* décrits par Lorrain. Il est loin de porter son âge, et bien qu'ayant seize ans accomplis, il n'offre encore aucun des attributs de la puberté commençante. Sa peau, tout à fait glabre, est lisse, blanche et fine comme celle d'une petite fille. Il n'est pas inintelligent. Au contraire, il tenait un bon rang dans ses classes et a obtenu sans difficulté son certificat d'études. Il aime beaucoup à lire.

Il a eu plusieurs maladies dans son enfance, et notamment, vers l'âge de quatre ans, une coqueluche et une pleurésie; vers l'âge de neuf ans, une affection articulaire des deux genoux. Depuis lors, il se portait bien. Il n'était pas sujet aux maux de tête et rien chez lui n'annonçait l'imminence d'une névrose.

Cependant, au mois de novembre de l'année dernière, sans cause connue, il fut pris subitement, peu après le repas,

d'une crise convulsive durant laquelle il se débattit, poussa des cris, des éclats de rire, etc., sans avoir conscience de rien. Quand il revint à lui, il ne se rappelait plus ce qui s'était passé durant cette crise. Pendant deux jours, il resta fatigué, abattu, puis il se remit et parut revenir à son état normal, jusqu'au mois suivant.

En décembre, comme il traînait une voiture à bras, il fit une chute et eut le dos contusionné par le timon de cette voiture. Dans la même journée, il fut pris d'une nouvelle crise plus longue que la première et qui fut également suivie d'un sentiment de courbature générale.

A peu près vers la même époque, il commença à ressentir assez souvent ce qu'on a nommé la boule hystérique. C'est, dit-il, quelque chose qui remonte et l'étouffe. Il se sent alors le besoin de courir, de se frictionner la poitrine. Il accuse un très grand malaise qui dure plus ou moins longtemps. Ce sont là ses petites crises.

Quant aux grandes crises convulsives, depuis le mois de décembre de l'année dernière jusqu'au mois de juin de cette année, il n'en avait pas éprouvé. Il en eut une en juin, une autre très forte et très longue le 15 juillet. Celle-là dura, paraît-il, près de cinq heures. Après quoi, au lieu de se remettre progressivement comme après les autres, il s'aperçut qu'il lui devenait de plus en plus difficile de mouvoir les jambes.

Le 19 juillet, la marche était tout à fait impossible, et son père dut le porter quand il entra à l'hôpital.

Les membres inférieurs étaient contracturés dans l'extension. Il existait de l'hémianesthésie du côté gauche, et M. Lancereaux pressant sur la région qu'on nomme ovarienne chez la femme, y constata que la sensibilité y était très vive.

Des ventouses sèches furent posées à deux reprises le long du dos. La contracture diminua de violence, puis cessa en deux ou trois jours.

Elle se reproduisit mercredi dernier, et à cette occasion, pour la première fois, on hypnotisa le malade par une douce pression sur les globes oculaires.

Les états de catalepsie, de léthargie et de somnambulisme furent obtenus très facilement. La contracture cessa.

Dans l'état de veille, comme dans l'état de somnambulisme, nous répétâmes hier, chez ce malade, comme nous l'avons fait chez tant d'autres, toutes les expériences décrites par Bernheim, etc., sur la suggestion.

Il paraissait de très bonne foi, et, exprimant un vif étonnement, il nous demandait comment cela pouvait se faire, quand, lui ayant annoncé, sans qu'il fût endormi, que nous allions le paralyser du sentiment ou du mouvement dans telle ou telle partie du corps, nous obtenions ce résultat par une passe rapide, par un attouchement, par un simple geste. Il nous suffisait de lui dire que, dans une condition donnée, telle chose devait être, pour qu'elle fût effectivement.

Nous immobilisâmes ainsi successivement les bras, les jambes, la moitié du corps, le corps entier, en résolution ou en contracture. Nous fîmes disparaître la sensibilité dans une moitié du corps, au point de pouvoir pincer le malade très violemment, en tordant la peau, sans qu'il accusât la moindre douleur. Puis nous opérâmes le transfert, toujours en indiquant ce qui devait se passer, et ce fut l'autre côté du corps qui devint insensible. Après quoi, en soufflant dessus, nous rendîmes la sensibilité exquise sur toute la surface du corps.

Ces effets de la suggestion, qui paraissent miraculeux tant ils sont rapides, sont très faciles à obtenir chez les hémianesthésiques par hystérie, ou hystéro-épilepsie, même lorsque les troubles de la sensibilité sont déjà très anciens chez elles.

Nous donnerons pour exemples deux des malades du même hôpital et du service de M. Dumontpallier.

Une d'elles, une plumassière âgée de dix-huit ans, qui était couchée salle Valleix, n° 31, où elle est entrée le 2 septembre 1883, avait été longtemps dans le service de M. Charcot, parmi les grandes hystéro-épileptiques. Hémianesthésique d'abord du côté droit, puis, après transfert, du côté gauche, elle ne recouvrait par la métallothérapie sa sensibilité que pour quelques minutes. Nous l'avertîmes qu'au moyen de passes nous allions la lui rendre pour toute la journée; et c'est ce qui eut lieu. Chez elle, nous procédâmes par une voie indirecte. Nous commençâmes par lui enlever par des passes faites dans un sens la sensibilité du côté droit, de telle sorte que l'anesthésie fût totale. Puis par des passes faites dans l'autre sens nous fîmes complètement disparaître cette anesthésie. Cela ne prit que quelques instants. Comme nous l'avions annoncé (car tout est là dans la suggestion : il faut qu'on ait l'air convaincu et que le malade soit confiant), l'anesthésie ne reparut nulle part pendant toute la journée, ce qu'on n'avait encore obtenu par aucun moyen.

Chez une autre jeune fille, également âgée de dix-huit ans, repasseuse, entrée le 26 mai salle Valleix, n° 6, l'hémianesthésie, qui siégeait à droite, n'avait encore que trois mois de durée quand nous la fîmes disparaître par les mêmes moyens, mais pour moins de temps.

La sensibilité était restée intacte quand nous quittâmes l'hôpital deux heures après le début de cette expérience; par conséquent, l'effet produit avait été chez elle assez prolongé. Elle s'était montrée réfractaire à l'application d'un métal. Mais peu après, survint une crise nerveuse, et déjà alors avait reparu l'hémianesthésie.

Il est à noter que chez cette malade, comme chez celui de M. Lancereaux, à la suite de crises convulsives, il y avait eu une contracture des muscles des membres inférieurs. Cette contracture avait été même tellement violente, qu'elle avait produit momentanément un pied-bot.

L'application d'un appareil plâtré durant un mois n'y avait rien fait; la guérison fut obtenue dans l'état de somnambulisme.

Nous avons déjà un très grand nombre d'exemples semblables de suggestion complètement efficace.

LETTRE ET RAPPORT

PRÉSENTÉS AU MINISTRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE ET DES BEAUX-ARTS PAR LA COMMISSION CHARGÉE DE CONTRÔLER LES EXPÉRIENCES DE M. PASTEUR SUR LA PROPHYLAXIE DE LA RAGE.

Paris, le 6 août 1884.

Monsieur le Ministre,

Après avoir soumis aux Académies des sciences et de médecine les résultats de ses expériences sur les *inoculations préventives de la rage*, M. Pasteur vous a prié de vouloir bien nommer une commission officielle devant laquelle il répéterait ces expériences, afin de leur donner le plus grand caractère possible d'authenticité. Vous avez obtempéré à son désir et vous nous avez confié l'honorable mission d'assister aux démonstrations que M. Pasteur se proposait de faire pour produire les preuves de la réalité de la grande et mé-

morable découverte qu'il avait annoncée au monde savant.

Nous sommes heureux, Monsieur le Ministre, de venir porter aujourd'hui témoignage devant vous que M. Pasteur n'a rien avancé qui ne fût rigoureusement exact. Oui, la science entre ses mains a résolu le problème de rendre le chien réfractaire à la rage par une inoculation préventive du virus atténué de cette maladie, comme elle avait réussi, par une méthode identique, à investir l'organisme du mouton d'une complète immunité contre les atteintes du charbon. Le rapport que nous vous soumettons aujourd'hui ne laisse à cet égard aucun doute possible. Tous les chiens que M. Pasteur nous a déclarés *réfractaires*, de par l'immunité qu'il leur avait conférée, ont résisté aux épreuves d'inoculation qui leur ont été faites avec les virus les plus forts et par les procédés reconnus les plus sûrs, tandis que la plupart des chiens qui leur servaient de *témoins*, c'est-à-dire qui ont été soumis aux mêmes épreuves, sans avoir été prémunis contre leurs effets, par une inoculation préventive, n'ont pu les supporter et ont péri par la rage.

Ce résultat est décisif.

Mais d'autres expériences restent à faire, notamment pour apprécier la durée de l'immunité dont les chiens sont investis par l'inoculation préventive et surtout pour résoudre cette autre question d'une si grande importance au point de vue de la prophylaxie de la rage humaine, celle de savoir si après une morsure reçue, l'action préventive de l'inoculation avec le virus atténué peut être efficace à annuler celle du virus inoculé par la morsure.

M. Pasteur a commencé devant la commission les expériences qui ont pour objet la solution de ce grand problème, mais on conçoit qu'en pareille matière rien ne se peut faire de rigoureux sans le temps et le nombre.

Nous vous soumettons aujourd'hui, Monsieur le Ministre, ce rapport sur la première série des expériences dont nous venons d'être les témoins, afin que M. Pasteur puisse s'en autoriser dans la communication qu'il se propose de faire, au Congrès scientifique de Copenhague, sur ces magnifiques résultats qui honorent à un si haut degré la science française et lui constituent un nouveau titre à la reconnaissance de l'humanité.

Veuillez agréer, etc.

Le Président de la Commission,
BOULEY (de l'Institut).

A M. Fallières, Ministre de l'instruction publique et des beaux-arts.

Paris, le 4 août 1884.

Monsieur le Ministre,

Dans le courant du mois de mai dernier, M. Pasteur vous demandait de nommer une commission à laquelle il désirait soumettre les magnifiques résultats auxquels l'avaient conduit ses expériences sur la rage.

Vous avez aussitôt obtempéré au désir de l'illustre savant dont s'honore la France, et, par votre arrêté du 19 mai, vous avez désigné :

MM. BÉCLARD, doyen de la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.
Paul BERT, professeur à la Faculté des sciences, membre de l'Institut.
BOULEY, professeur au Muséum, membre de l'Institut.
TISSERAND, directeur au Ministère de l'agriculture, conseiller d'État.
VILLEMIN, professeur à l'École de médecine et de pharmacie militaire, membre de l'Académie de médecine.
VULPIAN, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Institut.

Cette commission, dite *de la rage*, s'est constituée en votre présence le 28 mai; elle a nommé M. Bouley président et M. Villemin secrétaire.

En quittant votre cabinet, elle s'est rendue au laboratoire de M. Pasteur, rue d'Ulm, 45, et rue Vauquelin, 14, où elle a visité l'installation des locaux et plusieurs animaux en cours d'expérience.

Pendant cette visite son attention est appelée sur un cobaye inoculé de la rage la veille par la méthode de la trépanation et avec un virus d'une intensité extrême. M. Pasteur annonce que cet animal sera pris de rage cinq jours après l'inoculation, c'est-à-dire le 1er juin. Il affirme en outre qu'en continuant à inoculer successivement des cobayes avec un fragment de bulbe du cobaye précédent, on provoque constamment la rage des sujets en cinq jours.

Cette précision dans la précision des résultats a été, en effet, ultérieurement reconnue parfaitement exacte par la commission qui a suivi le développement de la rage dans une série de cobayes successivement inoculés. Tous ont manifesté les symptômes de la maladie au bout des cinq jours annoncés.

La commission remarque encore plusieurs lapins inoculés depuis huit jours par un virus violent et qui sont affectés de rage paralytique.

Séance 1er juin. — Le contrôle des expériences sur les chiens a commencé le 1er juin. Afin d'abréger ses travaux, la commission propose à M. Pasteur de modifier un peu les termes du programme de sa note académique des 19 et 20 mai. L'inoculation de la rage à la surface du cerveau au moyen de la trépanation constituant le procédé le plus rapide et le plus sûr, la commission exprime le désir de commencer tout d'abord les expériences d'inoculation par ce mode opératoire. M. Pasteur s'empresse d'accepter cette proposition, et, séance tenante, on inocule : 1° deux chiens traités antérieurement par M. Pasteur et considérés par lui comme réfractaires à la rage; 2° la même opération est ensuite pratiquée sur deux chiens indemnes de tout traitement antérieur, chiens neufs pris à la fourrière, pour servir de terme de comparaison et témoigner de l'activité virulente de la substance employée.

On inocule en outre deux lapins avec le même procédé et le même virus.

La matière d'inoculation est prise sur le bulbe d'un chien atteint de rage des rues, mort la veille à l'infirmerie d'Alfort. Un fragment de ce bulbe est délayé dans du bouillon stérilisé et deux gouttes de ce liquide sont instillées sous la dure-mère de chaque animal.

A cet effet on applique une petite couronne de trépan de 5 à 6 millimètres de diamètre et, la rondelle osseuse enlevée, on introduit le liquide d'inoculation au moyen d'une seringue de Pravas dont l'extrémité de l'aiguille est recourbée presque à angle droit. De cette façon, l'injection se fait immédiatement au-dessous de la dure-mère, sans intéresser la pulpe cérébrale.

M. Pasteur annonce qu'étant donnée la nature du virus rabique employé, les lapins ne prendront la rage que dans un intervalle de douze à quinze jours environ, qu'il en sera de même des deux chiens témoins et que les réfractaires ne la prendront ni tôt ni tard, quel que soit le temps pendant lequel la commission les tienne en observation.

Séance du 3 juin. — Une dépêche de M. le vétérinaire Bourrel, demeurant rue Fontaine-au-Roi, 7, ayant annoncé qu'il avait dans son infirmerie un chien rabique furieux et très mordeur, rendez-vous est pris par la commission qui se fait précéder chez M. Bourrel par un chien vacciné contre la rage par M. Pasteur et par un chien neuf pris à la fourrière destiné à servir de témoin. On fait mordre ces deux animaux par le chien rabique.

Séance du 4 juin. — M. Bourrel ayant avisé la commission que le chien enragé de la veille avait conservé toute sa vigueur et était encore en état de mordre, on conduit chez lui deux nouveaux sujets : l'un réfractaire prélevé parmi les vaccinés du chenil de M. Pasteur et l'autre sortant de la fourrière. Ces deux chiens sont mordus par le chien enragé comme ceux de la veille.

Nous devons noter que la commission, afin de rendre les expériences plus décisives, a eu le soin, hier et aujourd'hui, de pré-

senter en premier lieu au chien furieux les chiens réfractaires, dans la pensée que la bave des premières morsures pouvait être plus abondante et plus efficace.

Séance du 6 juin. — Le chien rabique furieux utilisé chez M. Bourrel pour les morsures des 3 et 4 juin ayant succombé à la maladie rabique le six, au matin, la commission se réunit l'après-midi, dans le laboratoire de M. Pasteur, et procède, avec le bulbe de cet animal, à l'inoculation, par trépanation, de six autres chiens.

De ces six chiens :

1° Trois sont déclarés réfractaires à la rage par M. Pasteur ;

2° Les trois autres sont neufs et sortis de la fourrière. Des trois réfractaires de cette série, il s'en trouve deux dont l'immunité contre la rage a déjà été prouvée par inoculation sous la dure-mère, le 9 juin 1882, et par inoculation dans la veine du jarret, le 17 juin 1883.

Dans cette séance, on inocule en outre deux lapins, par trépanation et avec la même matière.

Séance du 10 juin. — M. Bourrel ayant prévenu qu'il avait dans son infirmerie un chien enragé furieux et mordeur, la commission fait conduire chez lui deux chiens pour être mordus par le rabique : un réfractaire et un chien neuf de la fourrière.

Séance du 15 juin. — La commission constate : 1° qu'un des chiens témoins trépanés le 1er juin est pris de rage furieuse ; il est inquiet, ne mange plus depuis le 13, et se précipite pour mordre contre tout ce qui touche sa cage ; 2° que les lapins trépanés le 1er juin sont atteints de paralysie rabique ; elle se traduit par une grande faiblesse des membres, surtout du train de derrière ; le moindre choc les renverse et ils éprouvent une grande difficulté pour se relever. Cette paralysie a commencé le matin du 14.

Séance du 16 juin. — La commission constate que le deuxième chien témoin, inoculé le 1er juin, dont elle avait remarqué l'allure suspecte la veille, est aujourd'hui dans un état de rage confirmée. Elle s'assure ensuite du bon état de santé des chiens réfractaires.

Séance du 17 juin. — Sur une dépêche de M. Bourrel, la commission se transporte rue Fontaine-au-Roi pour observer le chien témoin mordu le 3 juin et qui est atteint de rage furieuse ; il dévore les planches de sa niche et mord sa chaîne en la secouant avec force.

La durée d'incubation a été remarquablement courte (14 jours), sans doute à cause du nombre des morsures qu'il avait essuyées à la tête.

La commission remarque qu'un des chiens témoins, trépanés le 6 juin, est pris de rage paralytique ; il est sensiblement affaibli sur ses pattes, la tête est agitée d'une sorte de tremblement choréique, il est mordeur.

Enfin on fait mordre par un des chiens témoins du 1er juin devenu furieux :

1° Un chien réfractaire du chenil de M. Pasteur ;

2° Un chien neuf venu de la fourrière.

Séance du 19 juin. — Dans cette séance, la commission fait inoculer en sa présence :

1° Trois chiens vaccinés reconnus réfractaires par M. Pasteur ;

2° Trois chiens neufs sortis de la fourrière. La matière d'inoculation employée provient d'un fragment de bulbe du premier témoin trépané le 1er juin, pris de rage dès le 13 et mort dans la nuit du 18 au 19. L'inoculation, cette fois, se fait dans la veine externe du jarret. On injecte à chaque animal 10 gouttes de la dissolution de bulbe dans du bouillon stérilisé. Cette méthode, remarque M. Pasteur, n'a pas la sûreté de celle de la trépanation lorsqu'il s'agit de virus de virulence moyenne.

Séance du 20 juin. — Par la méthode intraveineuse, mais à l'aide du virus rabique le plus virulent que possède M. Pasteur, virus beaucoup plus virulent que celui de la rage des chiens des rues, la commission fait inoculer douze chiens dont quatre neufs sortis de la fourrière, à titre de témoins, et huit réfractaires pris dans le chenil de la rue Vauquelin.

Séance du 26 juin. — Avec le bulbe du second témoin, trépané le 1er juin et mort de rage furieuse le 25, la commission fait inoculer dans la veine du jarret :

1° Un chien témoin venu de la fourrière ;

2° Un chien réfractaire traité par M. Pasteur.

Ce dernier avait été vacciné immédiatement après avoir été mordu par un chien enragé le 9 mars dernier. Un témoin mordu en même temps que lui et par le même rabique avait été pris de rage au bout de soixante-cinq jours.

Séance du 28 juin. — M. Paul Simon, vétérinaire, demeurant rue de Pontoise, 3, ayant informé la commission qu'il avait dans son infirmerie un chien enragé furieux, très mordeur et pouvant servir à plusieurs attaques, celle-ci réunit aussitôt quatre chiens : deux réfractaires pris dans le chenil de M. Pasteur et deux témoins extraits de la fourrière. Ces quatre chiens sont mordus par le chien de M. Simon dans la journée du 28 juin.

Telles sont les expériences auxquelles la commission s'est livrée. Elle a pensé, Monsieur le Ministre, que, dès à présent, et avant qu'elle puisse poursuivre, après les vacances, de nouvelles expériences, elle pouvait utilement vous soumettre les résultats qui ont passé sous ses yeux.

Voici, sous une forme abrégée, l'indication de ces expériences :

1° Les 1er et 6 juin, ont été inoculés par trépanation et avec un virus de chien à rage des rues : dix chiens, dont cinq vaccinés contre la rage et cinq témoins pris à la fourrière ;

2° Les 3, 4, 10, 17 et 28 juin, on a fait mordre, par des chiens enragés de rage dite spontanée des rues, douze chiens, dont six vaccinés contre la rage et six témoins ;

3° On a inoculé par injection intra-veineuse, le 19 juin, six chiens avec le virus de rage des rues ; le 20, douze chiens avec un virus très virulent, sortant du bulbe d'un lapin de quarante-sixième passage, c'est-à-dire ayant passé successivement dans une série de quarante-six lapins. M. Pasteur a démontré expérimentalement, devant la commission, que ce virus donne la rage aux lapins en sept ou huit jours et aux chiens en huit ou dix jours, quand on applique la méthode de trépanation. Enfin, le 26 juin, on a encore inoculé deux chiens, avec le virus d'un témoin mort après inoculation.

La commission a donc mis jusqu'ici en observation, dans des expériences de diverse nature, quarante-deux chiens, dont vingt-trois présentés par M. Pasteur comme réfractaires à la rage, et dix-neuf témoins n'ayant subi aucune inoculation préventive ou vaccinale.

Les résultats constatés par la commission jusqu'à ce jour se décomposent ainsi :

Les dix-neuf témoins ont présenté trois cas de rage sur six, à la suite des morsures par chiens enragés.

Six cas de rage sur huit à la suite des inoculations intra-veineuses.

Enfin, cinq cas de rage sur cinq à la suite des inoculations par trépanation.

Les vingt-trois vaccinés, au contraire, n'ont pas offert un seul cas de rage.

Cependant, au cours des expériences, un réfractaire inoculé par trépanation, le 6 juin, est mort le 13 juillet, à la suite d'une diarrhée avec évacuations noires, qui s'est manifestée chez lui, dans les premiers jours de juillet, dans l'infirmerie de M. Bourrel. Afin de voir si ce chien a pu mourir de rage, on a inoculé son bulbe, le 13 juillet, à trois lapins et à un cobaye. Aujourd'hui, 4 août, ces sujets sont encore très bien portants, et cependant ils ont dépassé le terme habituel où la rage apparaît chez les animaux de leur espèce après l'inoculation intra-cranienne. Ils sont tenus en observation suivie.

Les travaux de la commission sont loin d'être terminés. En multipliant ses séances, en diversifiant les épreuves qu'elle a demandées à M. Pasteur, elle a voulu, Monsieur le Ministre, répondre à votre confiance et à l'impatience de l'opinion publique.

Il lui reste de nombreux faits à vérifier encore, tout en poursuivant l'examen des divers essais qui ne sont pas encore terminés.

De toutes les séries d'expériences qui lui restent à entreprendre, la plus importante sera celle de la vaccination, faite par elle ou sous ses yeux, d'un grand nombre de chiens neufs, et de la comparaison qu'elle établira ultérieurement entre les chiens, après leur vaccination, et un nombre égal de chiens témoins qui n'auront subi aucun traitement.

En d'autres termes, la série des expériences faites sur les chiens vaccinés par M. Pasteur a donné des résultats décisifs. Il reste maintenant, à la commission, à soumettre à des épreuves multiples et variées de nombreux animaux qu'elle aura vaccinés de même.

Plus tard, elle aura à s'occuper de la prophylaxie de la rage chez des chiens mordus, en créant chez eux, pendant la durée de l'incubation, une immunité capable d'empêcher le virus de la morsure de déterminer la rage.

Veuillez agréer, etc.

Bouley, Béclard, E. Tisserand, Villemin, Paul Bert.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Voici les chiffres que nous font connaître les dernières nouvelles depuis notre bulletin d'avant-hier.

Marseille. — Du 5 au 6 août, 11 décès cholériques; le 6, à l'hôpital du Pharo, 3 entrées, 5 sorties, 2 décès, 59 malades en traitement; du 6 au 7 août, 6 décès, dont un à l'asile des Aliénés; le 7, à l'hôpital du Pharo, 3 entrées, 4 sorties, 0 décès, 58 malades en traitement.

Toulon. — On signale une légère recrudescence due au retour précipité d'un certain nombre d'émigrants. Du 5 au 6 août, 10 décès cholériques; situation le 6 : hôpital Bon-Rencontre, 0 entrée, 1 sortie, 2 décès, 23 malades en traitement; hôpital Saint-Mandrier, 4 entrées, 10 sorties, 1 décès, 70 malades en traitement; du 6 au 7 août, 9 décès; situation : hôpital Bon-Rencontre, 4 entrées, 2 sorties, 1 décès, 24 malades en traitement; hôpital Saint-Mandrier, 3 entrées, 8 sorties, 0 décès, 65 malades en traitement.

Arles. — Le 6 août, 3 décès; le 7 août, 5 décès dont 2 à l'hôpital.

La Seyne. — Le 6 août, 1 décès et 1 nouveau cas; le 7 août, 2 décès.

Aix. — Le 6 août, 2 nouveaux cas.

Le choléra s'est manifesté depuis deux jours à Gigean. Du 5 août au soir au 6 août midi : 6 décès, 20 malades en traitement; du 6 au 7 août, 8 décès; le 7 août, 30 malades en traitement. Une femme, qui s'était sauvée de cette localité, le 6 août, a succombé le 7 à Montpellier.

Enfin, on signale aux *Salins de Giraud*, dans la Camargne, dans la journée du 7 août, de nombreux cas de choléra et 4 décès cholériques.

En Italie, le *Bulletin officiel* rapporte encore quelques nouveaux cas de choléra suivis de décès : à Pancalieri, Carignano et Varignano.

— Le troisième Congrès otologique ouvrira le 1er septembre à Bâle. La Suisse ne fait pas subir de quarantaine aux voyageurs venant de France.

Les membres du Congrès qui voudront profiter des 50 0/0 de diminution du prix des places que fait la Compagnie de l'Est devront s'adresser au plus tôt à M. le docteur Courvoisier, secrétaire du Congrès, à Bâle.

Bulletins et mémoires de la Société française d'ophtalmologie. Deuxième année, 1884. 1 vol. in-8° avec figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le choléra asiatique, histoire, étiologie, symptômes et traitement, par le docteur Wakefield. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16566

N° 93. — MARDI 12 AOUT 1884. 57e ANNÉE. MARDI 12 AOUT 1884. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. La syphilis du cerveau. Accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — Considérations sur l'histoire et la géographie de la fièvre jaune. — Note sur l'étiologie et le traitement de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. — Société de Chirurgie. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

La syphilis du cerveau (1).

ACCIDENTS NERVEUX MULTIPLES. — TROUBLES INTELLECTUELS.

VII

D. Pseudo-paralysie générale syphilitique. — Il me reste à appeler votre attention sur un complexus symptomatique qui, par ses traits principaux, rappelle d'assez près la paralysie générale progressive et que l'on a, pour cette raison, proposé d'appeler *pseudo-paralysie générale syphilitique*.

Mais, avant d'aller plus loin, il est nécessaire de s'entendre et de bien préciser comment on doit comprendre cette pseudo-paralysie générale. Quelques auteurs, invoquant l'existence constante chez les pseudo-paralytiques de signes différentiels assez nets, pour qu'il soit possible de distinguer la forme morbide en question de la vraie paralysie générale, repoussent l'existence de la pseudo-paralysie générale. Cette opinion est celle à laquelle se rangeait récemment M. Magnan, dans une discussion à la Société médico-psychologique, à propos d'un cas communiqué par M. Charpentier.

Il me semble que la divergence de vues qui paraît exister entre les auteurs dont je viens de parler et les partisans de la pseudo-paralysie générale syphilitique tient à un malentendu.

Si, par pseudo-paralysie générale, on entendait une affection simulant *de tous points* la paralysie générale progressive, ne différant de cette dernière qu'au point de vue étiologique et anatomo-pathologique, les arguments invoqués par M. Magnan auraient à coup sûr toute leur valeur. Mais telle n'est point la manière de voir des auteurs qui admettent la pseudo-paralysie générale syphilitique. Cette affection, tout le monde est d'accord sur ce point, diffère de l'encéphalite interstitielle diffuse par des nuances symptomatiques très nettes, que nul n'a jamais songé à nier et qu'au contraire on s'est généralement efforcé de mettre en relief. Tout en reconnaissant ces différences, qui légitiment la distinction entre la pseudo-paralysie générale et la paralysie générale vraie, il faut reconnaître qu'il y a entre l'une et l'autre, cliniquement parlant, assez d'analogies pour que des erreurs de diagnostic soient possibles. Erreurs parfaitement évitables, dira-t-on, si l'on examine les malades en connaissance de cause, et avec une suffisante attention, soit ! Mais erreurs qui ont été commises, et de la possibilité desquelles il importe d'être très prévenu. Le terme de pseudo-paralysie générale n'aurait-il d'autre utilité (et en fait il n'a guère que celle-là) d'appeler l'attention sur la ressemblance éventuelle de certaines modalités de la syphilis cérébrale et de l'encéphalite interstitielle qu'il mériterait d'être maintenu. En d'autres termes, le mot pseudo-paralysie générale ne s'applique pas à une entité morbide, nosologiquement spécifiée, mais à une simple entité clinique. Il exprime, je le répète, un complexus symptomatique réel. Ce mot étant ainsi compris, je vois bien ses avantages, j'avoue ne pas entrevoir ses inconvénients.

Il s'agit maintenant de vous mettre sous les yeux le complexus symptomatique en question, et de faire ressortir d'une part les analogies qu'il présente avec la paralysie générale, d'autre part les différences qui permettent de le distinguer de cette dernière affection.

Les analogies sont positives et nombreuses, à tel point que dans plus d'un cas, je l'ai dit, des erreurs de diagnostic ont été commises, au grand préjudice des malades, qu'un traitement énergique eût pu améliorer ou guérir.

Rappelez-vous les symptômes dont j'ai précédemment tracé l'histoire; groupez artificiellement ces symptômes et il vous sera facile de réaliser l'ensemble symptomatique de la pseudo-paralysie générale. Réunissez chez le même malade (et la maladie exécute souvent de pareils assemblages de symptômes) les troubles intellectuels que vous connaissez, l'affaissement cérébral avec amnésie et hébétude, l'excitation maniaque accidentelle; joignez-y l'incertitude des mouvements, la titubation de la marche, les pertes d'équilibre, qui ne sont pas rares dans les cas de lésions spécifiques de l'encéphale, le tremblement qu'on y observe quelquefois, les parésies plus ou moins localisées et assez souvent passagères, l'hésitation de la parole et le balbutiement; supposez qu'à ces phénomènes viennent se surajouter les ictus résolutifs ou apoplectiformes, les éblouissements, les vertiges, les accès convulsifs, dont vous savez la fréquence dans la syphilis du cerveau, et n'aurez-vous pas ainsi, je vous le demande, un tableau clinique qui rappelle de loin, je le veux bien, celui de la paralysie générale, qui le rappelle d'assez loin, vous allez le voir, pour qu'un clinicien

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 juillet 1884.

exercé établisse aisément le diagnostic différentiel, mais qui le rappelle d'assez près aussi pour que de graves et trop fréquentes confusions aient été commises.

Oui, il faut le dire et le proclamer bien haut, dans l'intérêt des malades comme dans celui de la vérité, la syphilis du cerveau peut simuler la paralysie générale. Donc, conséquence pratique! chaque fois que vous vous trouverez en présence d'une encéphalite interstitielle probable, songez à la syphilis, songez aux méprises possibles. Il y va souvent du salut du patient.

Songez-y d'autant plus qu'avec un peu d'attention il vous sera le plus souvent facile d'établir le diagnostic différentiel. Nombreuses sont, en effet, les différences entre la paralysie générale progressive et la pseudo-paralysie générale syphilitique.

Tandis que les paralytiques généraux ont au début un délire expansif, plus tard un véritable délire des grandeurs, les syphilitiques sont le plus souvent, vous l'avez vu, simplement déprimés, abattus, et quand on constate chez eux des phénomènes d'excitation, on ne retrouve jamais, du moins au même degré, les idées ambitieuses qui caractérisent le délire des malades atteints d'encéphalite interstitielle.

Les troubles de la motilité sont eux-mêmes bien différents, dans les deux affections. Dans la syphilis, les paralysies sont fréquentes, habituelles; dans la méningo-encéphalite, il n'y a pas autre chose d'ordinaire que de l'incertitude, du manque de sûreté dans les mouvements; mais la force musculaire est peu modifiée, quelquefois même momentanément exaltée.

Il n'est pas jusqu'au tremblement, commun aux deux maladies, qui ne diffère dans l'une et l'autre. « Le tremblement syphilitique, dit M. Fournier, est celui qu'on observe dans nombre d'affections cérébrales de tout genre, c'est un tremblement banal, vulgaire. Il n'est en rien comparable, assimilable, à cette trémulation assidue, à ce frémissement fibrillaire, vermiculaire, éminemment caractéristique, qu'on remarque d'une façon si commune aux lèvres et à la langue des paralytiques généraux. »

Il en résulte que les troubles de la parole n'ont pas les mêmes caractères dans la syphilis et l'encéphalite diffuse. Chez les syphilitiques sans doute, la prononciation peut être moins nette, il y a du balbutiement, des hésitations dans l'articulation des mots, mais vous ne retrouverez ni ce bredouillement, ni ces faux pas de la langue qui se traduisent par une syllabe sautée ou à peine articulée dans un mot.

Vous le voyez donc, en s'en tenant au point de vue symptomatique, la pseudo-paralysie générale ressemble à la paralysie générale vraie : elle ne lui est pas identique.

Il me resterait, pour compléter l'histoire des manifestations cérébrales de la vérole, à me demander si cette maladie, qui engendre la fausse paralysie générale, n'est pas susceptible de donner naissance à l'encéphalite interstitielle diffuse vulgaire, telle que nous avons appris à la connaître. Cette question rentre à la vérité plutôt dans l'histoire de la paralysie générale que dans celle de la syphilis. J'ai eu déjà l'occasion d'y faire allusion dans d'autres leçons , vous vous le rappelez peut-être.

Je me contenterai de vous dire que bon nombre d'auteurs croient à l'intervention de la vérole dans l'étiologie de l'encéphalite interstitielle, telle que M. Calmeil, M. Baillarger, et beaucoup d'autres auteurs après eux nous l'ont décrite. Mais quelle est la part qu'il convient de faire à cette intervention? Les statistiques que nous possédons ne nous permettent pas de nous prononcer sur ce sujet avec précision.

CONSIDÉRATIONS

SUR L'HISTOIRE ET LA GÉOGRAPHIE DE LA FIÈVRE JAUNE (1).

Par le docteur Bérenger-Féraud,
Directeur du service de santé de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine.

III

D. *Peut-on penser qu'elle existait chez les habitants des Antilles et du littoral américain avant l'arrivée des Européens.* — La question n'est pas jugée encore, il est probable même qu'elle ne le sera jamais d'une manière définitive, car nous n'avons que des raisonnements et non des faits pour asseoir notre opinion. Les religieux Raymond Bréton et Du Tertre, qui, comme nous le verrons tantôt, ont été les premiers à parler de la fièvre jaune d'une manière précise au sujet de l'épidémie de 1635 sur les émigrants français à la Guadeloupe, disent que la maladie était connue des Caraïbes qui l'appelaient du nom de *Poulicantina*, périphrase qui signifie : *on me frappe de verges;* d'où est venu celui de coup de barre. Ils ajoutent que l'effroi causé par la maladie considérée comme très facilement transmissible était tel chez les indigènes, qu'ils abandonnaient souvent leurs malades sans secours, et brûlaient même au besoin leurs ajoupas pour en détruire les germes.

Humbold, de son côté, nous apprend que les premiers émigrants européens trouvèrent au Mexique une maladie portant le nom de *matlazahualt* et faisant des ravages dans la population.

Webster raconte, d'après les manuscrits d'un chroniqueur de l'époque, que les premiers Anglais qui occupèrent la côte méridionale de l'Amérique du Nord de 1618 à 1623 rencontrèrent une maladie qui était très maligne et très répandue chez les Indiens depuis les pays les plus chauds jusqu'à la hauteur du Massachusets. Des villages entiers de naturels étaient détruits par elle, paraît-il, de temps en temps. On sait positivement que cette maladie n'était pas la variole, mais, chose importante, il est à noter qu'elle sévissait pendant l'hiver surtout, et qu'elle ne frappait que les indigènes.

Quelle est la nature de ces trois maladies dont nous venons de parler? D'abord nous devons éliminer celle que les Anglais rencontrèrent sur le littoral de l'Amérique du Nord, pour la double raison qu'elle régnait surtout en hiver et exclusivement sur les indigènes. On peut hardiment, à ces caractères, dire que ce n'était pas la fièvre jaune.

La maladie observée dans l'Amérique du Nord était-elle la même que celle des indigènes mexicains? Nous n'avons pas à le rechercher, mais nous pouvons sans hésitation penser que c'était une affection analogue au typhus, à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire une affection étrangère dans tous les cas à la fièvre amarile dont nous parlons ici.

Quant au matlazahualt, bien que des opinions diverses aient pu être formulées à son égard, la question est bien jugée aussi de nos jours, grâce aux travaux de Jourdanet (*les Altitudes de l'Amérique tropicale*, Paris, 1861, p. 195) et de Coindet (*Journ. de méd. et de chir. mil.*, 3e série, t. XI, p. 381). C'est le typhus des hauts plateaux, maladie voisine, sinon semblable au typhus pétéchial, et par conséquent ce n'est pas la fièvre jaune telle que nous la connaissons.

Reste alors la poulicantina, cette maladie qui frappait les Caraïbes dans les Petites Antilles et qui était assez sévère pour leur faire abandonner les malades qui en étaient atteints, pour leur faire brûler les habitations où elle se montrait. Disons d'avance que malheureusement nous n'avons sur cette poulicantina que des renseignements vagues, fournis plutôt en vue de l'histoire que pour l'instruction des médecins, de sorte que la question res-

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 juillet 1884.

tera probablement toujours dans le domaine des hypothèses.

Mais, cette réserve étant faite, je dirai qu'il n'est pas impossible que la poulicantina des Caraïbes fut la véritable fièvre jaune. Son nom, d'où est dérivé celui de coup de barre, donne déjà à réfléchir. D'autre part, Raymond Bréton et Du Tertre disent que ces Caraïbes, voyant les premiers Européens être frappés de la fièvre jaune, furent d'avis qu'il y avait identité entre leur atteinte et la poulicantina.

De prime abord, il peut paraître irrationnel, ou au moins contradictoire avec ce que nous savons touchant l'immunité des créoles vis-à-vis de la fièvre jaune, d'admettre que cette poulicantina était la fièvre amarile. Cependant, en y regardant de plus près, on sent qu'il n'y a pas d'impossibilité absolue. En effet, nous savons que les Mexicains des terres froides, que les créoles de l'intérieur de Cuba qui descendent sur le littoral ne sont pas exempts de la maladie, bien au contraire, qu'ils sont touchés avec autant de fréquence que de sévérité par elle. Bien plus, nous savons que les habitants de la Vera-Cruz qui n'ont rien à craindre de la fièvre jaune dans leur pays sont exposés au contraire à la contracter quand ils vont à la Havane ou à Saint-Domingue, de même que les natifs de Cuba et d'Haïti sont exposés à payer leur tribut amaril quand ils vont à la Vera-Cruz.

Or est-il improbable alors que les Caraïbes fussent dans le même cas, c'est-à-dire exposés à contracter la fièvre jaune quand ils émigraient? Non. Nous savons, par ailleurs, que les Caraïbes étaient d'humeur assez voyageuse, car il est fait mention de maintes émigrations, envahissements, conquêtes dans les pays antilliens par des étrangers américains avant l'arrivée des Européens. Il peut donc bien se faire, il est même, dirai-je, très admissible que ces étrangers, venant, soit de la côte ferme soit de l'intérieur des grandes îles des Antilles, payassent en arrivant sur le littoral leur tribut de maladie amarile au même titre et dans les mêmes proportions que les Européens, parce qu'ils venaient de régions relativement tempérées et des terres hautes dans les contrées chaudes des Grandes et Petites Antilles.

En admettant cette hypothèse, nous voyons tout un nouvel horizon fort rationnel touchant la maladie. Les germes de la fièvre, existant dans certains endroits même limités, auraient été cultivés, qu'on me passe le mot, bien avant l'arrivée des Européens aux Antilles, sur les peuplades sauvages qui les transportaient parfois plus ou moins loin de leur foyer originel. Voilà pourquoi, de temps en temps, la poulicantina venait ravager telle ou telle agglomération caraïbe des Petites Antilles, absolument comme la fièvre jaune ravage de nos jours les agglomérations européennes. Et voilà aussi comment les premiers Espagnols ont pu être décimés par la maladie bien avant d'avoir pénétré jusqu'à ses foyers générateurs eux-mêmes; en d'autres termes, eurent à subir ses atteintes dès qu'ils furent entrés dans ce qu'on appelle en langage technique la zone dangereuse, vis-à-vis de la maladie. C'est qu'en effet dès le second voyage de Colomb ou même pendant l'intervalle qui sépara le premier voyage du second, les Espagnols laissés par l'illustre amiral sur le sol antillien se trouvèrent fortuitement au contact de populations caraïbes contaminées.

Je le répète, ce sont là de pures hypothèses et des raisonnements que les faits ne peuvent pas appuyer, car trop de temps s'est écoulé depuis le XVe siècle jusqu'à nos jours pour qu'on puisse essayer d'arriver par l'investigation à un résultat rigoureux à cet égard, mais néanmoins, tout en faisant cette réserve, l'hypothèse est assez séduisante pour mériter de nous arrêter au simple point de vue de l'esprit.

E. *Quelle est la date où la fièvre jaune fut observée avec assez de soin pour entrer dans le domaine de la science?* — Le P. Du Tertre (*Hist. génér. des Antisles.*, t. Ier, p. 30, édition de Saint-Pierre [Martinique]) est considéré comme étant le premier qui ait parlé de la fièvre jaune dans des termes qui ne permettent aucun doute. Voici ce qu'il dit en particulier à propos des premiers émigrants français qui en furent atteints à la Guadeloupe en 1635... « Outre la famine, deux choses contribuèrent particulièrement : la première fut une certaine maladie qu'on nomme communément *coup de barre*, elle cause ordinairement à ceux qui en sont surpris un mal de tête fort violent et accompagné d'un battement d'artères aux tempes et d'une grande difficulté de respirer avec lassitude et douleur de cuisses, comme si l'on avait été frappé de coups de barre, ce qui a donné sujet au nom qu'on lui a imposé; elle attaque ordinairement ceux qui défrichent les terres des isles à cause des vapeurs vénéneuses qu'elles exhalent. »

D'après le P. Du Tertre, elle fut de nouveau apportée dans le pays en 1648 par quelques navires, et elle commença par Saint-Christophe, où elle emporta près du tiers de ses habitants (*loc. cit.*, chap. XIII, p. 154). La description de la maladie donnée par Du Tertre est extrêmement imparfaite, mais néanmoins nous y trouvons déjà une indication précieuse : c'est que la maladie ne se développa point sur place, mais fut apportée par des navires. Nous aurons dans la suite l'occasion de constater combien ce détail est important.

Désormais la maladie est parfaitement connue et qu'elle soit décrite sous le nom de contagion, de coup de barre, de peste américaine, de mal de Siam, etc., etc., nous la voyons signalée, presque sans interruption jusqu'à nos jours, avec des oscillations du plus ou moins touchant son extension et sa gravité toujours grande.

Celui qui analyse les si nombreuses épidémies de fièvre jaune dont l'histoire a gardé la mémoire est tout naturellement porté à les classer en diverses périodes; c'est, en effet, ce qui a été tenté diverses fois. Je ne m'attarderai pas dans l'énumération de ces tentatives, qui nous prendrait trop de temps pour un mince résultat, et je me bornerai simplement à dire qu'en somme l'histoire de la fièvre jaune peut se partager en sept périodes ci-après spécifiées :

1re *période*. Période de probabilité de la maladie qui est confondue, à cette époque, souvent avec la peste et appelée fréquemment la *contagion* (1492-1634).

2e *période*. Période des indications sommaires de la maladie appelée souvent à cette époque *coup de barre* (1635-1685).

3e *période*. Période de la fameuse épidémie dite de l'Oriflamme; la maladie prend alors le nom de *mal de Siam* (1686-1708).

4e *période*. Période des premiers essais de quarantaine; on commence, à ce moment, à l'appeler plus fréquemment le *vomito* (1709-1790).

5e *période*. Période des grandes guerres de la République et de l'Empire; la maladie est habituellement appelée la *fièvre ictérode* (1791-1815).

6e *période*. Période de la fameuse discussion sur la contagiosité de la maladie qui porte souvent le nom de *typhus amaril* (1816-1857).

7e *période*. Période des applications raisonnées des mesures sanitaires; le nom de *fièvre jaune* tend de plus en plus à prédominer (1858-1884).

NOTE

SUR L'ÉTIOLOGIE ET LE TRAITEMENT DE L'OSTÉO-PÉRIOSTITE ALVÉOLO-DENTAIRE.

Par MM. MALASSEZ et GALIPPE.

Cette affection très répandue, décrite en 1760 par Fauchard et en 1778 par Jourdain sous le nom de suppuration conjointe des alvéoles, a été bien étudiée de nos jours (1867) par le docteur Magitot, qui lui a donné le nom que nous conservons quant à présent.

Exactement décrite par cet auteur, au point de vue de sa marche et de ses lésions, l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire était mal connue pour ce qui regarde son mécanisme et ses causes et considérée généralement comme incurable.

Il résulte de nos recherches que l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire est, réserves faites pour l'influence du terrain, une maladie locale infectieuse et parasitaire, ce qui explique le processus et donne de précieuses indications pour le traitement.

Toute cause mécanique capable de détacher la gencive du collet de la dent, et la plus fréquente est le dépôt du tartre salivaire,

permet aux microorganismes de pénétrer entre le cément et la paroi alvéolaire.

Ces organismes provoquent, soit par action directe, soit à la suite de l'inflammation qu'elles déterminent, la destruction des ligaments alvéolo-dentaires et du cément auquel s'attachent ces ligaments.

Celui-ci présente à la fois des phénomènes de destruction et de néoformations; la dentine est érodée et mise à nu et recouverte par place de cément de nouvelle formation; les microorganismes pénètrent dans les canalicules et à la longue la dent peut être infectée dans toutes ses parties par ce procédé.

La pulpe est envahie et disparaît.

A la période ultime de la maladie, les microorganismes pénètrent largement par le canal radiculaire dont le contenu a été détruit.

Ces phénomènes s'accompagnent de suppuration abondante dans les produits de laquelle on trouve de nombreux microorganismes sur lesquels nous aurons à revenir.

Le traitement doit être à la fois chirurgical et antiseptique. Il consiste dans la destruction de la muqueuse gingivale sur toute la hauteur où le rebord alvéolaire est résorbé, de façon à supprimer les clapiers dans lesquels vivent et se développent les microorganismes et l'introduction dans ces clapiers d'antiseptiques comme le sublimé corrosif à trois ou quatre pour mille dans les cas ordinaires.

Quand les fibres ligamenteuses du périoste ne sont point détruites en totalité et que la dent peut encore être maintenue assez solidement pour remplir ses fonctions, l'affection est curable; il n'en est plus de même quand le cément est détruit sur toute sa hauteur et que la dent est complètement infectée par le mécanisme décrit plus haut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 août 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Hématocèle de la tunique vaginale. — M. POLAILLON communique l'observation d'un homme de cinquante-sept ans, exerçant la profession de vitrier, sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels, qui, il y a deux ans, portant une caisse de vitres, reçut un coup sur le scrotum. Il fit un violent effort; il se produisit une hernie et en même temps apparut une douleur assez violente dans le scrotum. Quinze jours après, celui-ci avait notablement augmenté de volume; mais la douleur avait disparu et le malade avait pu reprendre son travail, bien que son scrotum présentât le volume des deux poings. Deux ans après, il y eut une nouvelle et rapide augmentation et la tumeur présenta le volume d'une tête d'adulte; elle mesurait 58 centimètres de circonférence dans son plus grand diamètre.

Le diagnostic présentait quelques difficultés; le scrotum était rouge, lisse et parsemé de veines énormes; le malade offrait une teinte jaunâtre cachectique; mais il n'y avait pas de douleurs lancinantes et l'on ne sentait pas le testicule. Il s'agissait probablement d'une hématocèle, plutôt d'un hydrosarcocèle. Une ponction fut faite et éclaira complètement le diagnostic; en effet, il sortit un liquide chocolat mélangé de masses fibrineuses; il y eut une violente poussée inflammatoire; et, deux jours après la ponction, M. Polaillon pratiqua l'opération, c'est-à-dire l'incision du scrotum avec le thermo-cautère; il y eut une perte de sang considérable qui ne fut arrêtée que grâce à l'emploi d'un grand nombre de pinces hémostatiques. Il s'écoula une grande quantité de liquide sanguin et de masses fibrineuses. Le pédicule formé par le cordon présentait le volume de l'intestin grêle. Comme il s'agissait d'un homme de cinquante-sept ans, comme il y avait eu une perte de sang considérable, la décortication présentant ici les plus grandes difficultés, M. Polaillon se décida à pratiquer la castration. Celle-ci étant faite, il transfixa le cordon d'une aiguille portant un fil double, fit une double ligature puis une nouvelle et seule ligature en masse. Il fit la suture du scrotum, plaça un gros tube et eut recours au pansement de Lister. La température, les deux jours suivants, monta à 39° et 40 degrés; il y eut une rétention d'urine. Après le cathétérisme, la température tomba à 37 degrés et ne s'éleva plus. Trois jours après, il y avait réunion par première intention d'une grande étendue de la plaie. Il y eut un peu de suppuration sur un point dans le fond de la plaie. Toutefois, dix jours après l'opération, le malade descendit au jardin. Un mois après, il partait pour Vincennes. M. Polaillon présente ce malade aujourd'hui complètement guéri.

M. BOUILLY a publié un cas analogue en 1881 dans la *Gazette médicale*. L'affection avait suivi la même marche. Une ponction avait donné lieu à des phénomènes inflammatoires très graves avec menace de septicémie gangréneuse. Une intervention radicale était nettement indiquée. M. Bouilly fit une large excision d'une partie du scrotum; il en enleva comme une tranche de melon à l'aide de l'écraseur linéaire. Il n'y eut pas d'hémorragie; il s'écoula une quantité considérable de liquide avec des masses purulentes; il ne trouva pas le testicule. Immédiatement après l'opération, tous les accidents disparurent; il y eut une réunion secondaire qui était complètement terminée un mois après l'opération.

M. MARCHAND fait observer que ces sortes de tumeurs sont des hydro-hématocèles ou des hématocèles ayant succédé à des hydrocèles anciennes. Il a observé trois cas analogues; dans l'un, il fit le drainage de la poche; il fit une incision un peu large, plaça un gros tube et fit des injections avec le permanganate de potasse. Dans un autre cas, il fit l'ouverture large de l'hématocèle et la castration. Enfin, dans un troisième cas, il s'agissait d'un paysan auquel il fit une ponction suivie d'une injection iodée. A la suite de cette ponction, il y eut une violente inflammation suivie d'une suppuration extrêmement abondante. Cet homme, très âgé, ne voulut plus jamais consentir à se laisser opérer. Six ou huit mois après, il était complètement guéri. Mais ce n'est pas là un exemple à suivre.

M. BERGER fait observer que le procédé de la tranche de melon employé par M. Bouilly appartient à Voillemier. C'est du reste un procédé qui a été complètement abandonné, en raison de l'abondante suppuration à laquelle il donne lieu. Il faut, ajoute M. Berger, distinguer les hydro-hématocèles des hématocèles vraies. Aux premières il convient d'appliquer le traitement de l'hydrocèle; aux autres, la castration. Le diagnostic est souvent difficile; M. Berger cite deux cas d'erreur de diagnostic; dans l'un, il s'agissait d'une hématocèle prise pour un sarcocèle; dans l'autre, au contraire, d'un sarcocèle pris pour une hématocèle. Dans ce second cas où il s'agissait d'une tumeur maligne, le malade a été opéré il y a cinq ans et il vit encore, sans aucune trace de récidive.

M. DESPRÉS félicite M. Polaillon d'avoir fait la castration, la décortication étant une opération impraticable. Quant à l'opération attribuée par M. Berger à Voillemier, c'est une ancienne opération qui a été pratiquée il y a bien longtemps et qui peut rendre des services. Le drainage pur et simple de Chassaignac, sans injection iodée, est encore préférable. En général, on a trop peur des ponctions en pareil cas. Elles donnent le plus souvent de très bons résultats dans les cas d'hydro-hématocèles; il n'y a pas l'ombre de réaction inflammatoire; il suffit d'appliquer des cataplasmes et le malade peut, le plus souvent, se lever le quatrième jour. Pour que ces ponctions soient sans inconvénients, il importe d'éviter de laisser entrer l'air dans le foyer.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE considère également la décortication comme une mauvaise opération et il s'applique à démontrer que la castration est une opération simple, sans danger, et dont les suites sont infiniment préférables à celles du drainage.

M. RECLUS a eu à intervenir dans cinq cas d'hématocèles. Dans un premier cas, il s'agissait d'un vieillard de soixante-dix-huit ans. Une simple ponction avait entraîné une violente poussée

inflammatoire ; M. Reclus fit une large ouverture de la poche et le malade guérit très bien. Dans trois autres cas, il pratiqua la castration et l'examen des pièces lui permit d'acquérir la conviction que la décortication est véritablement impossible et n'a pas sa raison d'être.

M. TILLAUX croit que ce qui rend parfois la ponction dangereuse dans ces cas, c'est parce que les parois de la poche ne reviennent pas sur elles-mêmes. Il pense qu'il n'y a pas d'hématocèle sans hydrocèle préalable. Enfin, il considère la décortication comme très difficile, souvent même impraticable; il préfère de beaucoup avoir, d'emblée, recours à la castration. Lorsqu'il y a des fausses membranes qui s'enlèvent facilement, il y a tout avantage à les enlever et l'on peut s'en tenir là.

M. MARCHAND croit qu'il faut distinguer les cas de vaginalite plastique, hypertrophiante, des cas d'hydro-hématocèles ou d'hématocèles vraies, tant au point de vue du diagnostic qu'au point de vue du traitement.

M. DESPRÉS fait observer que la décortication telle que la propose M. Tillaux et qui a été pratiquée, il y a longtemps, par Saviard, est une bonne opération, bien différente de la décortication proposée par M. Gosselin, qui est impraticable et qu'il faut abandonner.

M. RECLUS croit qu'on éviterait bien des discussions si l'on voulait donner le seul nom de vaginalite chronique aux hématocèles.

M. MARC SÉE cite l'exemple d'un malade habitant la campagne, loin de tout secours, qui était atteint d'une hématocèle pour laquelle M. Sée pratiqua un drainage à travers le scrotum. Il y eut une violente inflammation; le malade se contenta d'appliquer des cataplasmes et guérit fort bien.

M. Sée appelle l'attention sur la manière dont se font les incisions. A l'incision antérieure, il préfère une incision oblique, très courte et très courbe, allant du niveau du canal inguinal à la face externe de la partie supérieure du scrotum.

M. POLAILLON fait observer qu'il y a, en effet, une confusion entre les poches contenant du sang et les poches formées par la vaginale épaissie. Quand il s'agit d'une hématocèle sans épaississement des parois, la ponction suivie d'injection peut suffire. Quand il y a épaississement des parois, le drainage n'est pas applicable, attendu que ces parois ne peuvent revenir sur elles-mêmes et qu'il y a dès lors des accidents de putridité qui peuvent durer des mois entiers. Il est préférable, en pareil cas, d'ouvrir largement la tumeur. La décortication est généralement impraticable. Elle serait tout au plus applicable aux cas très rares où le testicule est recouvert de fausses membranes peu épaisses. Quant à la castration, c'est une opération simple, dont les suites ne sont nullement dangereuses, et c'était la seule praticable dans le cas qu'il vient de présenter.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XVIII

Le bassin est arrondi et peut avoir une trentaine de pieds de diamètre : son fond représente un cône très évasé dont la partie centrale a une profondeur qui échappe au calcul; l'eau, transparente comme le plus pur cristal, y est d'une immobilité parfaite ; ce n'est, pour ainsi dire, que par regorgement qu'elle s'écoule du bassin. En s'échappant du réservoir, cette énorme masse de liquide se précipite de chute en chute contre les roches qu'encombrent le lit de la Sorgue. Elle forme une série de bruyantes cascades d'une blancheur azurée que rehausse encore le jaillissement noirâtre de mousse, en pleine végétation et même fruc[illegible] milieu des pierres humectées ; cette mousse, dont je fis [illegible] dante récolte, est la *Hedwigia aquatica*. Outre le bassin principal, il y a encore plusieurs sources latérales, d'où l'eau s'élance abondamment; on la voit s'infiltrer de toutes parts à travers les débris rocailleux des rives de la Sorgue. Ces sources secondaires et les jaillissements s'observent depuis la fontaine jusqu'au village ; on dirait que l'eau est en quelque sorte exprimée par le poids des montagnes sur les voûtes souterraines qui la renferment. On voit rarement une rivière aussi volumineuse à sa source que la Sorgue ; son lit, encaissé, est assez profond pour porter bateau dès son origine; ses eaux roulent avec une célérité extrême sur un tapis flottant composé de plantes d'un vert glauque. Cette observation avait inspiré au poète l'opinion que la Sorgue roulait des émeraudes ; ce simple végétal, qui est le *Sium berula* de Linné, a, dit-on, la vertu d'engraisser les bœufs qui le recherchent avec avidité. Plusieurs moulins et papeteries sont établis sur le cours de la Sorgue. Après le village, le cours de la rivière s'accompagne de prairies qu'elle fertilise et de plusieurs arbres *hydrophiles* comme les saules, les peupliers. En attendant mes compagnons de voyage, j'allai à la recherche des productions de Flore ; je gravis le mont escarpé qui est à gauche et dont le terrain mobile est formé de rocailles; je contournai la base du rocher pyramidal et j'escaladai jusqu'aux deux tiers de sa hauteur, c'est le *nec plus ultrà* pour l'*homo sapiens*. Là, je me reposai une demi-heure sur une pelouse avancée qui domine presque toute la vallée, et je contemplai à mon aise les belles horreurs qui m'entouraient, j'espérais découvrir mes compagnons de voyage dont je convoitai vainement la surprise de me voir suspendu entre le ciel et la terre ; mais l'ardeur piquante, un vent impétueux, des nuages noirâtres amoncelés dans l'atmosphère, tous symptômes non équivoques de l'orage et de la pluie, me déterminèrent à quitter mon petit observatoire et à gagner le bas de la montagne pour y reprendre une partie des habits que la chaleur excessive m'avait obligé d'y laisser. A peine suis-je arrivé près de la fontaine qu'une décharge électrique se fait entendre avec accompagnement d'une averse ; je cours me réfugier dans la grotte et j'y jouis pendant plus d'une heure du spectacle le plus imposant. Le grondement du tonnerre mille fois réfléchi dans les conques nombreuses de la vallée, le tumulte grave des cascades, les coups intermittents des moulins et des papeteries produisaient un concert terrible, majestueux, dont on ne peut apprécier le grand caractère que lorsqu'on en est soi-même le témoin ; j'entendais aussi un roulement profond qui se prolongeait et se perdait dans les entrailles de la montagne par suite de la propagation de l'air ébranlé. Pendant que j'étais sous mon abri rupestre, deux sociétés provençales vinrent payer leur tribut d'admiration aux beautés de la fontaine ; mais j'attendis vainement jusqu'au déclin du jour mes amis, qui n'y parurent point. Je quittai Vaucluse, je subis plusieurs averses avant d'arriver à l'Isle, où je trouvai ma société réfugiée à l'hôtel de Laure et Pétrarque : on était allé jusqu'au village de Vaucluse, mais la belle dame, craignant d'être écrasée par la foudre ne voulut pas s'aventurer plus loin ; je ne fus pas fâché de l'incident, car il me procura pour le lendemain une seconde visite à Vaucluse. Un excellent souper me refit des fatigues de la journée ; la Sorgue produit de fort belles truites, des anguilles très grosses d'un goût exquis, des écrevisses fort estimées ; on nous servit de tout cela, je n'y fis pas beaucoup d'honneur, mais je pris ma revanche sur les autres mets.

28 *mai*. Au point du jour, nous nous acheminons vers Vaucluse ; Mme B... était montée sur un âne que guidait un paysan porteur de notre déjeuner; nous étions à pied ; la matinée était fraîche, le ciel très beau ; dans la plaine de l'Isle on nous fit remarquer le château de la famille de Sade, à laquelle fut alliée la célèbre Laure de Noves. Il est situé sur la gauche, vers la base des montagnes. Lorsque nous pénétrâmes dans la vallée, le village de Vaucluse et le fond de l'enceinte étaient plongés dans une brume blanche qui les rendait invisibles et qui se dissipa aux premiers

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 août 1884.

rayons de soleil. Après avoir dépassé le village, je partis seul pour aller herboriser sur les montagnes voisines ; j'y fis une ample moisson, et j'eus occasion d'examiner de plus près ces énormes trous qui m'avaient intéressé la veille et dont l'intérieur est arrondi comme la voûte d'un four. Je parcourus la base des rochers dont l'enceinte ferme la vallée et lorsque je fus directement au-dessus de la fontaine, je donnai à mes amis un spectacle qui les fit presque trembler pour ma sécurité. La montagne en haut de laquelle j'étais est d'une pente rapide et entièrement formée, comme je l'ai dit hier, de débris calcaires désunis ; afin de descendre plus promptement et sans préjudice pour mes bottes, je posai mes pieds sur une large pierre plate, et je me hasardai à me laisser couler jusqu'au bas sans faire d'autre mouvement que celui nécessaire pour maintenir l'équilibre et conserver une direction convenable. Il n'y a que deux choses à redouter dans une pareille descente : la première, c'est que les rocailles qui s'écroulent nécessairement derrière vous n'entraînent la chute de quelque grosse masse qui vous gagne de vitesse et vous écrase ; la seconde, c'est que la pierre sur laquelle on est dressé ne heurte dans sa course un obstacle insurmontable et que le contre-coup ne vous culbute et ne vous fasse rouler avec les débris ; grâce à Dieu, aucun de ces accidents ne survint. Arrivé auprès de mes amis, je contemplai encore avec eux le cristal immobile de la fontaine, les cascades, la voûte colossale, le grand et beau désordre qui règne dans ce paysage ; je remarquai au-devant du bassin un piédestal qui est le commencement d'un monument que l'Athénée de Vaucluse se propose d'ériger à Pétrarque. A quelque distance de la fontaine, au-dessous du niveau du chemin, il y a un petit champ ombragé par quelques mûriers avec un figuier et quelques sources jaillissantes ; nous nous imaginâmes que ce lopin de terre devait être le jardin où Pétrarque faisait sa guerre avec les naïades. Après le déjeuner sur le bord de la Sorgue, j'allai avec D... voir le village et l'édifice ruiné qui le surmonte. Quand on a traversé la rivière sur le pont de Vaucluse, on passe sous une voûte taillée dans le roc, qu'on prétend être le débris d'un ancien aqueduc construit par les Romains ; le village est composé de huttes plutôt que de maisons, placées les unes au-dessus des autres sur la croupe de la montagne. A peu de distance du village, il y a deux énormes quartiers de rochers devant lesquels on ne passe qu'en tremblant ; ils ont si peu de base et tant d'inclinaison qu'il semble que le moindre vent suffirait pour le faire ébouler et ensevelir le village ; nous nous reposâmes un instant sur les vieilles murailles du château que l'on désigne communément sous le nom de *château de Pétrarque*, et qui fut jadis la demeure des évêques de Cavaillon, seigneurs de Vaucluse. De cet endroit, on embrasse d'un coup d'œil toute la vallée ; on peut suivre le cours de la Sorgue depuis la fontaine jusqu'à son issue du vallon ; la fraîche verdure qui dessine les sinuosités de la rivière et les rochers sauvages qui la dominent rendent le point de vue tout à fait pittoresque. Vers onze heures, nous arrivons à l'Isle, je me hâte de mettre en ordre tout ce que j'avais récolté à Vaucluse, et nous prenons la route d'Avignon ; nous arrivons au chef-lieu du département de Vaucluse à la nuit tombante, et, après un souper exquis précédé d'excellentes glaces qui ne coûtèrent que neuf sols, nous allâmes goûter un repos bien acquis.

29 mai. La matinée se passe à parcourir les édifices remarquables d'Avignon ; parmi les églises, celle de Saint-Pierre est la plus belle ; son vaisseau est petit relativement à la population, mais il brille de tous côtés par son ornementation très riche ; dans la chapelle du Sépulcre, on admire un beau groupe de statues en pierre finement sculptées ; nous traversons ensuite le *marché aux légumes*, où je pus juger des productions potagères du pays ; le quartier des Juifs, la *halle aux boucheries*, la *halle au blé* ; nous nous arrêtons un moment devant l'horloge de la ville, où deux statues en pierre sonnent les heures ; puis, nous entrons dans l'ancien *Palais des Papes*, édifice immense, dont la plus grande partie est en ruines, mais où l'on voit encore de superbes restes. Un concierge, bavard au suprême degré et connaissant à fond l'histoire de la moindre pierre du palais, nous conduit dans la chapelle ; il nous fait remarquer le mausolée du pape français Jean XXII, qui fut élu à Lyon en 1316, après Clément V, et fut le second pape d'Avignon ; le tombeau du cardinal de Grimaldi, qui assista, en qualité de surveillant des galères de l'Église, au combat de Lépante en 1571 ; le lieu qu'occupait avant la Révolution une sublime copie du tableau *la Transfiguration*, de Raphaël, et une voûte qui fut peinte à fresque par le célèbre peintre italien. Le plus grand désordre règne dans cette église, dont quelques endroits sont utilisés pour loger des cochons et des poules ; par un escalier en colimaçon d'une architecture fort singulière, nous montâmes sur une terrasse en pierre, d'où le point de vue est des plus étendus : on prétend que, lorsque l'horizon est bien clair, on peut découvrir cent trente villages et neuf départements. L'œil suit les sinuosités du Rhône, depuis Roquemaure, où l'on conjecture qu'Annibal le franchit jusqu'au point où les eaux impures de la Durance se jettent dans le fleuve. En face et tout près du Palais des Papes, est l'ancien Hôtel de la Monnaie, qui sert aujourd'hui de caserne à la gendarmerie et où l'on voit un très beau frontispice surmonté de deux griffons et de deux aigles de grandeur colossale ; près de là, notre guide nous fait remarquer une vieille masure flanquée sur le roc et que l'on dit être la plus ancienne des maisons de la ville. Dans les environs du palais, on voit un édifice qui rappelle de lugubres souvenirs : c'est la trop fameuse *Glacière*, sorte de tour carrée, élevée de près de deux cents pieds et ayant une profondeur aussi considérable au-dessous du sol ; cet épouvantable puits a été le tombeau de plusieurs centaines d'honnêtes gens, que les cannibales révolutionnaires y ont précipités. Nous vîmes aussi le plateau rocheux qui a été le théâtre de nombreuses fusillades. Notre promenade se termina par la visite du Muséum d'histoire naturelle et de la galerie des tableaux, établissements qui sont en création. Nous n'eûmes pas le temps de voir l'*Hospice des Insensés*, ni la *Miséricorde*, où l'on conserve un christ supérieurement sculpté, qui est l'ouvrage d'un condamné à mort. Avignon est une ville charmante, bien percée, très bien bâtie ; il y a des maisons magnifiques ; elle est tout entourée de remparts crénelés et de tours. Les promenades y sont extrêmement agréables à cause du voisinage du Rhône, elles s'étendent au delà des remparts ; il y a des cafés d'un fort bon genre et je ne puis parler qu'avec éloges de l'*hôtel du Palais-Royal* dont la table est excellente. A l'époque des papes, Avignon pouvait compter 90,000 habitants ; il y en a 10,000 aujourd'hui ; aussi voit-on sur un très grand nombre de portes : *Maison à vendre ou à louer*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Les dernières nouvelles touchant l'épidémie nous fournissent les chiffres suivants :

Marseille. — Du 7 au 8 août, 15 décès cholériques ; le 8, à l'hôpital du Pharo : 4 entrées, 1 sortie, 2 décès, 51 malades en traitement ; — du 8 au 9 août, 14 décès ; — le 9, à l'hôpital du Pharo : 3 entrées, 8 sorties, 2 décès, 44 malades en traitement ; — du 9 au 10 août, six heures du soir : 14 décès ; — le 10, à l'hôpital du Pharo : 3 entrées, 2 sorties, 2 décès, 43 malades en traitement.

Toulon. — Du 7 au 8 août, 6 décès cholériques ; — le 8, à l'hôpital Bon-Rencontre : 3 entrées, 4 sorties, 1 décès, 22 malades en traitement ; — à l'hôpital Saint-Mandrier : 6 entrées, 4 sorties, 2 décès, 64 malades en traitement ; — du 8 au 9 août, 3 décès ; — le 9, à l'hôpital Bon-Rencontre : 1 entrée, 0 sortie, 1 décès, 22 malades en traitement ; — à l'hôpital Saint-Mandrier : 5 entrées, 4 sorties, 0 décès, 65 malades en traitement ; — du 9 au 10 août, 4 décès dont 1 en ville et 2 à la campagne ; — le 10, à l'hôpital Bon-Rencontre : 2 entrées, 1 sortie, 1 décès, 22 malades en traitement ; — à l'hôpital Saint-Mandrier : 5 entrées, 12 sorties, 0 décès, 58 malades en traitement.

Aix. — Le 7 août, 5 décès cholériques ; le 8 août, 2 décès ; depuis lors, 0 décès.

Arles. — Le 8 août, 5 décès cholériques, dont 3 en ville, 2 à la

campagne et 1 à l'hôpital; aucun décès connu depuis le 8 août.

Vogué. — Le 8 août, 5 décès cholériques, une trentaine de malades en traitement.

La Seyne. — Le 7 août, 1 décès; le 8 août, 2 décès; le 9 août, 1 décès.

Gigean. — Du 7 au 8 août, 14 décès, 36 malades en traitement; du 8 au 9 août, 18 décès, 46 malades; le 9, à trois heures du soir, 8 décès, 43 malades en traitement.

Enfin nous devons signaler : *Lunel*, 4 cas, 1 décès, le 9; *Cette*, le 8 août, 3 décès; le 19, 1 décès; *Rivesaltes*, 3 décès, le 8; *La Valette*, 1 décès; *Puget-la-Ville*, 1 décès; *Beausset*, 2 décès; *Asile des Aliénés de Mont de Vergne*, 3 décès; *Cournonterral*, *Poussan*, *Ruoms*, *Lavilledieu*, *Aubignas*, *Lunas*, plusieurs cas et décès.

En Italie, le *Bulletin officiel* rapporte de nouveaux cas de choléra suivis de décès pour les journées du 8 et du 9 août dans les localités déjà contaminées.

On signale aussi un certain nombre de cas suivis de mort en Angleterre, notamment à Clayton, Rishton et Blackburn.

— MM. les docteurs Paul Gibier et Edgar Bérillon, de la Faculté de Paris, sont officiellement désignés par le ministère de l'intérieur pour aller remplir une mission médicale dans le département du Var.

— Sur la demande de M. Panum, président du comité d'organisation du Congrès international des sciences médicales de Copenhague, les Compagnies des chemins de fer français ont consenti à délivrer, sur leurs réseaux respectifs, des billets à moitié prix, à l'aller comme au retour, aux médecins devant se rendre au Congrès de Copenhague et à celui de La Haye, sur la présentation de leur carte d'invitation laquelle est représentée par le reçu de la cotisation.

Cette carte devra être présentée à leurs guichets, être nominative et porter avec la signature du président ou du secrétaire du Congrès, celle du titulaire de l'invitation.

De plus, pour favoriser le désir des médecins français qui, à leur retour de Copenhague, auraient l'intention de visiter la Suède et la Norvège, et de se rendre au Congrès de La Haye, le ministre de l'intérieur du royaume de Danemark a accordé aux membres étrangers le retour gratuit jusqu'à la frontière par les chemins de fer et les bateaux à vapeur de l'État, non seulement par la route par laquelle ils sont arrivés, mais aussi par une route quelconque. Cette faveur est valable jusqu'au 31 août.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soubd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16575

N° 94. — JEUDI 14 AOUT 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 14 AOUT 1884. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. De la non-contagion de l'érysipèle. — Académie de Médecine. — Société de Biologie. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'atténuation de l'épidémie ayant pour résultat de diminuer le nombre des orateurs inscrits, la discussion sur le choléra tend à devenir personnelle entre MM. Jules Guérin et Proust.

Sur le point de savoir comment les premiers cas s'étaient succédé à Toulon, M. Proust, dans la séance du 29 juillet, s'appuyant d'ailleurs sur une lettre de M. le docteur Cunéo, avait affirmé l'exactitude de l'historique tracé déjà dans le rapport de M. Brouardel, et rappelé que le choléra avait éclaté sur les navires de la division plusieurs jours avant d'apparaître en ville. Nous devons dire que, dans une lettre datée du 2 août et que nous avons reçue de M. le docteur Sedan, les faits sont racontés exactement de la même manière.

Cette lettre appuie également l'opinion de MM. Cunéo et Proust relativement à la diarrhée prémonitoire. Citons, par exemple, un extrait de ce que M. le docteur Sedan nous écrit, tant à ce propos qu'à propos de la question de savoir si l'affolement ne serait pour rien dans la variation de la nature de l'épidémie :

« Les gens à intestin faible ne sont-ils pas frappés de diarrhée par les fortes émotions, et croyez-vous que, pour l'heure, sur dix diarrhées que nous avons à soigner on ne puisse pas affirmer qu'il y en a six de cette nature ?

Je n'en veux pour exemple que l'expérience personnelle que j'en ai pu acquérir. Je ne puis citer ni chiffres ni noms, mais tenez pour assuré que l'état moral déprimé est l'un des facteurs principaux d'une diarrhée qui, lorsqu'elle est suivie de choléra, est dite prémonitoire, pour rester cholérine ou diarrhée simple dans l'hypothèse contraire.

Veuillez vous reporter d'ailleurs à ce que je vous disais dans ma dernière lettre. Le 3 juillet, le Directeur des salles cholériques prétendait n'avoir pas reçu plus de quatorze cas réels, et les salles étaient bondées, et accordez-moi alors que la diarrhée prémonitoire est soumise à tant de causes et influences de natures diverses, que l'on ne saurait faire de sa présence un signe quelconque.

Veuillez en plus considérer que le choléra est la maladie des pauvres physiologiques et des pauvres nécessiteux. Dans ces classes, la diarrhée est fréquente soit par atonie, soit par privations et défaut d'hygiène. Quel argument puiser donc de l'existence de cette dernière dans une catégorie de malades où elle se rencontre si souvent ? — Il me semblerait plus naturel de dire qu'en temps d'épidémie, les moindres dérangements sont notés, ce qui a pu faire conclure à la constance d'une diarrhée spéciale, prémonitoire des accidents confirmés du choléra.

A Toulon, pendant la vraie période grave, les évacuations antécédentes étaient rares ou nulles ; et quelquefois elles l'étaient encore pendant l'évolution de la maladie et jusqu'à la mort. »

D'une autre part, M. le docteur Dutrieux, venu d'Alexandrie dans le midi de la France pour y étudier la marche du choléra, avait écrit à M. Jules Guérin qui, dans la séance précédente, avait communiqué à l'Académie les conclusions de cette lettre. Les traditions ne permettent point de discussion en cas pareil. Toute communication, provenant d'un médecin qui n'est pas membre de l'Académie, doit être écoutée sans observation. Mais les jeunes n'ont pas, autant que les anciens, le respect des règles traditionnelles. Non seulement M. Proust est venu discuter cette communication, non seulement il a invoqué des témoignages contradictoires, mais, à l'improviste, il a pris personnellement à partie M. Dutrieux. M. Jules Guérin, étonné et protestant contre cette violation des coutumes académiques, a annoncé qu'il allait lui-même se rendre à Marseille et à Toulon, afin d'y faire une enquête personnelle.

M. Le Roy de Méricourt, dans un rapport sommaire sur les pièces reçues par l'Académie de médecine relativement au choléra, s'est montré très peu contagioniste, très peu partisan des doctrines de M. Koch.

En ce qui touche la prophylaxie, s'il ne blâme point l'emploi des étuves, recommandées comme procédé de désinfection par les instructions officielles, en revanche, à propos d'une communication où se trouve proposé l'usage des fours dans les campagnes pour suppléer au défaut d'étuves, il met en doute la possibilité de soumettre, sans les détruire, à une chaleur sèche un peu forte, certains objets de literie, tels que lits de plume, etc.

L'honorable académicien est peut-être allé un peu loin dans la réaction contre les exagérations de précautions, bonnes en soi.

Le mieux serait de s'en tenir, sans faire de luxe, aux conséquences pratiques des données théoriques actuellement admises. Tout le monde est aujourd'hui d'accord pour regarder une température de cent degrés comme suffisante pour détruire les germes du choléra. Pourquoi vouloir une température beaucoup plus élevée, beaucoup plus difficile à réaliser quand il s'agit de liquides? Pourquoi, par exemple, comme vient de le prescrire, pour les hôpitaux, la commission sanitaire municipale, faire chauffer les déjections des cholériques à 125 degrés, chose très délicate et qui demande des vases spéciaux capables de supporter une pression de plusieurs atmosphères. M. le docteur Latapie, qui, le premier, dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 18 octobre 1872, a conseillé de désinfecter les déjections des cholériques en les plongeant dans l'eau bouillante, et qui a publié sur ce sujet une brochure, nous pose ces questions, auxquelles nous ne voyons pas ce qu'on saurait répondre, si ce n'est qu'on aime souvent à dépasser le but.

M. Le Roy de Méricourt a jugé en deux mots l'emploi du sulfate de quinine comme préservatif du choléra. Ce moyen, au sujet duquel nous avons reçu un mémoire de M. le docteur Barret, professeur de thérapeutique à l'école de Toulouse, nous avait cependant été recommandé par des médecins du Caire, qui disaient l'avoir employé avec succès lors de l'épidémie de 1865. Ajoutons que M. le docteur Lippert, de Nice, nous écrit s'être bien trouvé de l'association du sulfate de quinine au laudanum et à l'acide phénique, en lavements, dans l'ensemble complexe du traitement qu'il oppose au choléra.

— Voilà que les chaleurs redeviennent excessives, ce qui doit accroître le nombre des affections saisonnières. Et pourtant depuis la semaine dernière le service de statistique municipale n'a reçu avis que de deux décès par affection cholériforme, dont l'un à l'hospice Saint-Anne, l'autre boulevard Barbès, n°75, non loin du boulevard Rochechouart et de la rue Ernestine. Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans qui, prise de choléra dans la nuit du 6 au 7, serait morte dans l'après-midi du même jour.

La proximité de demeure de trois des derniers décédés pourrait faire penser à une influence épidémique, si on ne savait pas qu'il en est très souvent ainsi pour le choléra sporadique en dehors de toute épidémie. Certaines circonstances locales, encore mal déterminées, ou peut-être des coïncidences purement fortuites, donnent des apparences de foyers momentanés. Ainsi, le 16 juillet 1881 il y avait eu une mort par choléra nostras dans le XIXe arrondissement et une autre dans le XXe; le 17 également un cas mortel dans le XIXe et un autre dans le XXe; le 18 encore un troisième cas pour chacun de ces arrondissements. Or pour tout le reste du mois, soit avant, soit après, ces arrondissements pris ensemble ne fournirent que trois décès imputés à une affection cholériforme. Quant au XVIIIe arrondissement, il n'eut dans le mois en question que quatre cas, dont trois se produisirent un seul et même jour, le 27 juillet.

Rappelons qu'une semaine de ce mois de juillet 1881, la semaine du 14 au 20, qui fut très chaude, car la moyenne de la température y dépassa 25 degrés, compta à elle seule neuf décès par choléra, chiffre vraiment énorme relativement à ceux de l'année courante.

Le choléra asiatique n'est donc pas à Paris, et il continue à s'apaiser un peu partout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

De la non-contagion de l'érysipèle.

(Leçon recueillie par M. Demoulin.)

Au moment où l'esprit des médecins est porté vers les théories contagionistes, il est peut-être bon de présenter des faits qui confirment l'opinion des chirurgiens d'autrefois et infirment les tendances exagérées de notre époque.

Voici des faits qui ont la valeur d'expérience : une femme de mon service présente trois érysipèles à un mois de distance. Le dernier, le plus grave, avec des températures élevées, dure plus de trois semaines. Aucune blessée ou opérée pendant tout ce temps ne prend un érysipèle. Ce n'est pas la première fois que j'ai observé des faits de ce genre, mais l'observation de la malade suivante est encore plus instructive que les précédentes :

La nommée G..... (Augustine), vingt-trois ans, relieuse, entre à l'hôpital le 7 janvier 1884, salle Sainte-Rose, lit n° 15, service de M. le docteur Després.

Cette femme nous raconte que son père est bien portant, que sa mère et sa sœur sont mortes de tuberculose, qu'elle a perdu son frère alcoolique.

Bien portante pendant son enfance, G...... a eu la variole en 1870. Réglée pour la première fois à seize ans, elle a toujours vu régulièrement depuis cette époque. — Mariée à vingt ans, elle a eu une fausse couche quatre mois après son mariage.

G...... entre à l'hôpital pour une tumeur au sein qui a débuté il y a trois ans, en mai 1881, époque à laquelle notre malade aurait reçu un violent coup de poing sur la région mammaire gauche.

En 1882, lors du mariage, la tumeur, au dire de la malade, avait la grosseur d'une cerise; à partir de cette époque son volume augmente rapidement, mais c'est surtout en 1883 que le sein gauche prend un développement considérable.

Jamais la malade n'a ressenti de douleurs dans la mamelle, pas même à l'époque des règles; elle accuse seulement quelques picotements lors des changements brusques de température.

Durant l'évolution de la tumeur, la malade *n'a pas maigri*.

A son entrée à l'hôpital, G...... est très bien portante. — Elle ne présente aucune lésion viscérale, les urines sont normales.

Lors de l'entrée à la Charité, la tumeur a à peu près le volume d'une tête de fœtus à terme. Elle est développée à la partie supérieure et externe de la mamelle gauche. — On la circonscrit assez nettement, elle n'est adhérente ni aux parties profondes, ni à la peau.

La tumeur est dure, nettement lobulée; il y a des endroits où la consistance est très grande et rappelle celle du bois.

La peau est souple, non adhérente, mais un peu amincie et violacée, sillonnée par de nombreuses veines qui lui donnent une coloration bleuâtre.

Le mamelon est normal et n'est le siège d'aucun écoulement.

Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle. — En présence de ces signes locaux, du bon état général, M. Després porte le diagnostic d'adénosarcome. — (Ce diagnostic a été vérifié par le microscope.)

L'ablation de la tumeur est décidée et pratiquée le 30 janvier.

Chloroformisation. — Large incision d'environ $0^m,20$ de largeur à la partie inférieure de la tumeur. — Une seconde incision est faite et circonscrit un lambeau de peau assez vaste qu'on enlève avec la tumeur. — Réunion par première intention de l'angle supérieur et externe de la plaie dans une étendue de $0^m,08$ environ. — Drainage.

Pansement à l'eau alcoolisée.

Le 8 février, pansement simple.

Le 16 février, pansement à l'onguent de la Mère.

Le 8 mars, pansement au diachylum.

Fièvre traumatique modérée, 39 degrés pendant trois jours environ; les jours suivants et jusqu'à la sortie, apyrexie complète.

La malade sort de l'hôpital le 12 mars avec une plaie de la largeur d'une pièce de 2 francs.

Elle doit continuer les derniers pansements.

Pendant la durée du travail de réparation, se trouvait couchée au n° 14 de la salle Sainte-Rose une femme P... âgée de trente-six ans, voisine de gauche de notre malade. Cette femme P... portait à la cuisse deux fistules résultant d'une ostéo-périostite ancienne du fémur droit. P..., toujours bien réglée jusqu'alors, vit la menstruation se supprimer pour la première fois au mois de décembre 1883. — A cette époque elle eut *un premier érysipèle* qui débuta au niveau des fistules et envahit rapidement toute la cuisse.

Le même phénomène se reproduisit, *nouvel érysipèle le* 20 *janvier* 1884 d'une durée de quinze jours.

Le 25 février 1884, troisième érysipèle qui envahit tout le membre inférieur et se compliqua d'un abcès lymphangitique au niveau de la malléole interne. — L'ouverture de cet abcès donna lieu à une abondante hémorragie, qui se renouvela le lendemain.

Durant ce troisième érysipèle, qui occupa le membre inférieur en entier, le bassin et le flanc gauche, et s'accompagna pendant quatorze jours de températures élevées (*40 à 39 degrés*), *la femme G......, dont nous avons rapporté plus haut l'observation, et dont la plaie opératoire suppurait abondamment, n'eut point d'érysipèle et n'éprouva aucun accident.*

Le 25 mars 1884, les règles reparurent chez la femme P... et il n'y eut point d'érysipèle. — A cette même époque se trouvait salle Sainte-Rose, n° 12, une autre malade, Valentine I..., âgée de trente ans, opérée pour la troisième fois d'un sarcome du sein, et qui ne gagna pas non plus d'érysipèle. — Opérée huit jours après la femme G...., le 6 février, sa plaie était également récente quand l'érysipèle du n° 14 a paru.

Revenons à notre première malade, la femme G...... — Nous avons vu qu'opérée le 30 janvier, elle était sortie de l'hôpital le 12 mars avec une plaie large comme une pièce de 2 francs. Cette malade revenait à l'hôpital deux fois par semaine pour se faire panser; sous le diachylum la cicatrisation marche bien et à la fin du mois de mars la plaie opératoire n'avait plus que le diamètre d'une pièce de 50 centimes.

La femme G...... revient encore le 2 avril pour se faire panser; mais sa plaie est plus large que la dernière fois: elle offre sur ses bords une rougeur érysipélateuse. — Il y a des ganglions dans l'aisselle. — La fièvre est intense, la nuit du 1er au 2 avril a été très mauvaise. — Une vive douleur s'est fait sentir au niveau de la plaie.

La malade est admise de nouveau à l'hôpital et couchée au n° 6, salle Sainte-Rose. — Le 3 avril l'érysipèle envahit le cou; le 4, il s'étend sur la région deltoïdienne. — Ce même jour, 4 avril, une malade, couchée au n° 16 de notre salle des femmes et opérée d'une récidive de squirrhe, présente un peu de fièvre qui fait craindre un érysipèle; mais il n'en est rien, il n'y eut pas d'érysipèle. — La malade du n° 16 n'était séparée que de quelques mètres de celle qui était atteinte d'érysipèle. Il en fut de même d'une autre malade opérée d'un kyste hydatique du bras.

Les jours suivants, chez la femme G......, l'érysipèle gagne encore du terrain. — Pendant qu'il envahit le dos jusqu'à la région lombaire, il descend jusqu'au coude. — Fait à noter : sous l'influence de l'érysipèle la cicatrice de la plaie opératoire du sein se désunit, et il y a entre l'écartement des bords de la nouvelle plaie une suppuration abondante.

Enfin la rougeur disparaît partout, sauf au bras où elle persiste avec de l'œdème. — Le 2 mai, on constate nettement de la fluctuation à la partie antérieure et externe du bras. — Le 3 mai on fait une incision au niveau du point le plus fluctuant; elle donne passage à une grande quantité de pus phlegmoneux. — Drainage. — Cataplasme. — Cautérisation au chlorure de zinc.

La malade sort de l'hôpital le 20 mai. — La plaie du sein est complètement cicatrisée.

Ainsi voilà un érysipèle dans une salle. De chaque côté de la malade il y a une opérée du sein : la dernière était pansée par le chirurgien immédiatement après la malade atteinte d'érysipèle. Si cette maladie était aussi contagieuse qu'on le dit, la contagion devait être fatale ; il n'en est rien. La malade sort, sa plaie n'était pas tout à fait cicatrisée : elle prend froid au dehors, commet sans doute quelques excès, nous la reprenons à l'hôpital avec un érysipèle grave. Nouvelle occasion de vérifier si une nouvelle amputée du sein ou une malade opérée d'un kyste, voisines de cette malade, ne prendront pas d'érysipèle. La seconde expérience valut la première.

Ce sont, comme je l'ai écrit en 1862 (*Traité de l'érysipèle*), les écarts de régime, le froid, le défaut dans le pansement, la réunion immédiate des plaies trop serrées qui causent l'érysipèle et non la contagion. Cela, en somme, est rassurant ; car on peut ainsi prévenir à coup sûr l'érysipèle en prenant ces faits simples en considération, et quoi que l'on fasse on n'est jamais sûr de se prémunir contre les maladies réellement contagieuses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 août 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend plusieurs lettres et notes relatives au choléra, qui sont renvoyées à l'examen de la *commission des épidémies*.

M. Jules Guérin se propose de montrer à l'Académie qu'il est loin d'être le seul qui refuse maintenant de croire à l'importation du choléra. Parmi les médecins distingués qui partagent son opinion, il citera aujourd'hui M. le docteur Corre, médecin de la marine à Brest.

Cet honorable confrère lui a adressé le relevé des observations qu'il a faites depuis l'année dernière dans le service qui lui est confié.

« Il résulte de ces observations — dit M. Corre — que, comme me l'écrivait récemment M. Brouardel, il est inouï que, depuis le mois de mars de l'année dernière, on n'ait point voulu appeler l'attention sur une constitution médicale qui a évolué dans toute l'Europe occidentale, particulièrement dans les milieux d'agglomération (casernes), parallèlement au choléra d'Égypte. Les cas en apparence les plus disparates se reliaient entre eux par des traits communs. Je vous envoie rapidement classées les observations que j'ai recueillies à Brest pendant mon service hospitalier.

« Je remarque que Toulon et Marseille ont été atteints par le choléra précisément au moment où ces villes présentaient la constitution à laquelle je fais allusion. »

Le même médecin, dans sa lettre d'envoi, relate le fait suivant d'une grande signification :

« Pendant l'expédition de Tunisie, alors qu'on n'avait pas encore l'attention dirigée sur l'Égypte, un bataillon du corps expéditionnaire campé aux environs de La Goulette, dans un terrain bas, sur l'emplacement d'un abattoir, a vu naître plusieurs cas de choléra graves parmi ses hommes. Le chef du détachement et le médecin ont gardé un prudent silence sur ces cas, mais ils ont pris, d'accord avec l'autorité supérieure, les précautions convenables pour disséminer les hommes dans les autres campements. M. le docteur Tréocourt, médecin principal de la marine, a communiqué le fait dans son rapport, lequel doit être déposé aux archives du conseil de santé supérieur de la marine. M. Rochard doit en avoir certainement connaissance. »

L'auteur de la communication ajoute : « C'est avec une véritable stupéfaction que je viens de lire le discours de M. Proust relatif au choléra de Toulon et Marseille. La négation des consti-

tutions médicales me paraît une hérésie scientifique monstrueuse, et, dans le cas présent, la méconnaissance la plus absolue des faits. »

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. PROUST demande à l'Académie la permission de lui soumettre quelques remarques à propos de la présentation faite dans la dernière séance par M. Jules Guérin.

Il rappelle qu'il y a quinze jours, il a exposé les résultats de l'enquête à laquelle il s'était livré auprès des médecins de Toulon et de Marseille, dans le but de savoir si l'épidémie de choléra qui régnait dans ces villes avait été précédée d'une constitution médicale prémonitoire. La conclusion avait été négative et la démonstration lui avait paru complète. Toutefois, elle ne lui avait pas suffi et il avait tenu à s'adresser aux médecins qui avaient fourni à M. Guérin les renseignements sur lesquels ce dernier avait fondé son argumentation. La réponse de M. Combalot, médecin des épidémies, avait été aussi péremptoire que celle de M. Cunéo, médecin en chef de l'hôpital maritime à Toulon et actuellement de l'hôpital Saint-Mandrier, et de M. Trastour, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin en chef de l'hôpital des cholériques du Pharo. Tous trois déclaraient qu'il n'y avait eu de constitution médicale prémonitoire ni à Toulon ni à Marseille, et M. Proust avait conclu avec ces messieurs que la théorie de la constitution médicale prémonitoire était cette fois démentie par les faits. Pour réfuter M. Proust, M. Jules Guérin, au lieu de s'adresser aux médecins de Toulon et de Marseille, a préféré se renseigner auprès de M. Dutrieux-bey, médecin égyptien venu à Toulon après l'apparition de l'épidémie et qui, par conséquent, n'a pu connaître que de seconde main les événements antérieurs.

Or, d'une lettre qui lui a été spontanément adressée par M. Cunéo et dont M. Proust cite des fragments, il résulte que M. Dutrieux, venu à l'hôpital de Saint-Mandrier dans le but de se renseigner sur les origines de l'épidémie de Toulon, n'a examiné que d'une manière très sommaire, en une heure, la série considérable de documents, plus de quinze cents feuilles de clinique mises par M. Cunéo à sa disposition, tandis qu'il a fallu à M. Cunéo, pour en faire le dépouillement, toute une journée avec des aides qui lui facilitaient le triage. M. Cunéo envoie à M. Proust les statistiques par mois de 1881, 1882, 1883 et des cinq premiers mois et demi de 1884.

Il résulte de ce tableau que, si l'on compare ces quatre années entre elles, les premières qui n'ont pas présenté de choléra ont donné beaucoup plus d'entrées pour diarrhées que l'année 1884, dans laquelle le choléra a paru à Toulon. Cela s'explique par l'absence de chaleurs, à Toulon, jusqu'au 24 juin.

M. Proust ne nie pas qu'une épidémie de choléra puisse être précédée d'une constitution diarrhéique. Ainsi, à Aix, le premier cas de choléra qui ait éclaté dans cette ville, le 5 juillet, avait été précédé de diarrhées dues à la température excessive de la fin de juin et du commencement de juillet; mais le choléra n'est apparu à Aix qu'à la suite de l'arrivée dans cette ville d'un professeur du lycée de Toulon, venant directement de cette cité infectée et pris en route des premiers symptômes du choléra, auquel il a succombé le 6 juillet, le lendemain de son arrivée.

Ainsi, même lorsque le choléra se montre dans une ville où il règne une constitution diarrhéique ou dysentérique, cette constitution n'est pas la cause de l'apparition du choléra; et, malgré cette constitution diarrhéique, Aix n'aurait pas eu le choléra si le professeur de Toulon n'était venu y mourir de cette maladie.

M. Proust termine en disant qu'il attendra, pour reprendre la parole, que M. Jules Guérin ait produit des arguments plus sérieux et provenant d'observateurs plus autorisés que M. Dutrieux.

M. JULES GUÉRIN répond que M. Dutrieux est un homme très honorable et très distingué, auteur d'un ouvrage des plus remarquables sur le choléra d'Égypte. Quelle que soit la manière dont ce médecin a recueilli les renseignements qu'il a envoyés à M. Guérin sur l'épidémie de Toulon, il suffit que ces documents soient empreints de vérité et d'exactitude, pour que M. Proust doive en tenir un compte plus sérieux. D'ailleurs, M. Dutrieux s'est renseigné à la fois auprès des médecins et sur les registres de l'état civil. Les renseignements de M. Dutrieux déposent dans le même sens que ceux adressés à M. J. Guérin par M. le docteur Corre, médecin de la marine, et que M. J. Guérin vient de mettre sous les yeux de l'Académie. D'ailleurs, les faits annoncés par ces médecins établissent péremptoirement la vérité de ce que M. J. Guérin soutient depuis cinquante ans, et c'est toujours ainsi que le choléra s'est comporté à toutes les époques de ses apparitions successives.

M. J. Guérin annonce qu'il ira lui-même à Toulon et à Marseille procéder à une enquête, dont les résultats montreront, à n'en pas douter, que les faits se sont passés ainsi qu'il l'a indiqué déjà.

M. PROUST répond en répétant qu'il résulte des témoignages des médecins de Toulon et de Marseille que l'épidémie de choléra dans ces deux villes n'a pas été précédée par une constitution médicale prémonitoire.

M. JULES GUÉRIN dit qu'à Marseille il s'était déclaré, le 7 juin, un cas de choléra suivi de mort, que l'on a mis sur le compte du choléra *nostras*, tandis que c'était bel et bien un cas de choléra vrai; c'est ainsi d'ailleurs que toujours le choléra vrai précède le choléra officiel.

RAPPORTS

Sur les pièces relatives au choléra. — M. LE ROY DE MÉRICOURT, au nom de la commission des épidémies, lit un rapport sommaire sur cent quatre-vingt-huit communications relatives au choléra que l'Académie a reçues dans les séances précédentes.

Il regrette que la très grande publicité donnée aux idées de M. Koch ait contribué à affoler les populations. On a la peur du microbe en virgule, sur l'importance duquel les recherches de MM. Strauss et Roux ont jeté bien des doutes, et le nombre des prétendus *microbicides* s'accroît chaque jour, comme si, même en admettant que la présence d'un micro-organisme soit la cause du choléra, il était possible d'espérer détruire ce micro-organisme une fois pénétré dans le corps humain.

Comme procédé prophylactique contre le choléra, on a surtout préconisé la désinfection des objets ayant appartenu aux cholériques, et M. le rapporteur signale notamment à ce sujet la proposition de faire chauffer ces objets dans les fours à défaut d'étuve. Cette proposition n'a qu'un seul défaut, c'est d'être peu pratique à cause de l'étroitesse habituelle des fours, et des inconvénients que l'emploi d'une chaleur sèche trop forte pourrait avoir pour des objets de literie, tels que lits de plume, etc.

Plusieurs médecins ont recommandé comme préservatif du choléra l'emploi journalier du sulfate de quinine à faibles doses. Ce moyen a déjà été essayé par les médecins de l'escadre de la Méditerranée et sans résultat.

Relativement à la prophylaxie du choléra, M. le rapporteur combat l'idée des cordons sanitaires; il s'associe à M. le docteur Netter pour blâmer les inhumations à bref délai; car, dans le choléra, il est facile de croire à la mort quand il n'y a que mort apparente.

En ce qui touche le traitement, passant sous silence toutes les communications qui ont pour mobile, plus ou moins déguisé, le lucre, M. le rapporteur mentionne, en doutant fort de leur efficacité, les injections hypodermiques de nitrate de pilocarpine. Les correspondants qui insistent sur les injections de solution de morphine, d'éther, d'eau salée, d'eau oxygénée, d'eau alcaline, sont, dit-il, nombreux; mais quelques-uns protestent avec raison contre les dangers de la morphine employée d'une main trop téméraire. Quant aux injections intraveineuses, bien que M. Vulpian admette qu'en raison de quelques résultats favorables obtenus par les injections intraveineuses, il y ait lieu de faire des essais dans cette voie, M. le rapporteur doute que les praticiens osent souvent se livrer à ces essais. Il cite avec éloge une note de M. Bourguet (d'Aix) correspondant de l'Académie, sur la propagation du cho-

léra par l'air, et il rappelle à cette occasion un rapport très favorable de M. Barth fait en 1865 sur les recherches de M. Bourguet relatives au choléra. En tête des moyens proposés cette fois et expérimentés sérieusement dans les localités envahies, il place les aspirations d'oxygène, l'eau oxygénée et l'ozone.

« On est malheureusement réduit à répéter, dit M. le rapporteur en guise de conclusion, que dans l'épidémie qui sévit actuellement dans le midi de la France, on n'a vu se produire encore aucune médication, aucun moyen curatif dont l'efficacité soit proportionnée à la gravité réelle et universellement reconnue du choléra. »

Sur la population dans le Calvados. — M. GUSTAVE LAGNEAU lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Aubert, médecin sanitaire.

M. Lagneau, auquel a été renvoyé un mémoire de M. le docteur Aubert, sur le recrutement dans le département du Calvados, insiste sur l'intérêt que présente ce mémoire au point de vue de l'anthropologie et de la démographie.

Sous le rapport anthropologique, il met à même de constater la persistance des caractères ethniques.

Dans cette région, aux habitants de race celtique, bruns, brachycéphales, de petite taille, sont venus successivement se mêler des Galates, des Belges, et surtout, sur le littoral, dans les environs de Caen et de Bayeux, des Saxons et des Nordmanns, blonds, dolichocéphales, de haute stature, appartenant à la race germanique septentrionale.

Or, c'est encore dans les cantons du littoral et particulièrement dans les environs de Caen et de Bayeux, ancienne demeure des Saxons Bajocasses, que l'on trouve le plus de jeunes hommes de haute stature, aux yeux bleus, aux cheveux blonds. Malgré les déplacements si fréquents et actuellement si faciles des habitants, les populations des campagnes se mêlent peu, car si l'on se porte en grand nombre vers les villes, on se porte peu vers les campagnes.

Sous le rapport démographique, la décroissance de ce département mérite grandement d'attirer l'attention. Cette décroissance s'observe pour la population générale du département, pour celle de ses six arrondissements, et pour celle de vingt-neuf de ses trente-quatre cantons. Dans cinq cantons seulement, la plupart plus urbains, plus industriels qu'agricoles, se manifeste un accroissement plus ou moins notable par suite de l'immigration. De 505,210 habitants en 1806, la population du Calvados est descendue à 454,012 en 1881; décroissance de plus d'un dixième. Certains cantons, en particulier ceux de Livarot, d'Orbec, de Cambremer, de Blangy, ont perdu 29, 30, 38, voire même 41 pour 100 de leurs habitants; plus des deux cinquièmes.

Si cette décroissance de la population de nombreux cantons peut en partie s'expliquer par l'émigration des campagnards vers les villes, elle tient surtout à l'excédent des décès sur les naissances. Excepté les cantons de Trouville et d'Isigny, tous les autres cantons présentent un excédent plus ou moins considérable de la mortalité sur la natalité, volontairement restreinte, comme le prouve la gémellité fréquente dans ce département.

Par suite de l'abandon des travaux agricoles pour les travaux industriels des villes, où les conditions biologiques sont défectueuses, la proportion des jeunes gens aptes au service militaire, loin de s'élever comme dans la plupart des autres départements, semble tendre à diminuer de plus en plus.

DISCUSSION

M. BLOT. Je voudrais bien savoir sur quelles bases on s'appuie pour déterminer la cause réelle de la diminution de natalité. Et d'abord comment connaît-on la proportion de gémellité?

M. LAGNEAU. Par les statistiques municipales, où les naissances gémellaires sont toujours indiquées.

M. BLOT. Ceci est possible. Mais j'en viens à d'autres questions plus délicates. Comment sait-on que la diminution de natalité est réellement volontaire?

M. LAGNEAU. Je l'ai déjà dit. On connaît la fécondité, encore actuelle, de la race celtique, la fécondité non moins grande et qui se continue des races germaniques et scandinaves qui sont venues apporter leur appoint. Est-il supposable que le mélange de races chacune si féconde aurait diminué leur natalité?

M. BLOT. Pourquoi pas?

M. LAGNEAU. Eh bien! alors, j'aborde un autre ordre de preuves. J'ai démontré dans des mémoires antérieurs que la natalité était proportionnelle dans chaque condition sociale au nombre des carrières qui pourront se présenter pour les enfants. Elle est très grande chez ceux qui gagnent leur vie par un travail manuel et ne mettent rien de côté. Elle est très grande chez les habitants de la côte, pêcheurs de profession, qui ont besoin de bras pour conduire leurs barques. Elle est encore forte chez les laboureurs, beaucoup plus faible chez les herbagers, qui n'ont pas besoin de main-d'œuvre, chez les petits propriétaires, les petits rentiers, les petits employés. Elle s'accroît chez les armateurs, qui trouvent aisément des positions pour leurs enfants, etc. Tout prouve donc que c'est la volonté qui limite la fécondité selon les intérêts individuels.

M. BLOT. La démonstration ne me paraît pas complètement suffisante au point de vue scientifique.

M. ROCHARD. Cette diminution de la natalité, qui est un grand malheur pour la France, tient à des causes très diverses. Elle est d'ailleurs incontestable. Dans le même temps que la population met à s'accroître en Angleterre de 15 p. 1000, en Allemagne de 13 p. 1000, elle ne s'accroît en France que de 2 1/2 p. 1000. Auss cette population de la France, qui représentait le quart de celle de l'Europe au commencement du siècle, n'en représente plus actuellement que le septième. Voilà pour le fait. Quant aux causes, je le répète, elles sont multiples.

Il en est de législatives. En enlevant au père le droit de distribuer comme il l'entend sa fortune entre ses enfants, la loi a diminué en lui le désir d'accroître leur nombre. En ne donnant qu'à vingt-cinq ans le droit de se marier à son gré au fils qui peut disposer de tous ses biens depuis vingt et un ans, on a retiré les années les plus fécondes au mariage; plus on se marie jeune, plus on a d'enfants et moins on se laisse arrêter par les calculs de l'intérêt. Puis viennent les causes qui se rattachent à la division de la propriété et aux calculs de l'égoïsme, celles dont parle M. Lagneau. Mais toutes celles-là ne doivent pas faire oublier qu'il en est une autre, incontestable, dont tout médecin peut témoigner.

Il n'est pas un seul praticien qui n'ait vu de jeunes ménages désirer ardemment procréer des enfants et ne pouvoir y parvenir. Cela devient de plus en plus fréquent dans les grandes villes, par l'existence de serre chaude qu'y mènent les femmes. M. Blot se trouve placé mieux que tout autre pour le savoir.

M. JULES GUÉRIN. Je rappellerai à l'Académie que la question, discutée aujourd'hui incidemment, n'est pas nouvelle. Il y a au moins quinze ans qu'elle fut soulevée par un rapport de Broca; et alors je démontrai le premier que non seulement la natalité diminuait, mais que la taille décroissait. Ce fut après cela qu'on fut obligé de diminuer la taille réglementaire pour le soldat.

M. LAGNEAU. Je ne crois pas que la taille soit actuellement plus courte en France qu'elle ne l'était autrefois. Je crois que la moyenne est à peu près la même, mais que les écarts sont devenus moindres. Si on a abaissé la taille exigée du soldat de $1^m,56$ à $1^m,54$, c'est qu'on a reconnu que des soldats petits, mais avec une grande circonférence thoracique, supportaient la fatigue mieux que ceux qui étaient trop grands.

M. LARREY. J'ai contribué à cette diminution de la taille réglementaire, et j'ai fait surtout valoir ce motif que les soldats auxquels manquent un ou deux centimètres lors du tirage au sort pouvaient souvent grandir durant plusieurs années et se fortifier en proportion.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 2 août 1884. — Présidence de M. FRANCK.

COMMUNICATIONS

La suggestion dans l'état hypnotique. — M. BERNHEIM adresse une note sur ce sujet :

La suggestion lui a paru être la clef de tous les phénomènes hypnotiques qu'il a observés. Ayant essayé de reproduire les expériences de M. Féré, il n'a pas réussi tant que la suggestion n'était pas en jeu. Quand un sujet est hypnotisé, pour changer la résolution en catalepsie, il n'est pas nécessaire de lui ouvrir les yeux; il suffit de lever sa main et de la laisser quelque temps en l'air. De même, pour les autres membres, il suffit d'affirmer qu'ils restent en l'air; la catalepsie suggestive est obtenue sans qu'il soit besoin d'ouvrir ou de fermer les yeux. Pour faire apparaître les caractères de somnambulisme chez les sujets aptes à les manifester, il suffit de leur parler, sans qu'il soit nécessaire de les frictionner. A tous les degrés, l'hypnotisé entend l'expérimentateur. Sur aucun sujet, M. Bernheim n'a pu obtenir sans suggestion le transfert d'une contracture, d'une catalepsie, d'une anesthésie, etc... Jamais il n'a vu le transfert s'accompagner spontanément d'une céphalalgie localisée. Il n'a jamais pu, sans suggestion, déterminer aucun phénomène par pression sur certains points du crâne.

Phénomène produit pendant le somnambulisme provoqué. — M. BEAUNIS, dans une série de recherches récentes sur les caractères physiologiques du somnambulisme provoqué a observé un certain nombre de faits qui démontrent que la suggestion hypnotique peut agir sur les fonctions organiques. Il présente des tracés qui montrent qu'on peut modifier par suggestion directe le rythme des mouvements du cœur chez les sujets hypnotisés.

Étiologie et traitement de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire. — M. GALIPPE, en son nom et au nom de M. Malassez, fait une communication sur ce sujet. (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 739.)

De la présence des corpuscules falciformes dans le pus extrait de la cavité pleurale. — M. BLANCHARD présente de la part de MM. Kunstler et Pitres, de Bordeaux, une note sur la présence des corpuscules falciformes dans le pus extrait de la cavité pleurale d'un malade atteint de pleurésie chronique latente. Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, atteint de pleurésie du côté gauche avec épanchement; thoracentèse donnant issue à deux litres de pus blanc, opaque. Au microscope on trouve, dans ce liquide, des corpuscules isolés rappelant entièrement l'aspect des corpuscules falciformes des psorospermies. D'où provient ce parasite? Par quelle voie a-t-il pénétré dans la plèvre? Quel rôle a-t-il joué dans l'évolution de la pleurésie? Autant de questions à résoudre.

Chloroforme impur. — M. PAUL BERT présente un échantillon de chloroforme dans lequel la quantité de chlore libre est tellement considérable que le bouchon de liège est profondément corrodé. Ce même chloroforme contient d'autres impuretés qui en rendraient l'emploi très dangereux. Dans ces conditions, tout titrage de mélange d'air et de liquide anesthésique devient illusoire, puisqu'il ne s'agit plus d'un chloroforme pur, mais d'un mélange de composition indéterminée contenant des produits toxiques, même à faible dose.

Une nouvelle septicémie. — M. CHARRAIN a vu sur des cadavres de lapins morts du charbon se développer, après quelques heures, un microbe spécial qui, inoculé à d'autres animaux, produit une septicémie nouvelle, non décrite jusqu'à ce jour et caractérisée symptomatologiquement par de l'albuminurie, de l'hyperthermie, des convulsions généralisées, puis la mort, et, anatomiquement, par de l'œdème rouge au point inoculé, de la congestion du foie, de la rate et des reins. Le microbe se rencontre partout, mais son siège de prédilection paraît être le sang. Ses principaux caractères le différencient des autres microbes de la septicémie. Certains animaux, la poule et le cobaye, entre autres, y semblent réfractaires.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Voici les chiffres qui nous sont connus sur la mortalité cholérique depuis notre dernier bulletin :

Toulon. — Du 10 au 11 août, 3 décès cholériqnes dont 1 à l'hôpital et deux dans les faubourgs. Le 11 août, hôpital Bon-Rencontre, 1 entrée, 0 sortie, 1 décès, 22 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 2 entrées, 8 sorties, 0 décès, 52 malades en traitement. Du 11 au 12 août, 0 décès en ville, 1 seul décès dans les hôpitaux. Le 12 août, hôpital Bon-Rencontre, 5 entrées, 2 sorties, 1 décès, 24 malades en traitement; hôpital Saint-Mandrier, 7 entrées, 3 sorties, 0 décès, 56 malades en traitement.

Le ministre de la marine a reçu du préfet maritime de Toulon la dépêche suivante, datée du 12 août, sept heures vingt minutes *du matin :*

« Pas de décès à Saint-Mandrier; un seul entrant dont le cas est léger; pas un seul cas grave parmi les malades en traitement.»

Du 14 juin au 1er août 1884, le choléra a fait 189 victimes dans le personnel de la marine de Toulon, dont 9 officiers, 12 officiers mariniers ou sous-mariniers et 40 marins ou soldats.

Marseille. — Du 10 au 11 août, 15 décès cholériques; le 11 août, hôpital du Pharo: 4 entrées, 5 sorties, 1 décès, 41 malades en traitement; du 11 au 12 août, 10 décès; le 12, hôpital du Pharo, 0 entrée, 5 sorties, 1 décès, 35 malades en traitement.

Arles. — Le 9 août, 6 décès; le 10 août, 2 décès; le 11 août, 2 décès.

Aix. — Le 9 août, 2 décès; le 10 août, 3 décès; le 11 août, 2 décès.

Vogué. — Le 9 août, 2 décès; le 10 août, 6 décès, et le 11 août, 5 décès.

Ricourt. — Le 9 août, 5 décès; le 10 août, 5 décès; le 11, 6 décès, et une vingtaine de malades en traitement. On signale de plus quelques autres cas et décès dans les environs.

La Garde. — Le 12 août, 1 décès.

Montfort-sur-Argens. — Le 11 août, 2 decès; le 12 août, 1 décès; du 11 au 12 août, dans l'Hérault: *Gigean*, 3 décès, et 44 malades en traitement; *Béziers*, 1 décès; *Cette*, 5 décès; dans le Gard: *Bességes*, 2 décèss; *Castillon*, 1 décès; *Robiac*, 1 décès; 2 décès à *Bouillargues*.

En Italie, le *Bulletin officiel*, signale pour la journée du 10 août 11 nouveaux cas, dont 7 suivis de mort, plus 1 décès (malade antérieurement atteint); pour la journée du 11, les chiffres sont de 8 cas nouveaux, dont 2 ont été suivis de mort; deux personnes atteintes depuis quelques jours ont également succombé.

— Pendant les vacances scolaires, la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris sera ouverte trois fois par semaine, le mardi, le jeudi et le samedi, de midi à quatre heures.

— L'ouverture du Congrès international des sciences médicales de Copenhague a eu lieu dimanche 10 août 1884, à midi, en présence de la famille royale de Danemark et du roi et de la reine de Grèce.

M. le professeur Panum a souhaité, en termes élevés, la bienvenue aux membres du Congrès. MM. Pasteur, Virchow et sir J. Paget ont remercié de l'accueil qui leur était fait. Plus de 1,400 médecins assistent à l'ouverture de la séance; ils se répartissent ainsi qu'il suit : 350 danois, 150 suédois, 100 norvégiens et 800 étrangers appartenant aux diverses nationalités, française, allemande, anglaise, etc.

M. le professeur Panum a été élu président du Congrès.

Au moment où M. Pasteur, appelé à parler comme représentant le gouvernement français, a paru à la tribune, il a été accueilli par

plusieurs salves d'applaudissements et a prononcé les paroles suivantes ;

« Au nom de la France, je remercie M. le Président de ses paroles de bienvenue. J'applaudis aux sentiments qu'il vient d'exprimer. Par notre présence dans ce congrès, nous affirmons la neutralité de la science. La science n'a pas de patrie, ou plutôt la patrie de la science embrasse l'humanité tout entière. Cette vérité n'est-elle pas consacrée par le spectacle que nous donnent aujourd'hui le roi de Danemark et le roi de Grèce, se faisant honneur de saluer une assemblée de savants venus de tous les points du monde? Mais, messieurs, si la science n'a pas de patrie, l'homme de science doit avoir la préoccupation de tout ce qui peut faire la gloire de sa patrie. Dans tout grand savant, vous trouverez toujours un grand patriote. La pensée d'ajouter à l'honneur de son pays le soutient dans les longs efforts; l'ambition tenace de voir la nation à laquelle il appartient prendre ou garder son rang le jette dans les difficiles, mais glorieuses entreprises du savoir, qui amènent les vraies et durables conquêtes. L'humanité profite alors de ces travaux qui lui arrivent de tous côtés, elle compare, elle choisit, elle s'empare avec orgueil de toutes les gloires nationales. Vous, messieurs, qui représentez cette connaissance humaine si ardue et si délicate qu'elle est tout à la fois une science et un art; vous qui venez apporter au patrimoine commun de l'univers ce que vous avez laborieusement acquis; vous dont le nom est un honneur pour votre patrie, vous pouvez être fiers de constater qu'en travaillant pour elle vous avez bien mérité du genre humain. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16583

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. La syphilis du cerveau. Accidents nerveux multiples; troubles intellectuels. — Rétentions du placenta par contraction spasmodique du col et du corps de l'utérus; intervention différée et intervention immédiate. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

La syphilis du cerveau (1).

ACCIDENTS NERVEUX MULTIPLES. — TROUBLES INTELLECTUELS.

IX

TRAITEMENT. — Nous connaissons maintenant la symptomatologie complexe de la syphilis cérébrale et les physionomies variées qu'affecte cette affection. Il importe de préciser brièvement les indications et les règles du traitement que nous devons diriger contre elle. Il ne faut pas oublier que si nous restons à peu près complètement désarmés contre la plupart des lésions du cerveau, nous pouvons au contraire beaucoup contre les lésions d'origine syphilitique; nous pouvons tout, pourrais-je dire, à la condition d'agir assez vite et suivant les préceptes qu'il me reste à vous faire connaître.

La thérapeutique à diriger contre la syphilis du cerveau n'est pas autre que celle dont nous usons avec tant de succès contre les diverses manifestations viscérales ou cutanées, précoces ou tardives de la vérole. C'est toujours la médication spécifique, qui consiste, vous le savez, dans l'emploi simultané ou successif du mercure et de l'iodure de potassium. Mais l'usage de ces médicaments, dans le cas particulier, doit être soumis à certaines règles, sur lesquelles je vous demande la permission de m'arrêter quelques instants.

M. Fournier groupe sous quatre chefs les conditions qui, suivant lui, doivent être remplies dans le traitement de la syphilis du cerveau :

1° Il faut que le traitement dirigé contre des accidents cérébraux d'origine syphilitique soit institué le *plus tôt possible;*

2° Il faut que ce traitement soit, comme action médicamenteuse, le *plus énergique possible;*

3° Il faut qu'il soit prolongé pendant toute la durée des manifestations cerébrales, et cela de façon à lui conserver, malgré l'accoutumance, son intensité d'action originelle;

4° Il faut qu'il soit poursuivi longtemps encore après la disparition des accidents, au delà de ce qu'on peut appeler la guérison actuelle de la maladie.

J'ai eu l'occasion de voir et de traiter un assez grand nombre de malades atteints de syphilis du cerveau, et mon expérience sur le sujet m'autorise, je crois, à formuler mon opinion sur les préceptes édictés. J'accepte sans réserve, je me hâte de le dire, le premier de ces préceptes, ainsi que les deux derniers.

Sans aucun doute, vous aurez d'autant plus de chance d'agir avec efficacité sur les lésions cérébrales de la vérole que vous vous attaquerez à elles à une période plus rapprochée du début de leur évolution. Si, en présence d'accidents cérébraux de nature syphilitique, il n'est jamais trop tard pour agir, s'il est vrai que vous deviez toujours recourir au traitement spécifique, à quelque période de l'affection que vous soyez consulté, parce qu'à toute période vous êtes en droit d'attendre une atténuation des symptômes, il n'en est pas moins certain qu'une guérison complète n'a chance d'être obtenue qu'à la condition d'intervenir à un moment où les lésions sont encore relativement récentes. Du jour, vous le savez, où ces lésions sont passées de l'ordre des lésions spécifiques (gomme, périartérite) à celui des lésions banales (ramollissement, encéphalite), vous pouvez encore arrêter leur extension et leurs progrès, mais vous ne pouvez plus rien pour leur rétrocession.

Donc, il faut agir le plus tôt et le plus vite possible, ne pas attendre, pour intervenir, que la symptomatologie soit parfaitement confirmée; au moindre indice de syphilis cérébrale, vous devrez instituer le traitement. Il n'y a pas grand inconvénient, dût votre diagnostic être fautif, à soumettre un malade à la médication spécifique, alors qu'elle est inutile; il y aurait danger pour lui, au contraire, à ce que cette médication ne fût pas prescrite en temps opportun.

A l'égard du troisième et du quatrième préceptes édictés, il ne saurait non plus s'élever, je crois, de contestation sérieuse. Il n'est pas douteux que le danger subsiste, quelque longtemps qu'ait été suivi le traitement, non seulement tant que durent les manifestations cérébrales, mais même quelque temps (un temps assez difficile à déterminer) après que le traitement a eu raison de celles-ci. La syphilis dont on vient de conjurer les effets fâcheux est là qui couve sous la cendre; j'en trouve la preuve dans les récidives fréquentes, je pourrais dire habituelles, lorsqu'on ne prolonge pas suffisamment l'usage de la médication. Aussi importera-t-il, quand vous aurez *guéri*

(1) Fin. — Voir le numéro du 12 août 1884.

les syphilitiques de leurs accidents cérébraux, de continuer pendant plusieurs mois, plusieurs années même (un ou deux ans) l'usage de l'iodure de potassium et du mercure! Sans doute, vous ne condamnerez pas les malades à une thérapeutique continue et sans trêve, mais vous devrez les avertir des dangers qui les menaçent; s'ils s'abandonnent à une périlleuse quiétude, vous devrez leur prescrire de temps en temps, tous les mois, tous les deux mois, un retour au traitement. C'est à la condition seulement de persister ainsi dans l'usage intermittent de la médication que vous pourrez avoir quelque certitude d'avoir mis vos malades à l'abri d'accidents pour l'avenir.

Mais j'arrive aux détails du traitement. Sous quelles formes et à quelles doses devrez-vous employer dans la syphilis cérébrale l'iodure de potassium et le mercure?

Je vous ai rappelé plus haut la règle formulée par M. Fournier dans des termes qui la donnent comme une règle absolue. « Il faut, dit le médecin de l'hôpital Saint-Louis, que le traitement soit comme action médicamenteuse le *plus énergique possible.* » Et il ajoute plus loin : « Si l'on se contente du mode de traitement habituel, si l'on met en œuvre une médication douce et bénigne, *non susceptible d'offenser les gencives* ou d'exciter quelque trouble physiologique, tenez pour certain qu'on n'obtiendra aucun résultat sérieux. Autant vaudrait presque se résigner à l'expectation pure et simple. » M. Fournier part de là pour prescrire à ses malades *trois* grammes d'iodure de potassium par jour, dose qu'il élève bien vite à quatre, cinq, six ou même huit grammes. Quant au mercure qu'il administre simultanément, il considère qu'il ne faut pas hésiter à donner le protoiodure à la dose de dix à vingt centigrammes, le bichlorure à celle de deux à cinq centigrammes. Et lorsqu'il recourt aux frictions avec l'onguent mercuriel double, il prescrit au début des frictions quotidiennes avec cinq grammes d'onguent, et porte bientôt la dose à huit, dix et douze grammes par jour.

Je crois qu'il y a dans cette façon de procéder quelque exagération. C'est du moins l'opinion qui résulte pour moi de ma pratique. Certes, je ne nie pas la nécessité, dans quelques cas, dans beaucoup de cas, si vous voulez, du mode de traitement que M. Fournier appelle le « traitement d'assaut ». Quand un malade se présente à nous avec les symptômes d'une syphilis cérébrale nettement confirmée; quand il s'agit d'une de ces véroles malignes, à prompte évolution, comme on en rencontre trop souvent; quand le malade est menacé à brève échéance, non seulement dans sa vie, mais même dans ses fonctions cérébrales, toute considération s'efface devant la nécessité de parer à un imminent péril, et il vaut mieux agir avec une vigueur exagérée qu'avec timidité. Mais il n'en est point toujours ainsi, fort heureusement. La syphilis cérébrale nous laisse souvent le temps de nous orienter, et nous avons le loisir de la traiter sans exposer de gaieté de cœur le malade aux accidents gingivaux ou gastriques qui peuvent résulter de l'emploi d'une médication forcée.

Sauf les circonstances exceptionnelles que je vous ai indiquées plus haut, je recours volontiers, en pareille occasion, à l'usage de sirop de Gibert, tel qu'il est inscrit au *Codex*. Vous n'ignorez pas que cette préparation renferme à la fois de l'iodure de potassium et du biiodure de mercure, dans des proportions telles qu'une cuillerée à soupe de sirop contient un centigramme de biiodure et cinquante centigrammes d'iodure de potassium. Je prescris le sirop de Gibert à la dose d'une ou de deux cuillerées à bouche par jour. Deux cuillerées sont le plus souvent bien supportées par les malades. Dès que la tolérance est bien établie, j'élève ensuite lentement et progressivement les doses. Dans un grand nombre de cas, j'ai obtenu, à l'aide de ce médicament, dont il ne faut pas craindre de prolonger l'usage, des résultats si remarquables que je n'hésite pas à le considérer comme l'une de nos plus précieuses ressources dans la syphilis cérébrale.

L'intérêt qu'il y a à administrer aux malades de fortes doses d'iodure de potassium, suivant la méthode de M. Fournier, me paraît plus illusoire que réel. On a relevé depuis longtemps cette particularité, que vingt-cinq ou cinquante centigrammes d'iodure déterminent plus aisément des accidents d'intolérance (coryza, etc.) que quatre ou cinq grammes du même sel. Le fait, bizarre en apparence, ne tiendrait-il pas à ce que, dans le premier cas, le médicament serait bien absorbé, tandis qu'il le serait mal dans le second? S'il en était ainsi, en prescrivant l'iodure à hautes doses, on irait à l'encontre du but que l'on poursuit.

Quant aux frictions mercurielles, si elles ont l'avantage de mettre le malade à l'abri des troubles gastriques qui accompagnent quelquefois l'administration du mercure par la bouche, elles ont plusieurs inconvénients : pour être bien faites, elles exigent quelque habitude de la part du malade, à défaut de laquelle la quantité du médicament absorbée par la peau est beaucoup moindre que ne le pense le médecin. D'autre part, les individus auxquels on prescrit les frictions ne doivent pas être perdus de vue. Il est nécessaire de les suivre jour par jour, en quelque sorte, si l'on ne veut pas s'exposer aux inconvénients d'une gingivite mercurielle que les malades laissent souvent évoluer, soit par incurie, soit par ignorance. Si la chose est facile dans un service hospitalier, elle l'est moins dans la clientèle de la ville.

Voilà les raisons qui, jusqu'à présent, m'ont porté à préférer, dans la plupart des cas de syphilis cérébrale, le sirop de Gibert au traitement préconisé ailleurs. Je dis dans la plupart des cas, non dans tous, car je tiens à reconnaître une fois encore qu'il est telle circonstance où le péril est assez pressant pour qu'il soit urgent de recourir au *traitement d'assaut,* quels qu'en puissent être les inconvénients momentanés.

RÉTENTIONS DU PLACENTA

PAR CONTRACTION SPASMODIQUE DU COL ET DU CORPS DE L'UTÉRUS. INTERVENTION DIFFÉRÉE ET INTERVENTION IMMÉDIATE.

Par M. le docteur C. Betty.

J'ai eu l'occasion d'observer à quelques jours d'intervalle les deux cas suivants, intéressants à différents points de vue et instructifs par leur rapprochement :

Observation I. — Le 15 mars de cette année, je fus mandé par mon excellent confrère le docteur Poirier près d'une jeune dame primipare qui était accouchée naturellement, depuis plus de deux heures, mais qui n'avait pu être délivrée, malgré des tractions exercées avec prudence sur le cordon.

La palpation faisait sentir l'utérus parfaitement rétracté, dans l'hypocondre gauche.

Au toucher, on trouvait le cordon serré par l'orifice interne du col et on provoquait des douleurs très vives en cherchant à faire avancer le doigt.

Reconnaissant que la cause de la rétention était le spasme du col, j'engageai mon confrère à cesser toute tentative d'extraction

et à recourir aux antispasmodiques et aux lavements laudanisés.

Je lui donnai l'assurance qu'il pourrait quitter sa cliente sans aucune inquiétude et que le placenta sortirait spontanément pendant la nuit ou certainement avant la fin du jour suivant. Mon opinion se basait non seulement sur plusieurs cas analogues observés dans ma pratique, mais sur ce que m'avaient appris mes lectures et l'enseignement des maîtres.

Le surlendemain au soir cependant, M. Poirier, qui avait vainement attendu la délivrance annoncée, me rappelait près de la jeune femme.

Il y avait alors quarante-huit heures qu'elle était accouchée.

L'état général était d'ailleurs satisfaisant; le pouls calme, la peau sans chaleur fébrile; des douleurs utérines se succédaient à intervalles assez rapprochés, comparées par la patiente aux douleurs qui accompagnent la dilatation du col au commencement du travail.

L'accouchée et sa famille étaient naturellement dans l'inquiétude et réclamaient une solution.

Je procédai immédiatement à l'extraction du délivre, tandis que mon confrère surveillait l'anesthésie chloroformique à laquelle nous avions soumis la patiente.

Je pénétrai facilement dans l'orifice et jusqu'au fond de la matrice, d'où je ramenai le placenta qui n'était adhérent par aucun point de sa surface.

Le spasme du col était donc l'unique cause de cette rétention qui a dépassé de beaucoup, dans ce cas, la durée ordinaire des rétentions du placenta dues à la contraction de l'orifice interne du col.

L'indication, dans les délivrances retardées par des accidents de cette nature, est d'attendre la sortie spontanée du délivre, en se bornant à chercher à abréger la durée du spasme par une médication interne appropriée. Cependant, avec l'anesthésie chloroformique, l'extraction manuelle est si facile et si inoffensive, qu'on aurait tort, selon moi, de n'y pas recourir après une attente raisonnable (1).

Il faut tenir compte, en effet, de l'état d'inquiétude des accouchées qui peut leur être préjudiciable, et aussi des adhérences placentaires qui peuvent coexister avec le spasme de l'orifice et s'opposer à la sortie spontanée du délivre. En résumé, si le délivre n'est pas expulsé vingt-quatre heures après la sortie de l'enfant, je crois qu'il faut intervenir.

Obs. II. — Quelques jours après, je fus appelé à Neuilly, vers deux heures de l'après-midi, près d'une jeune femme, primipare aussi, qui était accouchée facilement et assez rapidement, à dix heures du matin, d'un enfant vivant.

Après la section du cordon, le sang était sorti en jet par son bout placentaire, et le distingué confrère qui avait bien voulu demander mon concours avait dû le lier, croyant à la possibilité d'une grossesse gémellaire. Cette idée avait pris d'autant plus de consistance dans son esprit, qu'il sentait au-dessus de l'ombilic, presqu'au niveau de la région épigastrique, un corps dur et sphérique qui pouvait en imposer pour la tête d'un fœtus.

Le ventre n'avait pas cependant le volume qu'il présente lorsqu'il contient encore un fœtus; on ne percevait ni mouvements par la palpation, ni battement fœtal à l'auscultation.

On ne pouvait certainement pas penser à la présence d'un enfant vivant ni d'un enfant à terme.

Au toucher, on reconnaissait qu'une portion du placenta avait franchi le col de l'utérus; mais en exerçant des tractions sur la partie procidente, on ne faisait pas sortir la partie retenue; de plus en cherchant à faire glisser la main entre le placenta et la paroi interne de la matrice, on se sentait arrêté à une certaine distance du col.

L'utérus était donc contracté par son milieu ou en sablier sur le placenta, et cette contraction spasmodique avait donné à la partie supérieure de la matrice cette consistance dure qui avait fait penser à la présence d'une tête fœtale.

Ici, il ne fallait pas songer à l'expectative puisqu'une partie du délivre était dans le vagin et que, dès lors, sa putréfaction eût été rapide.

Comme dans le premier cas, je fis anesthésier la patiente qui avait poussé des cris de douleur pendant mon exploration, et je pus assez facilement passer la main au-dessus du placenta et le faire sortir intact avec les membranes.

Après les deux cas, on eut recours à des injections et à des compresses avec la solution de sublimé au 1/2000, et les suites de couches furent naturelles.

(1) Il faut introduire la main dans l'utérus dès que la période d'excitation chloroformique a cessé.

Les contractions anormales de l'utérus dépendent sans doute d'une exagération des réflexes cérébro-spinaux.

On sait, en effet, que pour influencer directement les muscles de la vie organique, l'anesthésie doit être poussée beaucoup plus loin (anesthésie de la moelle allongée).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 août 1884. — Présidence de M. Debove.

COMMUNICATIONS.

Tuberculose. — M. GOMBAULT, en son nom et au nom de M. Chauffard, communique une étude expérimentale sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine. On ne trouve pas le bacille de Koch dans les épanchements pleuraux. M. Chauffard a inoculé ce liquide à des cochons d'Inde, préférant les inoculations aux cultures difficiles à réaliser. Le liquide a toujours été extrait sur le vivant; toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses ont été prises. On a injecté 3 grammes de ce liquide, par la ponction abdominale, dans le péritoine de cochons d'Inde. 23 inoculations ont été ainsi pratiquées : 4 de ces animaux sont morts, 9 n'ont rien présenté, 10 ont présenté des résultats positifs. La rate, les poumons, le foie de ces derniers sont farcis de granulations jaunes; on trouve les lésions caséeuses des ganglions abdominaux. Toujours, dans ces cas, on a rencontré le bacille de Koch. Le diagnostic de tuberculose est donc suffisamment établi. On a donc bien inoculé la tuberculose avec ce liquide extrait de la plèvre.

M. DÉJÉRINE fait observer qu'on trouve le bacille dans le liquide recueilli par l'empyème.

M. GOMBAULT admet qu'on le trouve dans les épanchements purulents, mais non dans les épanchements séro-fibrineux.

M. DEBOVE l'a cherché, sans le trouver, dans des épanchements manifestement tuberculeux.

Traitement de la névralgie sciatique par la congélation. — M. DEBOVE a obtenu, dans plusieurs cas, la guérison instantanée de névralgies sciatiques rebelles par la congélation à l'aide de pulvérisations, le long du nerf malade, de chlorure de méthyle qui refroidit à — 23 degrés. La guérison est immédiate. Il présente un malade qui avait une sciatique extrêmement douloureuse depuis trois mois et chez lequel tous les traitements avaient échoué; après deux séances, il y eut une légère récidive; M. Debove fit disparaître, chez ce malade, instantanément toute douleur à l'aide du moyen qu'il vient de faire connaître.

L'urée dans le cancer. — M. ALBERT ROBIN, à l'occasion de la communication faite récemment par M. Dujardin-Beaumetz (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 715), fait connaître plusieurs faits qui prouvent que la diminution de l'urée dans l'urine n'implique nullement, ainsi que le prétend Rommelaere, le diagnostic de cancer.

Gangrène foudroyante. — M. HANOT présente une pièce anatomique provenant d'une malade qui, au cours d'une néphrite chronique, a été atteinte d'une gangrène foudroyante du membre inférieur gauche qui, en l'espace de dix jours, a entraîné une amputation spontanée complète de ce membre. L'état général n'a pas varié ; il n'y a eu ni suppuration, ni fièvre ; très peu de douleur.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 août 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Rhinoplastie. — M. POLAILLON présente un malade qui avait subi une destruction complète, jusqu'à l'os, de l'aile droite du nez, et chez lequel il a pratiqué les deux opérations suivantes : il prit un lambeau sur la joue, jusqu'à l'angle de l'œil, et l'abaissa jusqu'à la pointe du nez où il le sutura. Il obtint une réunion par première intention ; mais la narine ainsi formée se trouvait tellement rétrécie que, pour remédier à cet inconvénient, il dut pratiquer une seconde opération. Celle-ci consista à détacher la nouvelle aile du nez, à faire un petit avivement sur la joue, à reporter la narine détachée sur cette partie avivée et à combler la perte de substance causée par ce détachement de l'aile du nez à l'aide du petit lambeau résultant de l'avivement de la joue. Le nez ainsi formé est très convenable et le résultat obtenu des plus satisfaisants, ainsi qu'on peut le voir sur le malade complètement guéri.

M. DESPRÉS a fait une restauration analogue chez un individu qui avait eu la pointe du nez complètement arrachée par son chien.

Il dut, comme M. Polaillon, faire une opération complémentaire. En effet, à la suite de la première opération à peu près semblable à celle qu'a pratiquée M. Polaillon, la rétraction du tissu inodulaire avait amené une torsion telle de la pointe du nez que l'aspect en était horrible. Pour remédier à cet état de choses, M. Després déplaça la sous-cloison et la reporta dans une bonne situation. Ce déplacement de la sous-cloison et sa fixation dans un point convenable ont parfaitement réussi.

Gangrène foudroyante ; amputation de cuisse ; guérison en vingt-huit jours. — M. DESPRÉS présente un malade auquel il a fait subir l'amputation de la cuisse, il y a vingt-huit jours, et qui se lève déjà depuis six jours. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans qui avait contracté la syphilis et qui fut pris de douleurs intolérables dans le membre inférieur droit. Bientôt apparurent au pied tous les signes de la gangrène foudroyante des extrémités. Sachant que, lorsqu'en pareil cas on pratique l'amputation de la jambe, on risque de tomber en plein foyer gangréneux ou septicémique, M. Després n'hésita pas, vu la marche foudroyante des accidents et les douleurs intolérables qui nécessitaient plusieurs injections de morphine par jour, à pratiquer l'amputation de la cuisse au tiers supérieur. L'amputation a été faite pendant la période de cicatrisation du chancre et des plaques muqueuses. La marche des accidents syphilitiques ne s'en trouva nullement modifiée. La plaie fut pansée au cérat et aux cataplasmes. Il n'y eut aucun accident ; le malade se leva le vingt-deuxième jour et a pu venir à la Société de chirurgie le vingt-huitième jour. Il n'avait jamais rien présenté dans les urines.

M. BERGER fait observer qu'il y a plusieurs variétés de gangrène spontanée chez les jeunes sujets, dont la pathogénie est restée jusqu'ici complètement obscure. C'est ainsi qu'il a eu à soigner un jeune homme qui, en très peu de temps, sans cause appréciable, fut pris de plaques d'asphyxie locale des extrémités. Bientôt la totalité du pied et la partie inférieure de la jambe furent atteintes de sphacèle. M. Berger ne crut pas devoir intervenir, d'abord parce que le sujet était jeune, résistant, et semblait pouvoir faire les frais de l'élimination ; ensuite parce qu'il y avait des menaces de gangrène du côté opposé. Il n'a donc fait qu'une régularisation de l'amputation spontanée. Chez un vieillard, atteint de gangrène par embolie et souffrant horriblement, bien que la gangrène fût parfaitement circonscrite au pied, M. Berger pratiqua l'amputation de la cuisse ; il trouva une altération profonde de l'artère fémorale. Le lendemain, l'extrémité du moignon était envahie par la gangrène, et le malade mourait en quarante-huit heures.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a récemment amputé dans la jambe un homme atteint de gangrène sénile quoique encore jeune. Les suites de l'opération furent des plus simples et le malade semblait guéri quand le quinzième jour la gangrène envahit les parties molles du moignon et le malade succomba dans le marasme. La gangrène consécutive du moignon peut donc être tardive. Généralement, dans ces cas de gangrène qui se produisent sans cause appréciable, on trouve des altérations des parois artérielles. M. Lucas-Championnière rappelle le fait que M. Hanot a récemment communiqué à la Société médicale des hôpitaux (voir plus haut, p. 756).

M. RECLUS dit que la pathogénie de ces sortes de gangrènes offre généralement les plus grandes difficultés. Il cite l'exemple d'un vieillard atteint de gangrène de la verge et qui succomba à une double pneumonie. A l'autopsie on trouva l'artère perméable jusque dans le foyer de la gangrène. Il n'y avait aucune espèce d'oblitération artérielle. Il cite également l'exemple d'un homme de soixante-dix ans qui fut atteint, sans cause appréciable, de gangrène du membre inférieur gauche. Il n'y avait rien du côté des reins ni d'aucun autre organe.

M. DESPRÉS rappelle la thèse de François sur la gangrène des vieillards ; dans ces cas, on trouve toujours la cause de la gangrène dans une altération artérielle (embolie, artérite).

M. LANNELONGUE a fait, à Bicêtre, de nombreuses autopsies de vieillards morts de gangrène. Il a toujours trouvé une altération des parois artérielles ou une embolie. Si l'oblitération n'existe pas au-dessus du foyer de la gangrène, elle pouvait exister au niveau même de la partie gangrénée.

Chez les enfants la gangrène spontanée n'est pas rare, indépendamment des gangrènes consécutives à la rougeole ou aux autres fièvres éruptives. Dans ces cas, on trouve toujours des altérations des parois ou des oblitérations artérielles.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XIX

En quittant Avignon, nous sommes obligés, à cause du débordement de la Durance, d'aller à Bon-Pas pour passer la rivière en bac ; mais nous avions compté sans l'obstacle de douze charrettes qui devaient prendre la barque avant nous. J'essayai vainement de corrompre le patron du bac en lui offrant une récompense pécuniaire, s'il voulait nous expédier d'abord ; il resta sourd à mes propositions, et, d'ailleurs, il se forma une cabale des rouliers pour ne pas nous céder le pas. A la force pas de résistance, nous nous résignâmes à attendre ; je fis quelques recherches lithologiques sur les graviers de la Durance ; cette rivière roule des quantités innombrables de cailloux. J'y rencontrai abondamment des *variolites* dont j'avais déjà trouvé un échantillon sur la plage de Maguelonne, des *porphyres* verts, rouges, bruns, gris, des *poudings*, des *granits*, des grès, etc. La nuit s'approchait, nous perdîmes patience à attendre notre tour, nous décidâmes qu'il fallait abandonner la voiture avec le cocher sur le rivage et traverser la Durance pour chercher un village et y passer la nuit ; nous allons à Nové, distant d'une demi-

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 août 1884.

lieue; je frappe à toutes les portes pour demander des lits et ce n'est qu'après avoir échoué dans cinq ou six maisons que nous trouvons enfin une espèce d'auberge où nous payons fort cher un souper très simple et le coucher tant bien que mal, les uns à la cave, les autres au grenier. Ce village est situé entre la Durance et une petite chaîne de rochers; il est traversé par un ruisseau dont l'eau est aussi claire, aussi rapide que celle de la Sorgue; il est entouré de fortifications.

30 *mai.* Aux premiers rayons du jour, je quitte ma dure paillasse; une pluie épouvantable survint et nous craignions d'être obligés de passer la journée dans ce triste village; cependant, je profite d'une éclaircie pour aller au bord de la Durance savoir des nouvelles de notre équipage. Je rencontrai le cocher qui s'acheminait vers Nové avec la lente voiture; il avait passé la nuit à la belle étoile sur le gravier et venait seulement de traverser la rivière. Vers sept heures, nous partons pour Château-Renard où une bourrasque nous force de faire halte et d'y faire un excellent déjeuner aux *anchois;* au-dessus du village, il y a un château fort avec tourelles, huché au sommet d'un rocher dont l'accès paraît très difficile; c'est sans doute le château qui a donné le nom au village. Dans ce pays comme dans la plus grande partie de la Provence et du Languedoc, on nourrit des *vers à soie* que l'on désigne vulgairement sous le nom de *magnans.* On en élevait dans l'auberge où nous étions, et je priai le maître du logis de me laisser jeter un coup d'œil sur l'appartement destiné à leur éducation et que l'on nomme *magnanerie;* je ne fus pas peu surpris du refus obstiné que l'on fit à ma demande. Par un préjugé singulier et généralement répandu dans le pays, on ne laisse point voir les vers à soie aux étrangers sous prétexte qu'on leur porte malheur; nous eûmes toutes les peines du monde à obtenir qu'il nous en montrât un, encore eut-il l'air de le sacrifier. L'aubergiste ne fit cependant aucune difficulté pour me donner des renseignements sur l'éducation et les produits de ces insectes précieux; il m'apprit qu'une once de graine de vers à soie (c'est ainsi qu'on appelle leurs œufs) fournit sept quintaux de cocons, en supposant que tous les vers viennent à bon terme; pour élever les vers provenant d'une once de graine et qui peuvent être au nombre de trente à quarante mille, il faut deux livres de feuilles de mûrier. Cet homme me raconta, du ton de la crédulité la plus sérieuse, que lorsqu'on manquait absolument de graine-ver, on pouvait s'en procurer par le moyen suivant aussi bizarre que cruel : on nourrit une vache qui est prête à mettre bas exclusivement avec des feuilles de mûrier; aussitôt que le veau est né, on a la barbarie de l'enterrer vivant sous le fumier, il se putréfie au bout d'un certain temps, on le découvre ensuite et on y trouve des vers. Jusque-là, c'est naturel, mais les vers se transforment en papillons lesquels pondent des œufs d'où doivent éclore des vers à soie; voilà le miracle et le grand miracle; notre hôte nous affirma non qu'il avait été témoin de cette expérience, mais qu'il connaissait des personnes auxquelles elle avait réussi. Je vis aux environs de Château-Renard des champs bordés de *roseaux;* on cultive ce végétal dans les lieux humides, soit pour en faire des claies utiles dans les ateliers de vers à soie, soit pour former des palissades qui protègent des vents du Nord les *pois* et les *aubergines;* ces dernières, fruits du *Solanum melongena,* sont connues dans le pays sous un nom trivial; elles forment un mets agréable que l'on sert sur toutes les bonnes tables; on les partage en deux longitudinalement, on fait écouler en les exprimant une partie de leur eau de végétation, puis on les farcit ou on les fait cuire par tranches dans l'huile. La route jusqu'à Beaucaire fut très pénible pour notre rossinante par suite de la boue qui embourbait les roues du carrosse jusqu'à l'essieu; vers quatre heures, nous arrivâmes chez mon ami après cinq jours de voyage.

Voyage à Marseille et à Toulon.

3 *juin.* Nous prîmes à Tarascon la diligence pour Marseille; deux superbes mules traînaient ce fourgon suspendu. Après avoir traversé une longue plaine parée de la plus riche moisson en froment, nous arrivons à Saint-Remy où l'on s'arrête pour dîner; nous visitâmes les restes grandioses d'un *arc de triomphe* dont la voûte est ornée de sculptures parfaitement conservées, et un superbe *mausolée* romain qui offre un double rang de colonnes; ces deux monuments, remarquables par leur noble architecture et leur belle conservation, sont situés à un quart d'heure de la petite ville et vers la base d'une chaîne de rochers. Je laissai mon compagnon faire la sieste dans la diligence qui prolongea sa station pendant trois heures, et, suivant mon habitude, je pris les devants à pied; j'eus le temps de faire deux grandes lieues avant que le fourgon me rejoignît. Je remarquai, sur les côtés de la route, des champs de *chardon à foulons* (Dipsacus fullonum); cette plante, que je voyais pour la première fois cultivée, acquiert jusqu'à sept et huit pieds de hauteur; ses têtes, armées de paillettes constamment recourbées en hameçon, sont employées par les drapiers à peigner leurs étoffes après qu'elles ont été foulées; elle sert aussi aux bonnetiers, ce qui lui a valu aussi le nom de *chardon à bonnetier;* les pieds de cette cardère sont placés à un grand pas de distance les uns des autres, afin qu'ils aient la facilité d'étendre et de multiplier leurs branches. Je vis aussi dans cette campagne le *fenugrec* ou *foin grec* (Trigonella fœnum græcum), cultivé pour fourrage, alternant souvent avec des pieds de chardon à foulon. De Saint-Remi à Orgon, le pays est limité à droite par une chaîne de rochers nus, fort âpres, très escarpés, dirigée du Nord au Sud et distante d'une demi-lieue au plus de la route; à gauche, c'est une plaine dont le sol maigre et pierreux ne produit que quelques misérables pièces d'avoine; elle forme un contraste frappant avec la belle plaine de Tarascon; ici l'amandier est fort commun et remplace l'olivier.

A Orgon, je reprends ma place dans la voiture; la campagne au delà de cette petite ville se ressent du voisinage de la Durance qui coule sur notre gauche et des irrigations artificielles; on y voit des prairies couvertes d'herbes vigoureuses et bordées de beaucoup de saules. Notre fourgon étant chargé d'argent appartenant à l'État, nous fûmes escortés par des gendarmes d'Orgon à Pont-Royal où nous couchâmes; au souper, je fis en bien mangeant l'éloge des morceaux.

4 *juin.* Dès trois heures du matin, et par un très beau clair de lune, nous nous remîmes en marche, escortés comme la veille jusqu'au lever du soleil; on passa dans des défilés voisins de bois où la diligence d'Avignon à Marseille fut pillée, il y a peu de temps, par des voleurs; on s'arrêta un instant à Lambesc, petite ville où je vis deux jolies fontaines en pyramide, puis au gros village de Saint-Cana, et enfin vers dix heures à Aix, *Aquæ Sextiæ,* l'ancienne capitale de la Provence.

Sous la réserve de la sale habitude du *passarés,* Aix est une jolie ville, fort peuplée, et dont l'excellente huile fait surtout la renommée; la promenade du *Cours* est une vaste rue de chaque côté de laquelle il y a deux allées de superbes ormeaux et des maisons d'une belle architecture; au milieu de ces allées sont des fontaines dont une contient de l'eau thermale. L'église de la cathédrale est remarquable à l'extérieur par le style gothique recherché et compliqué; l'intérieur est tout à fait mesquin; à la chapelle des fonts baptismaux, on observe une sorte de bas-relief fort bizarre composé de morceaux de poudingue (roche bigarrée) assemblés de manière à former un tableau.

La chaleur était excessive; nous entrâmes dans un café où, tout en nous rafraîchissant avec de la limonade et des oranges, nous eûmes le plaisir d'entendre un cercle de politiciens converser d'une manière tout à fait originale en idiome provençal sur les affaires du temps. Je me présentai chez M. Boyer de Fonscolombe, savant entomologiste, j'eus le vif regret de ne pas le rencontrer; quarante ans plus tard (en 1852), j'établis avec lui quelques relations et échanges scientifiques. Je ne dois pas oublier de mentionner aux environs d'Aix la montagne de la Sainte-Victoire; elle a son renom botanique, car le grand Linné lui dédia d'Upsal l'*Allium victoriale* et le *Plantago victorialis;* bien peu de voyageurs connaissent cette illustration scientifique de l'éminence rocheuse voisine d'Aix; quant à moi, amant passionné de Flore, j'avais un chatouillement d'orgueil de cette tacite érudition, et je me sentais épris d'ambition de visiter cette notabilité montueuse, ambition non satisfaite comme celle du mont Ventoux.

Le pays que nous traversons, d'Aix à Marseille, est quelquefois bien cultivé, mais le plus souvent composé de montagnes arides qui offrent une structure géologique particulière : ces montagnes, d'un calcaire grisâtre, sont formées de couches très épaisses, bien distinctes les unes des autres, horizontales sur la gauche, obliques sur la droite, et tellement stratifiées qu'elles représentent des gradins. Au voisinage de Marseille, j'observe un mode de culture tout spécial : les pièces de froment y sont longues et étroites comme des plates-bandes; elles alternent avec de semblables lisières de vignes, de pois chiches et de pommes de terre; cette disposition fait que de loin ces champs ressemblent à des jardins rayés par des bandes d'un vert différemment nuancé. Je remarquai qu'en général le froment est imberbe, tandis qu'il est muni de fort longues barbes dans la plaine de Tarascon; du reste, les épis sont grands et les grains bien nourris; on voit quelques forêts de pins vers la base des montagnes et des oliviers dans les lieux secs et pierreux; les coteaux sur lesquels croissent ces derniers arbres étant quelquefois fort rapides, on prévient l'éboulement des terres en les consolidant par des murs, ce qui fait paraître le sol comme disposé en amphithéâtre. En approchant, au déclin du jour, de la grande cité des Phocéens, nous aperçûmes la mer dont les vagues se brisaient avec fracas sur les rochers voisins de la route et, à gauche, nous admirions les nombreuses *bastides* (bâtisses, maisons) qui émaillaient les pentes pierreuses du site appelé la *biste* (point de vue). Nous descendîmes à l'hôtel du Pérou, rue Saint-Ferréol, où nous logeâmes pendant notre séjour *intra* et *extra muros;* nos condisciples de Paris, les docteurs Cauvière et Roubaud nous y firent l'accueil le plus empressé, le plus amical, le plus généreux; je fis la connaissance de M. Chirol, pharmacien et botaniste, qui m'accompagna dans mes herborisations avec une parfaite complaisance; j'allai voir aussi M. Gouffe, directeur du Jardin botanique; mon activité de vingt-six ans, mon amour passionné des plantes et des insectes dans cette contrée si essentiellement méridionale agrandirent considérablement le cercle de mes connaissances en histoire naturelle; sans m'en douter, je me préparais à rendre plus fructueux un voyage en Espagne, entrepris deux ans après mon itinéraire dans le sud-est de la France.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 6 août, M. le professeur Gosselin, ancien chirurgien de l'hôpital de la Charité, est nommé chirurgien honoraire des hôpitaux.

— Par arrêté ministériel en date du 12 août, M. le docteur Proust, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, inspecteur-adjoint des services sanitaires, a été nommé inspecteur général de ces services, en remplacement de M. le docteur Fauvel, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé inspecteur général honoraire.

— Par arrêté ministériel en date du 16 août, M. le professeur Regnauld, membre de l'Académie de médecine, directeur de la pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, a été nommé membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

— *Choléra.* — Depuis notre dernier bulletin voici les nouvelles relatives à l'épidémie :

Toulon. — On signale une légère recrudescence depuis le 15 août. — Du 12 au 13 août, 2 décès cholériques; le 13, à l'hôpital Bon-Rencontre : 1 entrée, 0 sortie, 2 décès, 24 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier : 2 entrées, 5 sorties, 0 décès, 44 malades en traitement; du 13 au 14 août, 5 décès (3 dans les faubourgs, 2 en ville); le 14, à l'hôpital Bon-Rencontre : 0 entrée, 2 sorties, 0 décès, 22 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier : 8 entrées, 5 sorties, 0 décès, 47 malades en traitement; du 14 au 15 août, 3 décès; le 15 à l'hôpital Bon-Rencontre : 1 entrée, 2 sorties, 0 décès, 21 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier : 5 entrées, 1 sortie, 0 décès, 51 malades en traitement; du 15 au 16 août, 5 décès; le 16, à l'hôpital Bon-Rencontre : 1 entrée, 3 sorties, 0 décès, 19 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier : 3 entrées, 7 sorties, 0 décès, 47 malades en traitement; du 16 au 17 août, 11 décès cholériques.

En résumé, la statistique des hôpitaux de Toulon nous fournit les chiffres suivants :

Hôpital civil. — Depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 13 juillet, époque de l'évacuation sur l'hôpital Bon-Rencontre, 103 cholériques, 71 décès.

Hôpital Bon-Rencontre. — Depuis le 14 juillet jusqu'au 12 août, 167 cholériques, 84 décès.

Hôpital principal de la marine. — 280 cholériques, 44 décès.

Hôpital Saint-Mandrier. — 287 cholériques, 44 décès.

Soit un total de 837 cholériques et 243 décès dans les hôpitaux de Toulon.

Marseille. — Du 11 au 12 août 1884, 11 décès cholériques; du 12 au 13 août, 12 décès; le 13, à l'hôpital du Pharo, 6 entrées, 4 sorties, 5 décès, 32 malades en traitement; du 13 au 14 août, 20 décès; le 14, à l'hôpital du Pharo, 2 entrées, 3 sorties, 1 décès, 30 malades en traitement; du 14 au 15 août, 14 décès; le 15, à l'hôpital du Pharo, 1 entrée, 3 sorties, 2 décès, 26 malades en traitement; du 15 au 16 août, 8 décès; le 16, à l'hôpital du Pharo, 1 entrée, 3 sorties, 0 décès, 24 malades en traitement; du 16 au 17 août, 16 décès.

Var. — Les Sènes (village de 37 habitants) : 15 cholériques, 5 décès; Montfort-sur-Argens : 2 cas nouveaux, 1 décès.

Bouches-du-Rhône. — Arles, du 12 au 17 août : 13 décès, cas nombreux; Les Salins-de-Giraud : cas nombreux.

Basses-Alpes. — Sisteron : 2 décès; Les Omargues : du 12 au 17 : 54 décès, reste une trentaine de malades en traitement; Mézel : plusieurs décès.

Hérault. — Cette, 9 décès, une trentaine de malades en traitement; Bédarieux, 1 décès; Agde, 1 décès; Lunel, 7 décès; Soubès, 1 décès; Gigean, 9 décès, plusieurs malades en traitement; Montbazin, 2 décès; Pomerols, 4 décès; Mèze, 2 décès; Estréchoux, 1 décès.

Gard. — Nîmes, 3 décès; Bessèges, 2 décès; Robiac, 1 décès; Saint-Gilles, 1 décès; Valabrègue, 1 décès; Baron, 1 décès.

Aude. — Carcassonne, 16 décès jusqu'au 17 août, 35 malades en traitement; Narbonne, 6 décès.

Pyrénées-Orientales. — Perpignan, jusqu'au 17 août, 11 décès; Rivesaltes, 2 décès; Saint-Félin, 5 décès; Boule-Ternère, 2 décès; Catlar, 2 décès; Saint-Mihel-de-Clotte, 1 décès.

Vaucluse. — Avignon, 1 décès, du 16 au 17 août; Asile des aliénés de Mont-de-Vergues, 2 décès.

Rhône. — Lyon, le 16 août, 2 cas, 1 décès.

Yonne. — Puits-de-Bon, depuis le 10 août, 14 cas, 7 décès; Accolay, 2 cas, 1 décès.

Italie. — Le *Bulletin officiel* indique, le 13 août, 15 cas, 10 décès dans les localités contaminées et diverses provinces; le 14 août, 14 cas, 7 décès; le 15 août, 31 cas, 14 décès; le 16 août, 12 cas, 7 décès.

— Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. Albert Dumont, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'instruction publique et membre de l'Institut, mort subitement mercredi dernier à l'âge de quarante-cinq ans.

— Nous avons également le regret d'apprendre la mort subite de M. le docteur Burq, décédé dans sa soixante-deuxième année, à l'Abbaye-aux-Bois.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le concours ouvert pour une place de chef de clinique des maladies mentales s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gilson, comme chef de clinique titulaire, et de M. le docteur P. Boyer comme chef de clinique adjoint.

Le concours ouvert pour une place de chef de clinique d'accouchements vient de se terminer par la nomination de M. le docteur

Doléris comme chef de clinique titulaire et de M. le docteur Stapfer comme chef de clinique adjoint.

— M. le docteur Landouzy, agrégé, suppléant M. le professeur Hardy à l'hôpital de la Charité, fera des leçons cliniques, les mardi et samedi, à dix heures.

Visite des malades tous les jours, à neuf heures : le jeudi, examen et interrogatoire des malades par les élèves.

La première leçon aura lieu le mardi 26 août.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16597

25

Étude de Me Maxime GAVIGNOT, avoué près la Cour d'appel de Paris, 43, rue de Richelieu.

Sur une demande formée par MM. Reynal et Cie, fabricants de produits pharmaceutiques, demeurant à Paris, 19, rue des Archives,

Contre : 1° M. Naudascher, fabricant de produits pharmaceutiques, demeurant à Neuilly-sur-Seine, rue de Sablonville, n° 29, ci-devant, et actuellement à Courbevoie, rue des Renardières, n° 11,

2° M. Prélier, pharmacien, demeurant à Paris, rue Vieille-du-Temple, n° 100,

Il a été rendu à la date du 16 octobre 1882 un jugement du tribunal de commerce de la Seine, ainsi conçu :

Après en avoir délibéré conformément à la loi;

Attendu que pour résister à la demande, Naudascher et Prélier soutiennent que les bouteilles, le bouchage et le papier employés par eux seraient d'un usage général pour les produits de cette nature;

Mais attendu qu'il résulte des documents soumis au tribunal qu'en réunissant pour la vente du sirop fabriqué et vendu par eux, divers signes adoptés par Reynal et Cie pour le *Sirop de Flon*, Naudascher et Prélier ont cherché à faire naître dans le public la confusion entre ces deux produits;

Que cette intention ressort d'une manière manifeste de leurs prospectus où ils annoncent sous le nom même de Flon le sirop qu'ils offrent au public;

Que l'ensemble de ces faits constitue une concurrence déloyale à laquelle il y a lieu de mettre fin en accueillant la demande de Reynal et Cie;

Sur les dommages-intérêts,

Attendu que les actes de concurrence déloyale qui viennent d'être relevés à la charge de Naudascher et Prélier causent à Reynal et Cie un préjudice dont réparation leur est due;

Qu'il y a lieu en conséquence de les condamner à leur payer des dommages-intérêts suivant état à fournir par eux;

Sur la publication du jugement,

Attendu que les agissements de Naudascher et Prélier ont eu pour effet de tromper le public;

Qu'il y a lieu de faire connaître par les insertions demandées, que c'est sans droit qu'ils se sont appropriés les signes distinctifs de Reynal et Cie;

Que ce chef de demande doit donc être accueilli,

Par ces motifs : le Tribunal jugeant en premier ressort,

Fait défense à Naudascher et Prélier de mettre en vente à l'avenir le sirop préparé par eux dans des bouteilles de forme et dimensions semblables à celles employées par les demandeurs pour le sirop de Flon, d'employer le même mode de bouchage et de les envelopper dans du papier de même couleur, et de l'annoncer dans leurs prospectus sous le nom de Flon;

Les condamne à supprimer les bouteilles, bouchages, enveloppes et prospectus ainsi conditionnés;

Les condamne par les voies de droit à leur payer des dommages-intérêts, à fixer par état;

Ordonne l'insertion du présent jugement dans cinq journaux aux frais de Naudascher et Prélier; condamne ces derniers en tous les dépens.

— Sur l'appel de ce jugement, interjeté par MM. Naudascher et Prélier, la septième chambre de la cour d'appel de Paris, à la date du 31 mai 1884, a rendu un arrêt motivé qui confirme ledit jugement, en réduisant toutefois les insertions à faire dans trois journaux spéciaux à la médecine et à la pharmacie, au choix de MM. Reynal et Cie, et en limitant à 150 francs le coût de chaque insertion.

Pour copie et extrait,
Gavignot.

25

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henry.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude. è.	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.021	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésïens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux :* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

21

Un Nouvel Hémostatique

Le Dr Chomel recommandait le suc d'ortie comme le meilleur remède c. ttes hémorrhagies. **LE SIROP HEMOSTATIQUE DE PENEAU** au suc d'ortie, expérimenté dans les hôpitaux, guérit ttes hémorrhagies et constitue un spécifique contre métrorrhagies et leucorrhées. Dose : 1 cuillerée ttes les heures jusqu'à modération du flux sanguin ; comme préventif 2 à 3 cuillerées par jour. — Paris, Phie Lebrun, fg Montmartre, 50 ; Fiévet, r. Réaumur, 53. Fabrn et gros, phie Peneau, Bourges (Cher).

17

Coton iodé préparé par J. THOMAS

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

65

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

39

Luchon (Pyrénées)

Saison du 1er Juin au 1er Octobre

La plus riche, la plus complète des stations minérales sulfurées sodiques (24 sources). — Le plus beau climat de toutes les stations similaires des Pyrénées (**à recommander dans les affections des voies respiratoires**).

Mauvais états généraux (constitutionnels ou acquis), — **arthritisme** (manifestations rhumatismales, cutanées, etc.), — **scrofule**, — **lymphatisme**, — **syphilis**, — **affections chirurgicales** (os, articulations), — **atrophie** et **paralysie** musculaires, — **affections utérines.**

Bains. — Grandes et petites douches. — Douches pulvérisées. — Humages. — Etuves. — Salles d'inhalations et de gargarismes. — Buvettes des différentes sources (**SOURCES DU PRÉ**). Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.

6

Epilepsie, traitement efficace

par l'**ELIXIR** et les **GRANULES** à base de **PICROTOXINE** du docteur **PENILLEAU.**

Phie Lepinte, 72, rue Saint Dominique, Paris.

51

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris,* 1878. Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris. Capsules contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — Vin et Huile créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

66

Dragées Meynet

D'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE.

100 dragées : 3 fr. Plus efficaces que l'huile. Ni dégoût, ni renvois. Notice, échantillons, envois gratis. PARIS, Pharm. 31, r. d'Amsterdam.

19

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

Adh. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

13

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical*; le SACCHARURE c. le *Croup.* La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

31

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la Viande.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. Ferré, pharm., 102, *r. Richelieu,* successeur de Aroud, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

58

Sirop du docteur Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP de HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : cinq francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : deux francs.

Vente au détail : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou, et dans toutes les principales pharmacies de France.

Vente en gros : S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard)

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : quatre francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

65

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

46

COMPAGNIE LIEBIG

CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS

SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

23

Capsules Lagasse

A LA GEMME DE PIN MARITIME

Hydro-gemmine Lagasse

EAU DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE.

Rhumes, toux, catarrhes, bronchites, affections des reins, catarrhes utérins, uréthrite.

133

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Vin de Bayard à la peptone phosphatée

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. I. Hygroma du genou. — II. Bec-de-lièvre. — Note sur le traitement de la diphtérie. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

En ce moment, l'Académie rêve d'imiter ce qui a été fait, il y a quatorze ans, pour la variole et la vaccine, dans une conférence médicale tenue à la veille de la guerre.

On était alors en présence d'une épidémie de variole qui fut très meurtrière, et le corps médical avait besoin de se faire une opinion précise sur des questions controversées sans résultat devant les corps savants.

On fit donc appel à tous ceux qui pouvaient éclairer ces questions délicates en racontant ce qu'ils avaient vu et pu constater par eux-mêmes. Le nombre des médecins qui prirent part aux travaux de cette conférence fut considérable. De toutes les parties de la France affluèrent les communications instructives, les faits nouveaux, les observations personnelles ; et il fallut bien reconnaître que, sur des sujets d'actualité, le corps médical, réuni en grandes assises, effectue sans peine ce qu'on attendrait en vain des discussions académiques, l'évidence, la certitude s'imposant soit pour les doctrines, soit pour les solutions pratiques.

M. Marey pose en principe la nécessité de s'adresser aux médecins de province pour savoir à quoi s'en tenir sur la durée de l'incubation, sur la marche de l'épidémie, sur les causes qui la facilitent ou la retardent. Il reconnaît que l'élucidation définitive de toutes les questions relatives au choléra ne peut être obtenue que par la masse des faits, si chacun de ceux qui sont placés pour bien voir raconte lui-même ce qu'il a observé. Mais l'honorable académicien se figure qu'en faisant passer ces observations personnelles par toute une filière administrative, en les renvoyant de commission en commission, en leur faisant subir ainsi des examens, des groupements artificiels, des éliminations, des jugements successifs, on leur conservera cette valeur probante que leur donnent leur rapprochement naturel, leur sincérité individuelle et, si je puis m'exprimer ainsi, leur personnalité en tant que témoignage.

C'est là une illusion qui devrait être éteinte chez un membre de l'Académie.

En effet, pour en revenir à la variole et à la vaccine, il ne faudrait pas croire que les documents manquaient dans les cartons de l'Académie pour élucider les points de fait sur lesquels on discutait tant. Au contraire, tous les jours les médecins de province adressaient à l'envi des communications, dont les rapporteurs ne tenaient pas compte quand elles étaient en contradiction avec leurs idées propres. Et c'est ce qui explique l'utilité, l'efficacité comparativement si complète d'une conférence médicale.

Il est curieux de voir combien peu de résultats donnent en France, du moins au point de vue scientifique, les organisations administratives les mieux conçues, et nous n'en manquons pas. Chaque arrondissement a pour le moins son conseil d'hygiène, son inspecteur des épidémies chargé de faire des rapports au ministre, qui les transmet à l'Académie, etc. Eh bien, il se trouve que l'on manque de renseignements, qu'on ne peut pas compter sur les corps officiels et qu'on songe à en créer d'autres. Serait-ce la centralisation qui ferait défaut? C'est l'opinion d'un homme doublement compétent, en qualité de médecin très distingué et de législateur, M. Liouville, qui a dernièrement présenté un projet de loi dans ce sens. C'est aussi l'opinion de nombreux académiciens qui demandent la création de *bureaux de santé,* semblables à ceux qui fonctionnent chez d'autres peuples.

Reste à savoir si, du moins en France, de vastes congrès médicaux, chacun sur un seul objet, la préoccupation du moment, l'épidémie actuelle, ne seraient pas le meilleur moyen de résoudre les questions d'hygiène, d'épidémiologie et de prophylaxie.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Hygroma du genou. — II. Bec-de-lièvre.

Avant de vous parler de la petite opération de bec-de-lièvre que nous allons pratiquer dans quelques instants sur une petite fille de cinq ans, chez laquelle nous sommes déjà intervenu une première fois l'été dernier, je veux appeler votre attention sur quelques faits intéressants relatifs à la cicatrisation des plaies.

I. Nous avons opéré, il y a quinze jours, un homme — le malade du n° 43 — que sa profession d'ouvrier couvreur a exposé à ce genre de tumeurs du genou auxquelles on a donné le nom d'hygroma. Chez lui, la tumeur présentait un développement considérable; elle ne mesurait pas moins de $0^m,12$ de long sur un peu plus de $0^m,06$ de large. Située en avant et en bas de la rotule, elle formait comme une sorte de gros boudin, sans changement de coloration de la peau ; elle était indolente, glissant facilement sous la peau, glissant

aussi sur les parties profondes. L'articulation du genou était indemne, la tumeur était des plus manifestement fluctuantes et enveloppée de parois épaisses. En somme, c'était ce que l'on peut appeler un hygroma professionnel comme on le rencontre assez fréquemment chez les ouvriers parqueteurs, chez les scieurs de bois et, comme on l'observait aussi autrefois, chez les rémouleurs.

Quand l'hygroma est de petite dimension, souvent il suffit de le traiter par le coussinage et l'application de plusieurs vésicatoires. Lorsqu'il est volumineux, une opération chirurgicale devient nécessaire. Il y a une douzaine d'années, j'employais assez fréquemment les injections iodées dans la tumeur, mais le moyen est lent, médiocre, le résultat incertain et souvent provisoire. Plus tard, j'ouvrais la tumeur et, la poche vidée de son contenu, je procédais à son grattage, terminant le tout par le pansement de Lister. C'est une bonne méthode, à la condition que les parois de la tumeur ne soient pas trop épaisses. Mais, si la poche est constituée par un tissu fibreux très dur, ce grattage lui-même peut quelquefois être encore insuffisant. Aussi, depuis quelques années, a-t-on recours, et je l'ai pratiquée plus d'une fois, à l'extirpation totale de la tumeur, drainage, suture et pansement de Lister consécutif. C'est un excellent moyen qui permet d'obtenir une guérison radicale. C'est aussi ce que nous avons fait, il y a quinze jours, chez notre malade, et aujourd'hui, il est parfaitement guéri, malgré les dimensions de sa plaie dont la surface n'était pas moindre de deux carrés de 0^m,10 de côté chacun. C'est à propos de cette guérison que je voudrais appeler sérieusement votre attention sur la cicatrisation immédiate, sur la réunion primitive de ces vastes plaies. Ainsi chez cet homme la plaie a guéri d'une façon régulière, dans un délai très court, et, je puis le dire, sans la moindre suppuration ; à peine cette plaie a-t-elle donné, pendant trois jours, par un petit point, un peu de liquide roussâtre s'écoulant par le drain. Ces résultats paraissent usuels aujourd'hui et cependant on rencontre de temps à autre quelques esprits récalcitrants à cette idée de guérison d'une plaie sans suppuration. Il y a bien longtemps déjà que j'ai dit que certaines loupes, tannes ou lipomes pouvaient ainsi guérir et la plaie se cicatriser aussi facilement. Néanmoins je tenais à mettre de nouveau le fait en évidence devant vous. Du reste, n'avons-nous pas aussi cette jeune femme à laquelle nous avons pratiqué l'amputation de la cuisse pour une affection des os le 31 du mois dernier (1) et dont la plaie n'a pas donné non plus une seule goutte de pus.

De ces faits et de bien d'autres que je pourrais vous citer, ce que vous devez retenir, c'est que les plaies, même de vastes dimensions, constituées par les éléments les plus divers, peuvent, du moment qu'il n'existe aucune cause de septicémie, du moment que les tissus sont sains, peuvent parfaitement se cicatriser et guérir par une réunion primitive.

II. Je passe maintenant au bec-de-lièvre que nous avons à opérer. Il s'agit d'une petite fille de cinq ans, qui a été opérée quelque temps après sa naissance, pour la première fois. L'opération n'a pas été mal faite, mais elle a donné des résultats médiocres. C'est pour y remédier que la petite malade nous a été amenée l'année dernière, pendant l'été. A ce moment la malformation était constituée par la division en avant du bord alvéolaire, en arrière de la voûte palatine et, plus au fond, du voile du palais. Dans une première intervention, je me suis occupé seulement de la fente staphylo-palatine, me réservant d'intervenir plus tard de nouveau. Les résultats ont été bons et il est resté seulement, en avant, une fistule étroite et longue, l'ouverture du voile du palais dans la moitié de sa hauteur et à gauche une petite fistule irrégulière, ronde, d'origine opératoire, résultant de l'incision libératrice d'un des lambeaux. Du reste, quand l'écartement de la voûte osseuse est considérable, que le bord alvéolaire est assez rapproché et qu'il existe une faible étendue de parties molles, si l'on taille son lambeau près des dents, qu'on le mobilise, et qu'il prenne une certaine attitude, il en résulte un trou au fond duquel on voit l'os mis à nu. C'est là ce qui nous est arrivé, et c'est ainsi qu'il existe actuellement une petite fistule d'origine opératoire.

Ce que je veux faire aujourd'hui ne portera pas sur la voûte palatine ; l'enfant, du reste, ne parle pas mal pour son âge, elle se fait facilement comprendre, et cette opération, je crois devoir la remettre à l'époque où l'enfant aura atteint treize ou quatorze ans. Ce que je veux aujourd'hui, c'est remédier à l'aspect extérieur disgracieux de la physionomie, c'est-à-dire à cette muqueuse qui forme une côte rouge et très laide remontant de la lèvre vers les fosses nasales, remédier aussi à l'aplatissement et à l'écartement de la narine gauche ; je veux faire disparaître la petite encoche de la lèvre supérieure ; je veux réunir les deux parties de cette lèvre et les ramener à une position horizontale aussi normale que possible ; je veux mobiliser les attaches externes de la narine assez largement pour rapprocher convenablement l'aile du nez de la ligne médiane. Enfin, je désire fermer aussi cette coche supérieure qui existe au-dessous et à l'entrée de la narine et faire disparaître le raphé irrégulier, trace de la première opération pratiquée peu de temps après la naissance. En somme, il s'agit d'une opération assez difficile à décrire et qui se terminera, outre les sutures destinées à rapprocher les lambeaux et à fixer les parties dans une bonne position, par une sorte de suture destinée à maintenir rapprochées les ailes du nez, de façon à combattre efficacement l'écartement plus que disgracieux de la narine gauche.

En somme, l'opération que je vais pratiquer est à la fois une restauration et une régularisation de la région nasolabiale du côté gauche.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 339.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE

Par le docteur Moty, médecin-major de deuxième classe.

La diphtérie, par sa gravité et sa marche progressive, est une des affections qui méritent le plus l'attention du public médical ; c'est pourquoi nous avons cru devoir publier le résumé d'un rapport que nous avons récemment adressé à l'Académie sur les résultats et le mode d'emploi d'une nouvelle méthode de traitement de la diphtérie. Sans constituer un spécifique absolu, cette méthode nous a cependant donné des résultats très favorables et sa simplicité en rend l'application aussi facile qu'on peut le désirer pour la pratique journalière.

Voici d'abord nos résultats : Sur 143 diphtéritiques reçus à l'hôpital militaire de Bourges à partir du moment où ce mode de traitement a été mis en usage, deux sont morts : le premier, cinq heures après son entrée, l'asphyxie, très avan-

cée à cette époque, ayant condamné d'emblée toute espèce de traitement à l'impuissance; le second, après quatre journées de séjour à l'hôpital. Mais ce dernier, sous l'influence d'une prévention obstinée que l'on rencontre assez souvent chez les malades gravement atteints, avait refusé de faire usage d'aucun médicament. Parmi les 41 malades qui ont régulièrement suivi le traitement, aucun n'a succombé.

Dans la même épidémie, soixante malades traités par d'autres méthodes ont fourni 7 décès. Nous avons eu, depuis lors, l'occasion d'employer cinq fois notre procédé, et le docteur G. Oberlin, à qui nous en avons fait part, nous a communiqué un sixième cas de son emploi, ce qui porte à 47 le nombre de nos observations sans un seul insuccès attribuable au traitement.

Voici maintenant la méthode à laquelle nous avons recours et la voie qui nous y a conduit. Ayant remarqué, pendant la guerre de 1870-71, que le camphre agissait efficacement dans les cas simples de pourriture d'hôpital, nous avons pensé qu'il y aurait lieu de l'essayer contre la diphtérie. Mais une difficulté se présentait : le camphre a besoin d'un certain temps pour agir et les mouvements continuels du pharynx et du voile du palais devaient l'empêcher de rester en contact assez prolongé avec les plaques diphtéritiques. Cette difficulté, nous avons essayé de la résoudre par le moyen le plus simple. Sachant que l'adulte peut absorber, sans inconvénient, jusqu'à 10 grammes de camphre par jour, nous en avons prescrit une dose égale à tous nos malades et nous en avons porté directement sur les plaques diphtéritiques visibles une petite quantité avec un pinceau de charpie, en recommandant aux patients de renouveler l'opération toutes les heures. Au bout de quelques jours, cette pratique fut parfaitement comprise, le doigt mouillé de salive remplaça le pinceau de charpie et nous eûmes la satisfaction de constater que ce mode d'application était suffisant.

L'expérience nous a conduit à prescrire le renouvellement des applications tous les quarts d'heure pendant la première journée; au commencement de la seconde, l'amélioration est assez accentuée d'ordinaire, pour que l'on puisse les espacer d'heure en heure, et ainsi de suite, en diminuant jusqu'à disparition complète des pseudo-membranes.

Le troisième jour, les cas légers sont à peu près guéris. Jamais nous n'avons vu un cas s'aggraver sous l'influence de ce traitement; toutefois l'action curative du camphre se manifeste plus ou moins rapidement suivant la gravité de la maladie : après douze heures, si elle est légère; après vingt-quatre ou quarante-huit heures, si elle est grave ou très grave.

Abstraction faite des résultats fournis, les avantages de cette méthode sont nombreux :

1° Elle n'exige pas l'intervention fréquente du médecin, ce qui n'est pas une considération sans valeur à une époque où la diphtérie en progrès se manifeste de temps à autre sous forme épidémique;

2° Elle n'exige aucune installation particulière et n'est aucunement douloureuse; j'ai réussi à l'appliquer, sans aucun aide et sans difficulté, sur un enfant de ma famille, qui avait dû jusque-là être tenu par plusieurs personnes pour le badigeonnage de sa gorge au jus de citron;

3° Elle paraît constituer en même temps un préservatif pour l'entourage; aucun cas ne s'est produit à Bourges dans le personnel de l'hôpital militaire. M'étant légèrement blessé moi-même à l'autopsie de l'un des cas malheureux signalés plus haut, je n'en éprouvai aucun inconvénient, bien que je me fusse borné à sucer la petite plaie et à la recouvrir de collodion et que je fusse resté ensuite plusieurs heures à l'amphithéâtre.

Le docteur G. Oberlin propose de mêler au camphre une poudre inerte pour éviter qu'il ne s'agglomère en petites masses difficiles à écraser; il donne la formule suivante qui mériterait un essai comparatif :

Camphre en poudre		40
Lycopode		20
Huile d'amandes douces.	gouttes	X

Avant de terminer cette note, rappelons que toute cause irritante locale, le traumatisme particulièrement, contribue à donner un coup de fouet au processus diphtéritique; nous considérons donc comme très important de n'enlever les pseudo-membranes qu'au moment où elles se détachent d'elles-mêmes, et d'éviter l'emploi des caustiques. En y réfléchissant, on comprendra que la destruction violente des fausses membranes est impraticable dans le nez et dans le larynx et que, dès lors, il serait inutile, sinon dangereux, d'aller violenter le fond du pharynx déjà œdématié dans un but impossible à atteindre.

Quant aux caustiques, ils peuvent, il est vrai, réussir dans les cas légers, comme dans un chancre au début; mais, là comme ici, les résultats de cette ancienne méthode sont si rares qu'ils ne sauraient entrer en ligne de compte, ni faire oublier les nombreux insuccès qui laissent derrière eux une situation compromise.

Le régime des diphtéritiques nous a paru tout à fait indifférent et nous avons nourri les malades suivant leurs désirs ou suivant l'état de leur pharynx. Les toniques, utiles contre les paralysies consécutives, nous ont semblé sans action au début de la maladie.

Il n'entre pas dans notre plan de nous étendre davantage dans cette note sur le traitement de la diphtérie, et c'est à dessein que nous négligeons la grave question de la trachéotomie, ainsi que l'étude des complications nombreuses qui peuvent se présenter dans les différentes périodes de la maladie, mais nous répéterons encore avant de terminer : pas d'irritants, pas de caustiques et pas de grattage sur les surfaces enflammées par la diphtérie; l'asphyxie vient de l'œdème des voies respiratoires beaucoup plus que des fausses membranes; évitons d'augmenter cet œdème. Tel est, à notre avis, le premier principe du traitement; le camphre en poudre ou tout autre agent similaire que l'expérience aura démontré être le plus efficace nous paraît suffisant pour le compléter, et nous croirons avoir rendu un véritable service, si nous réussissons à faire accepter ces vues encore nouvelles, mais déjà exposées en partie par divers observateurs, notamment par M. le docteur Jules Simon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 août 1884. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Rabot, vice-président du conseil de Seine-et-Oise, qui, au nom de ce conseil, déclare que jamais Versailles n'a fait exclusivement usage d'eau de Seine comme M. Colin l'a prétendu dans un discours à l'Académie. Il a été d'ailleurs décidé que l'eau de Seine n'entrerait plus désormais pour rien dans la consommation de cette ville.

2° Diverses pièces relatives au choléra.

INCIDENT

M. JULES GUÉRIN ayant entendu, mardi dernier, M. Proust contester la valeur scientifique de M. Dutrieux et, par conséquent, de la communication faite à l'Académie par M. Jules Guérin, au nom de ce médecin, a craint que M. Proust n'élevât une contestation semblable à l'occasion de la présentation que M. Jules Guérin a faite dans la dernière séance au nom de M. le docteur Corre, médecin de la marine, à Brest.

Dans l'excursion qu'il vient de faire à Toulon, M. Jules Guérin a donc voulu s'enquérir auprès des chefs du service médical de la marine de la valeur scientifique de M. Corre.

L'honorable docteur Gestin, directeur du service, lui a déclaré qu'il n'y avait pas, dans le personnel médical de la marine, d'observateur plus sérieux, d'esprit plus sûr et de caractère plus honorable que M. le docteur Corre. M. le docteur Cunéo lui a confirmé, de son côté, la même appréciation.

Il croyait donc que le témoignage et les observations de M. Corre réunissaient, comme il l'a dit, toutes les conditions exigées par M. Proust : qualité de l'observateur, qualité des observations. Or, quelle n'a pas été sa surprise, à son retour de Toulon, de ne trouver dans le dernier compte rendu du *Bulletin de l'Académie* que l'annonce pure et simple de la communication de M. Corre. Cependant il avait pris la peine d'en porter lui-même un résumé succinct à l'imprimerie de l'Académie. Désireux de connaître la cause de cette suppression, il a appris qu'elle avait été ordonnée par M. Proust, chargé, comme secrétaire annuel, de la publication du *Bulletin*.

L'Académie appréciera, ajoute M. Guérin, cette nouvelle manière de notre collègue de répondre aux arguments contraires à sa doctrine.

M. PROUST répond qu'il n'a fait qu'exécuter les décisions du bureau, l'usage étant que l'insertion des présentations faites à l'Académie ne doit pas dépasser une dizaine de lignes; or, il en a été accordé davantage à la présentation de M. Jules Guérin, et cela, grâce à la demande de M. Proust.

M. JULES GUÉRIN fait observer qu'il ne s'agissait pas ici d'une simple présentation, mais de documents d'une très grande importance, communiqués à l'Académie au cours d'une discussion dans laquelle M. Proust, en publiant d'autres *in extenso*, aurait dû, en toute justice, donner plus de place à ces documents, précisément parce qu'ils contredisaient ses propres doctrines.

M. PROUST répète que l'écourtement de la présentation de M. Jules Guérin n'est pas de son fait, mais de celui du bureau qui n'a fait que se conformer aux usages. Il sera libre à M. Jules Guérin, dans le discours qu'il se propose de prononcer, de donner aux documents dont il s'agit tous les développements qu'il lui plaira; ils seront intégralement insérés dans les *Bulletins* avec son discours lui-même.

M. JULES GUÉRIN. — Je compte en effet prendre la parole mardi prochain.

RAPPORT

Sur les pièces relatives au choléra. — M. LE ROY DE MÉRICOURT lit, au nom de la commission des épidémies, un rapport sommaire sur dix-sept communications nouvelles reçues par l'Académie relativement au choléra.

Il mentionne d'abord une lettre de M. le docteur Luton, directeur de l'École de médecine de Reims. Cet honorable professeur est profondément convaincu de la valeur des injections hypodermiques pour faire pénétrer dans l'économie des cholériques divers remèdes et particulièrement une solution normale au 10e *de sulfate de soude neutre ordinaire*. Il pérocnise, pour la facilité de ces injections, une seringue d'un modèle qu'il a mis en pratique dès l'année 1862, et qui ne mesure pas moins de cinq grammes de solution.

Il signale aussi le modèle de bulletin statistique envoyé par M. de Montrond, adjoint au maire de Bagnols-sur-Cèze, bulletin dont on ne saurait d'ailleurs imposer la rédaction aux médecins en temps d'épidémie.

Les autres lettres, dit M. le rapporteur, ne méritent pas d'appeler l'attention de l'Académie.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. MAREY. Les épidémies de choléra, généralement intenses et de courte durée, ne laissent aux médecins des grandes villes ni le temps ni la liberté d'esprit nécessaires pour une étude approfondie. On sait, du reste, que dans les centres populeux la multiplicité des relations humaines, la complexité des conditions hygiéniques rendent presque impossible de déterminer les origines et les causes du développement des maladies épidémiques. Mais nos confrères de province, bien plus favorablement placés, ont maintes fois recueilli des observations importantes sur le mode d'introduction ou de propagation du fléau dans des localités spéciales. D'autres fois, au contraire, ils ont vu quelques singuliers exemples d'immunité pour un groupe d'individus vivant au milieu d'un foyer épidémique. Ces observations, si elles étaient rassemblées, fourniraient une base solide à la prophylaxie, non seulement du choléra, mais des maladies épidémiques en général. Malheureusement, elles se perdent le plus souvent.

Il appartiendrait à l'Académie de prendre l'initiative et de provoquer sur les épidémies cholériques une enquête administrative, en faisant appel sans délai à toutes les lumières et à tous les dévouements. Voici quels sont les points principaux sur lesquels devrait porter cette enquête.

Lorsque la question des quarantaines a été agitée, on a dû, pour limiter au strict nécessaire ces onéreuses formalités, chercher quelle est la limite de durée de l'incubation. Ce n'est que par le grand nombre des observations recueillies qu'on arrivera à donner une valeur sérieuse à cette détermination. Or, les petits villages éloignés des centres populeux sont précisément les seuls lieux où la durée d'incubation puisse être rigoureusement mesurée. Admettons que d'un tel village un homme parte pour se rendre en un lieu où sévisse le choléra, qu'il y séjourne peu de temps, et que, rentré chez lui, il soit au bout d'un certain nombre de jours frappé par la maladie, la durée de l'incubation sera, pour ce cas particulier, parfaitement déterminée, et si un certain nombre d'observations semblables sont recueillies en des localités différentes, on pourra établir avec une autorité suffisante la durée *maxima* de l'incubation cholérique.

On connaîtra de la même façon la proportion des cas où l'importation s'est faite par l'homme et de ceux où on peut l'attribuer à l'introduction d'objets contaminés dans une localité jusqu'alors indemne.

On pourra résoudre de même beaucoup de questions relatives aux eaux potables, aux déjections des cholériques, etc.

C'est ordinairement le hasard qui rassemble les conditions dans lesquelles une épidémie se développe et s'éteint; mais il appartient à l'hygiéniste de reconnaître ces conditions, afin de reproduire celles qui sont favorables et de supprimer celles qui sont dangereuses.

M. Marey indique les conditions dans lesquelles, suivant lui, devrait se faire cette enquête. On y appellerait à témoigner, non seulement les médecins, mais les instituteurs et les maires des communes.

Il rappelle que dans les discours prononcés jusqu'ici se trouvent formulés des vœux auxquels l'Académie pourrait s'associer par son vote.

1° *Sur la question des eaux potables*, d'observations plusieurs fois rappelées par M. Guéneau de Mussy, il résulte qu'il y a danger à livrer à la consommation, dans quelque proportion que ce soit, les eaux de rivière, susceptibles d'être contaminées.

2° *Relativement aux matières fécales*, il y a lieu de formuler dès à présent pour les campagnes la recommandation suivante : « En temps d'épidémie, les déjections humaines devraient être déposées dans un trou creusé à cet usage et couvertes chaque fois d'une certaine quantité de terre;

3° *Relativement à la conséquence des conditions hygiéniques que présentent les différentes localités* et à la prescription des mesures

destinées à améliorer de plus en plus ces conditions, il y a lieu d'instituer dans les villes importantes un bureau d'hygiène, avec tous ses organes, ayant pour mission de rassembler les renseignements capables de faire progresser la science de l'hygiène;

4° *En ce qui touche l'épidémie actuelle et vu l'urgence de la situation*, il est nécessaire d'instituer une commission provisoire, chargée de ce qui est relatif au choléra et qui, après une enquête sur les épidémies passées, adresse aux localités intéressées des prescriptions hygiéniques adaptées aux conditions spéciales où se trouvent ces localités. S'il est donné satisfaction aux vœux ci-dessus indiqués, le programme à remplir s'étendra en se précisant, et de nouvelles nécessités s'imposeront d'elles-mêmes;

5° *En ce qui touche les questions internationales*, afin d'accroître le nombre des observations exactes faites sur les épidémies passées et d'enrichir ainsi le fonds commun de notions exactes nécessaires au progrès de l'hygiène, il serait important d'uniformiser entre les différents pays les procédés d'enquête, de provoquer entre eux un échange de documents. Une conférence internationale établirait l'entente;

6° *Relativement à l'enseignement de l'épidémiologie*, comme il est indispensable que tous les étudiants en médecine soient mis en état d'observer et d'étudier l'origine et le développement des maladies épidémiques et de connaître les moyens de les combattre, l'Académie, s'associant au vœu de notre collègue M. Besnier, pense qu'il y a lieu de constituer dans les différentes Facultés un enseignement spécial de ces questions.

DISCUSSION

M. BROUARDEL demande que les conclusions du travail de M. Marey soient renvoyées à la section d'hygiène et deviennent l'objet d'un rapport de la part de cette commission. Il serait important, en effet, que l'Académie se prononçât sur un certain nombre de mesures d'hygiène et de prophylaxie indiquées dans les conclusions de M. Marey. En présence de l'épidémie actuelle, et dans la crainte de la voir se propager jusqu'à Paris, on est aujourd'hui disposé en haut lieu à faire quelque chose pour l'hygiène publique. Mais il faut se h ter de mettre à profit cette disposition avant que les craintes se dissipent.

M. JULES GUÉRIN fait ses réserves sur les questions de doctrine.

M. BROUARDEL affirme qu'aucune question de doctrine ne sera mise en jeu.

Sur la proposition de M. le président, l'Académie décide que les conclusions du travail de M. Marey seront renvoyées à la section d'hygiène.

RAPPORT

Sur deux mémoires de M. le docteur Queirel relatifs aux débuts de l'épidémie de choléra à Marseille et à Arles. — M. PETER commence par établir qu'en ce qui touche Marseille, M. Queirel confirme en tous points les dires de MM. Brouardel et Proust sur l'historique des premiers cas.

A Arles, M. Queirel constate l'apparition du choléra d'emblée, c'est-à-dire *sans diarrhée prémonitoire*.

Après un cas qu'on peut considérer comme importé de Marseille par un homme venu à pied de cette ville, et qui mourut à l'Hôtel-Dieu d'Arles, puis un cas douteux, voilà qu'un Arlésien est pris à son tour dans un quartier très éloigné de l'Hôtel-Dieu et le plus élevé de la ville, le quartier des Arènes.

Mais avant l'arrivée à Arles des réfugiés marseillais, il y avait à Arles des réfugiés de Toulon, chez lesquels on n'avait d'ailleurs observé aucun accident cholériforme, ni diarrhée, ni vomissement. Ces Toulonnais auraient pu apporter le germe et le répandre dans l'air sans être atteints eux-mêmes.

Il n'y a pas à invoquer ici, en effet, la théorie de la propagation du choléra par l'eau, théorie qui se rattache si intimement à l'hypothèse du microbe en virgule. L'eau ne remonte pas, et le quartier des Arènes est plus élevé que l'Hôtel-Dieu.

Tout s'explique, au contraire, si l'on admet la dissémination du contage par l'air (quel que soit d'ailleurs ce contage) et son introduction par les voies respiratoires.

D'autres faits observés en dehors d'Arles parlent d'ailleurs dans le même sens. Ainsi, dans un petit village des Basses-Alpes, les Omergues, il y eut tout à coup, sans précédent, du 10 au 12 août, quarante décès par choléra sur une population de 500 âmes, puis, dans la journée du 12 au 13, deux décès seulement. Si c'étaient des eaux contaminées qui fussent coupables, leur contamination aurait-elle brusquement cessé le 12 août? Si, au contraire, on admet que, pour le choléra comme pour les autres manifestations d'une contagion, les fièvres éruptives, par exemple, la contagion se fait par l'intermédiaire de l'air, on conçoit très bien que, l'air charriant partout le germe cholérique, celui-ci se développe *d'élection* dans les organismes prédisposés, et frappe le premier jour quarante individus, puis le second jour deux seulement, restant aux alentours de ce chiffre les jours suivants, les individus les plus prédisposés ayant été d'abord frappés en masse.

Il suit de tous ces faits, ajoute M. Peter, que le choléra a été transmis à Arles. Mais comment? Mais par qui? Eh bien, par le microbe! microbe répond à tout. Cependant, si le microbe satisfait les gens à bon caractère, il ne suffit pas à ceux qui l'ont moins accommodant.

Et d'abord, le microbe une fois admis, est-il cholérigène ou cholériphore? générateur ou colporteur? né dans l'organisme du premier cholérique, ou venu du dehors? autochtone ou hétérochtone? produit ou facteur? organite intégrant ou parasite?

Que si l'on réserve ces questions qui ne sont ni résolues ni près de l'être, où siège donc le microbe? dans les solides ou dans les liquides? dans le sang ou les déjections? Puis, comment est-il rejeté au dehors? par celles-ci, et rien que par elles? ou, aussi, par l'air expiré?

Maintenant, une fois rejeté au dehors, voltige-t-il dans l'air? s'attache-t-il à nos vêtements et à notre corps, se logeant dans nos cheveux et sous nos ongles, faisant ainsi de nous des porte-microbes inconscients, des malfaiteurs sans le vouloir?

Ces réfugiés toulonnais promenaient donc dans Arles des légions de microbes, inoffensifs pour eux, offensifs pour les autres?

Pourquoi inoffensifs à l'égard de ceux-là, offensifs à l'égard de ceux-ci? Pourquoi? sinon par non-réceptivité des uns et réceptivité des autres? réceptivité sans laquelle le *microbe ne peut rien*. Et encore au point de vue de la prophylaxie quelles lacunes et quels desiderata!

Si l'on admet le microbe et qu'on le tue par des gaz létifères et des températures surélevées, restent les germes inattaqués dont la naissance se fait ultérieurement et à son heure. Et ces germes ont la forme de granulations, dernière limite de la matière organisée, trait d'union entre le solide et le liquide, et dont on ne peut rien dire si ce n'est qu'ils sont amorphes, c'est-à-dire sans formes, et que ce sont des *points* ayant parfois cette caractéristique qu'ils sont *brillants*, et encore! L'organisation spéciale se réduirait ainsi à une question de réfringence!

Peut-on, même actuellement, parler des microbes du choléra? On en trouve, en effet, dans les intestins de cholériques, mais la difficulté est qu'on en trouve trop. Lequel est le vrai? Ici commence le chaos. Ce que les recherches de MM. Straus et Roux ont démontré c'est que: 1° le nombre des microbes de Koch est loin d'être proportionné à la gravité des cas de choléra; 2° si loin de l'être qu'il peut manquer dans les cas les plus graves, dans les cas *foudroyants;* 3° que si on n'en a pas trouvé dans ces cas foudroyants, c'est que le temps a manqué pour la chose, — que les cholériques n'ont pas vécu assez longtemps pour *engendrer* leur microbe; 4° enfin, qu'ici encore on a pris *l'effet pour la cause*.

Revenons au travail de M. Queirel. M. le rapporteur dit que ce qui se dégage de ce travail, comme de tous les rapports sur la propagation du choléra actuel dans le Midi, c'est l'apparition du mal et sa constitution en foyer partout où l'hygiène est méprisée.

Or, Arles, ainsi que Toulon et Marseille, offre le lamentable exemple de la méconnaissance des préceptes de l'hygiène publique.

N'est-ce pas à cette méconnaissance qu'est due cette particularité saisissante de l'épidémie actuelle, à savoir la création de foyers cholériques dans de petits villages à population très peu nombreuse et clairsemée, où par conséquent on ne peut invoquer l'encombrement.

Dans ces villages, aux Omergues comme à Vogué, comme à Gigeon, à Ruoms, l'imprégnation du sol par des détritus animaux de toute sorte n'a-t-elle pas été la cause prédisposante à l'explosion du mal ? Au contact du germe, le foyer d'infection est devenu un foyer de choléra détruisant aussitôt tout ce qui était incapable de résister : les vieillards, les enfants et les pauvres.

La conséquence à tirer, c'est qu'il faut réformer l'hygiène publique, ou plutôt la créer dans les lieux où elle n'existe pas.

C'est par ces vœux que se termine le rapport de M. Queirel; c'est par ces vœux que M. Peter termine le sien, en proposant d'ailleurs à l'Académie de voter des remerciements à M. Queirel pour ses intéressantes communications (Adopté).

M. JULES GUÉRIN aurait quelques observations à faire à l'occasion du rapport de M. Peter; mais il croit devoir les renvoyer à la séance prochaine, où elles trouveront leur place dans le discours qu'il se propose de prononcer à l'occasion de la discussion sur le choléra.

COMMUNICATION

Sur la septicémie gangréneuse. — **M. BOULEY** commence la lecture d'un long mémoire de MM. Chauveau et Arloing, en réponse aux critiques dont leur première communication sur ce même sujet avait été l'objet de la part de MM. Trélat et Verneuil. (Voir *Gazette des hôpitaux*, année 1884, p. 428, 429, 516, 517.) Les auteurs ont fait les cultures que M. Trélat leur reprochait de n'avoir pas mentionnées. Ils ont établi de toute manière l'identité du micro-organisme décrit par eux avec le vibrion septique de la putréfaction.

LECTURE

M. ONIMUS lit un travail sur l'influence de l'ozone dans les épidémies. Il résulte d'expériences faites dernièrement à Marseille que l'ozone est un agent puissant de désinfection. La plupart des observations démontrent d'ailleurs que, pendant les épidémies de choléra, il y a moins d'ozone.

A Marseille, pendant l'épidémie actuelle, l'ozone avait disparu au plus fort de l'épidémie. Il a reparu deux jours avant l'atténuation de celle-ci. Cette atténuation a coïncidé avec un fort vent du nord-ouest, vent qui toujours à Marseille, contrairement à ce qu'on a observé à Paris, amène une augmentation d'ozone.

Les modifications atmosphériques, et en particulier celles de l'ozone, n'ont en général d'influence sur l'épidémie que le lendemain ou le surlendemain, et surtout lorsque le même état atmosphérique a duré quelque temps. Le procédé le plus pratique dans un hôpital pour produire l'ozone, est d'employer une machine à gaz qui actionne, par des appareils dynamo-électriques, de fortes bobines Rumkorff et de faire passer l'effluve électrique à travers des tubes Berthelot. Dans les habitations particulières, on peut se servir de la machine électrique ordinaire; mais jusqu'à présent on n'a pu ni conserver l'ozone dans des récipients, ni le faire dissoudre dans l'eau, car il se tranforme aussitôt en oxygène ordinaire. Tout ce qu'on a proposé dans ce genre ne peut être utilisé comme ozone.

L'ozone étant toxique dès qu'il est en excès, le meilleur mode thérapeutique est de le répandre peu à peu dans les salles ou chambres. Il est alors un excellent stimulant et purifie l'atmosphère. C'est ainsi qu'il agit d'une façon utile, mais M. Onimus ne croit pas qu'on puisse dire qu'il guérit le choléra, pas plus que le manque d'ozone dans l'atmosphère ne produit le choléra : c'est uniquement une cause prédisposante.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 août, M. le médecin-professeur Nielly a été promu au grade de médecin en chef de la marine.

— Par décret en date du 4 août, M. Delage, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et physiologie animale à la Faculté des sciences de Caen.

— Par décret en date du 8 août, l'épreuve écrite prévue au cinquième examen de doctorat est supprimée.

— Le ministre de l'instruction publique arrête :

ARTICLE PREMIER. — La thèse à soutenir pour les candidats au grade de docteur en médecine consiste en une dissertation imprimée sur un sujet de médecine ou de chirurgie choisi par le candidat.

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ART. 2. — Le présent arrêté recevra son exécution à partir du 1er novembre 1884.

ART. 3. — Sont abrogées les dispositions antérieures contraires au présent règlement.

Fait à Paris, le 5 août 1884.

— Par arrêté ministériel en date du 16 août, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie externe, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le 1er mai 1884.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Par arrêté ministériel en date du 16 août, le concours fixé au 15 juillet dernier à la Faculté de médecine de Nancy, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, est reporté au 1er mai 1885.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— *Choléra.* — La mortalité cholérique a atteint les chiffres suivants depuis notre dernier bulletin :

Toulon. — Du 17 au 18 août, 7 décès cholériques. — Le 18, hôpital Bon-Rencontre : 3 entrées, 1 sortie, 1 décès, 17 malades en traitement. — Hôpital Saint-Mandrier : 0 entrée, 6 sorties, 0 décès, 44 malades en traitement. — Du 18 au 19 août, 2 décès. — Le 19, hôpital Bon-Rencontre : 1 entrée, 3 sorties, 0 décès, 15 malades en traitement. — Hôpital Saint-Mandrier : 0 entrée, 4 sorties, 0 décès, 40 malades en traitement.

Marseille. — Du 16 au 17 août, 16 décès cholériques. — Du 17 au 18 août, 14 décès. — Du 18 au 19 août, 9 décès. — La situation à l'hôpital du Pharo est, pour la journée du 19 août, de 8 entrées et 1 décès.

Arles. — Le 17 août, 4 décès ; le 18 août, 1 décès.

Aix. — Le 17 août, 5 décès; le 18 août, 2 décès.

Var. — Du 17 au 19 août, on compte : 2 décès à *La Seyne;* 3 décès aux *Sénès* et 5 décès à *Brignoles.*

Aude. — *Carcassonne :* 5 décès. — *Narbonne :* 1 décès.

Basses-Alpes. — *Digne :* 2 décès. — *Les Omergues :* 1 décès. — *Montsalier :* 1 décès. — *Mézel :* 3 décès, 7 malades en traitement. — Plusieurs cas isolés dans les arrondissements de *Sisteron* et de *Forcalquier.*

Hérault. — *Lunel :* 7 décès. — *Cette :* 4 décès. — *Bédarrieux :* 1 décès. — *Pézenas :* 1 décès. *Cournon-Terral :* 1 décès. — *Saint-Pargoire :* 1 décès. — *Béziers :* 1 décès.

Gard. — *Nîmes :* 1 décès. — *Bességes :* 2 décès. — *Saint-Gilles :* 4 décès. — *Valabrégues, Saint-Brès, Baillargues :* 1 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan :* 4 décès. — *Saint-Félin :* 7 décès. — *Camelas :* 3 décès. — *Thuir :* 4 décès. — *Boule-Ternère :* 2 décès, 5 cas nouveaux. — *Rivesaltes :* 1 décès, plusieurs cas nouveaux. — *Corbères, Trouillas, Millas, Cattlar :* 1 décès et plusieurs cas.

Yonne. — *Puits-de-Bon* : 0 décès. — *Accolay* : 1 décès.

En Italie le *Bulletin officiel* relève pour le 17 août 18 cas nouveaux et 10 décès, et pour la journée du 18 août 51 cas nouveaux et 20 décès ; dans les provinces de Parme, Bergame, Turin, Cunéo, Porto-Maurizio, etc.

— *Faculté mixte de médecine et pharmacie de Bordeaux.* — Sont maintenus dans les fonctions de maîtres de conférences, pendant l'année scolaire 1884-1885, MM. Lefour, accouchements ; Carles, chimie et pharmacie ; Bergonié, physique ; Périer, histoire naturelle.

— L'Association française pour l'avancement des sciences nous communique la seconde liste des communications qui doivent être faites au Congrès de Blois, dont l'ouverture a lieu le jeudi 4 septembre prochain.

Nous y relèverons les travaux suivants plus particulièrement relatifs aux sciences médicales :

M. Boitel. — Questions diverses relatives aux inhumations et à la crémation des cadavres.

M. Bremond (fils). — Action de l'ozone dans le traitement du rhumatisme et des maladies par ralentissement de nutrition au moyen des bains de vapeur térébenthinés.

M. Delore. — L'assainissement des grandes villes par l'air de la campagne.

M. Drouineau. — Des bains-douches dans les professions à poussières.

M. Dujardin-Beaumetz. — Des mesures de désinfection proposées contre le choléra.

M. Gairal (père). — Questions de gynécologie.

M. Larrivé. — L'eau oxygénée, son emploi en thérapeutique chirurgicale et médicale.

M. Limousin. — Moyen rapide de déterminer la qualité des eaux potables.

MM. Pasteur et Roux. — Procédés de désinfection du choléra.

M. Rivière (E.). — Mensurations craniennes des hommes des Baoun-Roussé (Italie).

M. Sabatier (A.). — Histoire des éléments sexuels.

Ajoutons que plusieurs conférences auront lieu pendant la durée du Congrès. — La première sera faite par M. Bouley, professeur au Muséum, membre de l'Institut. Elle aura pour sujet les derniers travaux de M. Pasteur, et aura lieu le lundi 8 septembre, au soir.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les conférences cliniques de M. le docteur Kirmisson, agrégé, suppléant M. le professeur Verneuil, ont lieu les lundi et vendredi, à neuf heures, à l'hôpital de la Pitié.

— M. le docteur Bouilly, agrégé, suppléant M. le professeur Trélat, fera le lundi et le vendredi, à neuf heures du matin, à l'hôpital de la Charité, des leçons de clinique chirurgicale.

— *Erratum.* — L'auteur des « Observations de rétention du placenta », publiées dans notre dernier numéro (page 754) est M. le docteur *C. Beltz* et non *Betty*, comme il a été imprimé par erreur.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16607

N° 97. — SAMEDI 23 AOUT 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 23 AOUT 1884. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. La santé publique à Paris. — Délire alcoolique dans le cours d'un rhumatisme aigu. — L'action du moral sur le physique. — Rapports de la Commission du choléra. — La conférence de M. Pasteur au Congrès international des sciences médicales (session de Copenhague). — Chute de l'intestin par un anus contre nature ; réduction ; guérison. — Société de Biologie. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

La santé publique à Paris.

Comme il fallait bien s'y attendre à la suite des chaleurs extrêmes que nous avons ressenties à Paris, les affections gastro-intestinales saisonnières ont été nombreuses. Mais généralement elles n'ont pas eu de gravité. La mortalité par le choléra n'est représentée cette semaine que par un seul décès, dont nous allons avoir à parler. Il y a eu quelques entrées dans les services hospitaliers spéciaux, mais c'étaient tous des cas légers qui ont guéri en peu de temps. Au point de vue des traits particuliers de la constitution médicale actuelle, il y a quelques remarques à faire. Et d'abord, en dehors des cas de choléra nostras proprement dits, en dehors de ceux qui débutent, comme une indigestion, par des vomissements suivis de diarrhée, en dehors de ceux de diarrhée plus ou moins abondante, plus ou moins douloureuse, on observe des coliques sèches, très pénibles, se prolongeant souvent plusieurs jours, sans aboutir à de la diarrhée, et s'accompagnant fréquemment d'un sentiment de lassitude et de courbature très marqué. Ce sentiment de brisement dans les membres, allant parfois chez les sujets nerveux jusqu'à une sensation de vraies crampes, peut, du reste, se rencontrer dans toutes les formes de l'affection saisonnière actuelle, et persiste chez certains malades longtemps après la cessation de la diarrhée ou des vomissements.

Nous venons de dire que cette semaine il n'y avait eu qu'un seul bulletin de décès portant cette qualification *choléra*. Cependant ce décès unique avait préoccupé d'abord, parce qu'il s'était produit dans le même quartier, et à douze maisons de distance, qu'un cas de choléra signalé chez un émigrant de Marseille, mais non suivi de mort. C'était le même médecin traitant qui avait vu ces deux cholériques, et vers la même date il en avait encore observé un troisième, qui était mort de congestion cérébrale dans la période de réaction.

On pouvait donc se demander s'il n'y avait pas un lien quelconque entre ces trois faits ; si cet homme venu de Marseille et pris d'accidents cholériformes quelques jours après son arrivée dans l'hôtel où il était descendu, n'avait pas créé autour de lui un petit foyer épidémique.

Nous sommes allé aux informations : et grâce à l'obligeance du médecin traitant, qui nous a donné sur ces trois malades les détails les plus étendus, nous avons acquis la certitude qu'il s'agissait là, tout simplement, d'un de ces petits foyers pseudo-épidémiques que nous avons déjà signalés comme très fréquents dans le *choléra nostras*, et dont nous avons donné des exemples pour le mois de juillet de l'année 1881.

En effet, c'est quatre jours au moins avant l'apparition des premiers malaises chez le Marseillais en question, c'est-à-dire le jeudi 14, que la malade dont le décès est attribuable au choléra fut prise de diarrhée très abondante ; cette dame, âgée de cinquante-sept ans, faisait alors une partie de campagne près de Paris. La diarrhée persista le lendemain, puis dans la nuit il s'y joignit des vomissements, des crampes, du refroidissement des extrémités ; la malade devint aphone, anurique ; et elle succomba le surlendemain dans la période algide, un jour après la cessation de la diarrhée et des vomissements. L'autre cas de choléra, suivi de congestion cérébrale, s'était également produit avant celui qui fut observé chez un émigré de Marseille, c'est-à-dire avant le lundi 18. Il serait donc complètement impossible d'incriminer ce dernier. Il aurait été atteint avant tout autre s'il eût porté sur lui des germes cholériques, puisque la suite a bien prouvé qu'il n'était nullement réfractaire à une influence cholérigène.

Nous avons insisté sur ce groupe de faits, parce qu'il nous semble qu'il y a là une cause d'erreur très importante à ne jamais perdre de vue dans les études épidémiologiques. Pourquoi le choléra nostras se produit-il aussi généralement par séries bien localisées, qui imitent momentanément des foyers de contagion locaux ? Jusqu'ici nous n'en savons rien. Mais c'est un point qu'il faut bien connaître pour ne pas croire trop aisément à des foyers de choléra asiatique causés par une importation.

Délire alcoolique dans le cours d'un rhumatisme aigu.

Quand un malade atteint de rhumatisme aigu, dont la température est d'ailleurs élevée, le pouls rapide, présente de l'insomnie et du délire nocturne, on doit se demander si ce ne sont point là les signes avant-coureurs d'un rhumatisme cérébral.

En effet, cette affection si généralement, si rapidement

mortelle, s'annonce souvent par de l'insomnie. M. Landouzy en citait plusieurs exemples dans une conférence faite sur ce sujet, au lit du malade, à propos d'un homme entré de la veille.

Cet homme, âgé de vingt-deux ans, et depuis cinq ans déjà garçon de marchand de vins, en est actuellement à sa cinquième attaque de rhumatisme aigu.

Il a eu la première vers l'âge de seize ans, dans son pays, pays très humide, marécageux, où les fièvres intermittentes pernicieuses ne sont point rares. Le rhumatisme commença par les chevilles, puis il s'étendit à presque toutes les articulations. La durée de cette maladie fut d'au moins trois mois. Quand elle se terminait, cet homme eut un accès de fièvre pernicieuse avec délire puis état comateux, à ce qui semble résulter de ses récits.

Deux ans après, nouvelle attaque de rhumatisme articulaire, qui fut traitée à l'Hôtel-Dieu de Paris, ne fut pas grave et dura peu.

Puis, deux ans plus tard, troisième attaque, beaucoup plus violente, avec complication de pleurésie et de péricardite, à ce que raconte le malade. En effet le cœur a été touché. Cette fois le séjour à l'Hôtel-Dieu fut de quatre mois, du 24 juillet au 24 novembre. Un mois après sa sortie de l'hôpital, cet homme eut, à ce qu'il paraît, une fièvre typhoïde légère.

Enfin, cette année, encore après deux ans environ d'intervalle, il fut repris, le 18 juillet, d'un rhumatisme, qui siégeait d'abord aux mains et aux pieds. Entré de nouveau à l'Hôtel-Dieu, où il fut admis dans le service de M. Empis, il y vit très rapidement disparaître le gonflement des articulations affectées. Mais, en même temps, se produisait une éruption très confluente de *sudamina* qui couvrait presque toute la surface du corps. Cette éruption persistait encore lorsqu'il rentra chez son patron. Trois jours plus tard, elle avait disparu; mais les douleurs articulaires revenaient de plus belle. Enfin, le lundi 18 août, huit jours après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, ce malade entrait à la Charité, dans le service de M. le professeur Hardy suppléé en ce moment par M. Landouzy. Il y occupe le n° 18 de la salle Saint-Charles. A la visite de mardi matin, on lui trouva le pouls rapide, 120 pulsations par minute; la température s'était élevée la veille au soir à 39°,6. Diverses articulations, particulièrement le genou, étaient le siège de douleurs vives que le moindre mouvement exaspérait. Il y existait de l'hydarthrose; les poignets, gonflés, présentaient de larges plaques d'un rouge érythémateux et ils étaient très douloureux à la pression.

Mais ce qui préoccupait surtout, c'est que cet homme n'avait pas dormi et qu'il avait eu le délire pendant les deux nuits précédentes, chez son patron et à l'hôpital. On racontait que, durant la dernière, il s'était levé, était allé s'asseoir dans le salon qui fait suite à la salle Saint-Charles, puis s'était laissé tranquillement ramener à son lit par les infirmiers.

On avait à se demander quelles étaient la valeur clinique et la portée de cette insomnie et de ce délire.

Deux explications se présentaient; il s'agissait : ou bien des premiers indices d'un rhumatisme cérébral, ou bien d'un délire alcoolique, d'une très faible réduction de *delirium tremens*, dont la cause provocatrice aurait été dans ce cas la fièvre, comme c'est dans d'autres le traumatisme.

En effet, l'alcool prédispose aussi bien au rhumatisme cérébral qu'aux accès de délire qui lui sont propres. Ceux qui excitent leur pulpe nerveuse par les liqueurs fortes ne la rendent pas moins susceptible de ressentir tous les contrecoups que ceux qui l'excitent par les abus de l'application intellectuelle : les uns et les autres doivent craindre le retentissement du rhumatisme sur le cerveau ou sur les méninges.

Ce principe une fois posé, M. Landouzy s'appliqua à faire ressortir les raisons déterminantes qui pouvaient permettre une solution, au moins probable et provisoire, de ce problème si délicat.

Chez le malade dont il s'agit, il y en avait plusieurs.

D'abord les douleurs articulaires restaient toujours très vives : tandis qu'elles s'apaisent le plus souvent chez ceux qui sont réellement atteints de rhumatisme cérébral.

Puis il se rappelait ce qui s'était passé durant son accès de *délire d'action*. Il avait souffert quand il s'était levé, il avait souffert pendant qu'il marchait, et c'était cette souffrance qui l'avait fait s'asseoir dans le salon. Les choses ne se passent pas ainsi dans le rhumatisme cérébral.

D'ailleurs, il racontait lui-même que ses mains tremblaient, assez fortement à certains jours. Il avait beaucoup bu de liqueurs avant d'avoir eu sa troisième attaque de rhumatisme. A cette époque, on pouvait estimer au moins à un quart de bouteille ce qu'il buvait journellement en absinthe, rhum, eau-de-vie, etc. Il avait donc parfaitement le droit d'être atteint de délire alcoolique, surtout de délire très peu marqué, bien qu'il ne présentât ni pituite du matin, ni cauchemar, ni le reste des traits les plus frappants du tableau caractéristique.

Aujourd'hui, il n'y a plus de doute. La fièvre est tombée, la température est redevenue à peu près normale. Les articulations malades se sont dégonflées. Le sommeil est revenu. Le délire n'a pas reparu. Ainsi le diagnostic différentiel qu'avait posé M. Landouzy se trouve absolument confirmé.

L'action du moral sur le physique.

Ce ne sont pas pour la plupart des questions nouvelles qui préoccupent surtout aujourd'hui le corps médical : ce sont des questions rajeunies par l'introduction d'éléments, ou du moins de termes nouveaux.

De tout temps on a cru que l'âme pouvait réagir sur le corps, que des guérisons ou des maladies pouvaient résulter d'impressions purement morales. Mais il est certain que ce problème a pris une tout autre importance par l'étude des phénomènes dernièrement désignés en masse sous le nom de *suggestion*.

Ce mot prête, d'ailleurs, à la critique, comme tous ceux que l'on peut créer en médecine. Si on le prend dans son sens étymologique, il ne désigne qu'une espèce dans un genre plus vaste. Le trouble fonctionnel que l'individu réalise en lui-même physiquement, après l'avoir conçu intellectuellement, peut bien, en effet, lui avoir été d'abord *suggéré* par un tiers, et on est alors en droit de dire qu'il y a *suggestion*. Mais encore faut-il ne pas oublier que cette suggestion n'est qu'un accessoire dans une opération complexe dont l'acte principal est un acte intérieur, propre au sujet de l'expérience, et se passant exclusivement en lui. Cet acte peut se produire automatiquement, sans l'intervention de personne, sous l'influence de l'imitation, par exemple, ou sous celle d'une conviction que l'individu se sera faite peut-être complètement à tort.

En effet, et c'est là un point que M. Bernheim a eu le

mérite de mettre parfaitement en vue, la seule condition strictement nécessaire pour qu'un phénomène de ce genre ait lieu chez un sujet prédisposé, c'est qu'il s'attende à sa production. Peu importe qu'il le regarde comme étrange, incompréhensible. Plus sa pensée sera vivement frappée, plus le retentissement corporel de cette impression pourra aller loin. M. Charcot nous a raconté une guérison vraiment miraculeuse qu'il a produite de la sorte. Une jeune fille, paralysée des membres inférieurs depuis plus de six mois, a pu, dès sa première visite, sur une série d'ordres formels, donnés sérieusement, gravement par lui, sortir de son lit, se tenir sur ses jambes, marcher, puis enfin courir et danser. C'est là d'ailleurs tout le secret des guérisons réelles obtenues par le zouave Jacob.

En effet, l'*injonction* est des plus efficaces pour celui qui croit aux effets possibles de cette injonction. Or, tel était le cas pour cette demoiselle, convaincue que M. Charcot ne lui ordonnerait pas l'impossible.

C'est aussi le secret des cures effectuées au moyen de pilules dites *fulminantes,* faites avec de la mie de pain, ou au moyen de *trentièmes,* de *centièmes,* de *deux millièmes solutions* de substances, d'ailleurs insolubles, telles que l'agaric, etc., qui ne modifient en rien l'eau claire prise sous leur nom par le malade. Sauf que dans ces cas on n'agit plus par injonction, mais par suggestion proprement dite.

Les anciens sorciers égyptiens, dont nous possédons aujourd'hui les formulaires, procédaient aussi par suggestion. Ils choisissaient un jeune enfant, d'un esprit très impressionnable, et, lui ordonnant de regarder la flamme d'une lampe, en même temps qu'ils plaçaient une main sur sa tête, ils lui faisaient voir dans cette flamme les dieux et les êtres qu'ils évoquaient. L'enfant voyait de bonne foi, et son évidente sincérité était aux yeux des assistants la preuve la plus convaincante de la puissance de la magie.

Dans quelques-unes des expériences que nous avons faites sur la suggestion, la bonne foi du sujet semblait également très probable. Nous citerons entre autres le jeune malade dont nous avons parlé dans notre dernière revue clinique et deux jeunes filles observées par nous dans le service de M. Peter.

Une de ces jeunes filles, couchée au n° 11 de la salle Sainte-Madeleine, était âgée de vingt-deux ans. Employée dans un grand magasin de confection, elle était entrée parce que, souffrant de la tête et du ventre, elle s'était crue menacée, disait-elle, d'une fièvre typhoïde. Elle avait déjà eu une maladie de ce genre vers l'âge de quinze ans, et elle croyait en reconnaître les symptômes caractéristiques.

Elle avait bien l'aspect habituel des hystériques; et, en effet, interrogée à ce sujet, elle raconta que, peu après sa fièvre typhoïde, ayant fait dans un escalier une chute qui lui avait causé une peur très vive, elle était devenue sujette depuis lors à de grandes crises convulsives. Celles-ci se renouvelaient d'abord plusieurs fois dans la journée, puis s'étaient éloignées de plus en plus et avaient cessé momentanément au bout de quelques mois. Elles redevinrent très fréquentes lorsque la malade se forma, vers l'âge de vingt ans; la menstruation ne fut jamais régulière; souvent il s'écoulait cinq, six, ou même sept mois d'une époque à l'autre. Vers le commencement de cette année les crises d'hystérie s'apaisèrent. Il n'y en avait pas eu depuis plusieurs mois lorsque cette malade fut reçue dans le service.

Il suffit pour l'hypnotiser de quelques instants de pression douce sur le vertex. Nous eûmes soin de décrire à quelques élèves qui assistaient à ces expériences les diverses phases par lesquelles nous désirions la faire passer et les moyens à employer pour les obtenir. Tout se réalisait, à mesure, à notre gré. Nous commençâmes par la léthargie, avec résolution des membres, les yeux étant fermés. Puis, renouvelant la pression sur le vertex, et ouvrant les yeux, nous amenâmes la catalepsie avec raideur cireuse et conservation de la position imprimée aux membres. Dans ces deux états, conformément aux règles classiques que nous avions soin d'indiquer, la malade ne paraissait ni voir, ni entendre, ni sentir. Ensuite, par une nouvelle pression sur le haut de la tête, nous provoquâmes le somnambulisme. La malade répondait alors à toutes les questions que nous lui posions; mais elle semblait n'avoir aucune initiative et se conformer passivement, comme une automate, aux ordres donnés.

Après cela, nous la réveillâmes en soufflant dessus; et, comme elle se plaignait de souffrir de la tête, comme elle paraissait sur le point de prendre une crise d'hystérie, nous calmâmes ce mal de tête et rétablîmes l'équilibre rien qu'en soufflant.

Les expériences les plus curieuses commencèrent alors : ce sont celles qui se font chez les hystériques alors qu'elles sont pleinement éveillées. M. Luys nous les avait fait voir précédemment chez trois malades de son service, et nous pûmes les reproduire très aisément, dès le premier jour, chez cette malade de M. Peter.

Plaçant une pièce de monnaie sous sa main, nous lui déclarâmes que par quelques passes nous allions la rendre incapable de soulever cette main, de manière à découvrir la pièce. En effet, malgré des efforts très énergiques en apparence, elle ne put jamais parvenir à détacher cette main du plan solide sur lequel elle reposait. Elle en exprimait un vif étonnement, demandait comment cela pouvait se faire, et n'avait certainement pas l'air de simuler. Par le simple souffle nous fîmes disparaître ce phénomène, comme les autres.

Puis nous immobilisâmes successivement, de même, et dans des positions diverses, chacun des membres et enfin le tronc; nous fîmes disparaître la sensibilité d'un côté du corps, puis de l'autre. Tout ceci se passait à l'état de veille, la malade causant à son ordinaire et témoignant s'intéresser beaucoup à ce qu'elle voyait et ressentait.

Nous en vînmes à une autre classe de phénomènes, qui nous avaient fort étonné quand pour la première fois nous y avions assisté dans le service de M. Charcot. Prenant une feuille de papier entre plusieurs autres tout à fait semblables à première vue, nous déclarâmes à la malade qu'elle devait y voir le portrait de M. Peter; et elle s'écria qu'elle l'y voyait. Alors nous mêlâmes cette feuille aux autres, et elle la retrouva, disant y voir toujours le portrait de M. Peter. Nous y avions fait au revers une marque presque imperceptible pour la reconnaître nous-même, mais cette marque était cachée et ce n'était certainement pas par son moyen que la malade faisait son diagnostic différentiel. M. Charcot insiste beaucoup dans ses leçons sur cette finesse exquise des sens présentée souvent par les hystériques. Elles excellent à reconnaître un carton entre dix, une feuille de papier entre cent, du moment où il existe la moindre différence inappréciable à nos sens grossiers. Pour les mettre sûrement en défaut, il faut en arriver à une identité parfaite, très difficilement obtenue même dans les papiers de luxe.

Une fois l'image ainsi fixée mentalement dans une situation déterminée sur une certaine feuille de papier, elle se

comporta tout à fait à la façon d'une image ordinaire, se reflétant dans une glace aux yeux de la malade, etc. En un mot, sans avoir eu recours à l'état de somnambulisme, par la suggestion seule, nous pûmes, d'emblée, faire apparaître, chez cette malade pleinement éveillée, les phénomènes visuels permanents dont on rattachait d'abord la cause à l'état de somnambulisme.

Chez une autre jeune fille, couchée dans le lit voisin, au nº 12 de la même salle, une couturière âgée de dix-neuf ans, également très mal réglée, très nerveuse et sujette à des crises convulsives, nous obtînmes les mêmes résultats avec la même facilité.

Mais, toutes les deux, elles se déclarèrent très effrayées de ce qu'on avait produit chez elles, et elles préférèrent quitter le service que d'être endormies de nouveau. Le jeune malade dont nous avons dernièrement parlé exprime de son côté, des craintes analogues. Il ne veut pas être réduit de nouveau à l'état de passivité ; et la peur l'emporte chez lui, comme chez ces jeunes filles, sur l'amour de la mise en scène, qui est le fond commun du caractère des névropathes.

Ce sont là certainement des signes de probabilité en faveur de la bonne foi de ces trois malades. Mais nous ne voudrions pas nous en porter garant, car, d'après les règles posées par M. Bernheim et qui jusqu'ici se sont trouvées justes chez tous les sujets que nous avons soigneusement étudiés dans les divers services, il n'est rien qui permette de discerner avec certitude les effets de la suggestion des effets de la simulation. Dans l'un et l'autre cas, le malade voit, entend, a tous ses sens ouverts, au moins pour saisir et effectuer les intentions de l'expérimentateur, alors même qu'il paraît pleinement étranger à tout ce qui se passe autour de lui.

Reste la grosse question de la suggestion mentale, sur laquelle je m'écarte un peu des idées de M. Bernheim. Jusqu'à présent, ce que j'ai vu et ce que j'ai pu obtenir moi-même ne m'a pas conduit à des conclusions si radicalement destructives de toutes les données reçues en législation et en morale.

RAPPORTS DE LA COMMISSION DU CHOLÉRA (1)

I

RAPPORT DE M. GOSSELIN.

La Commission a reçu lundi dernier trente communications nouvelles sur le choléra, ce qui porte à plus de cent le nombre des prétendues découvertes envoyées depuis quelques semaines à l'Académie sur le traitement de cette maladie. Cette fois encore, le plus grand nombre des communications se fait remarquer par leur insignifiance et leur inutilité. Combien il est regrettable que les auteurs ne sachent pas ou qu'ils aient oublié les conditions auxquelles sera donné le prix Bréant, objet des convoitises de la plupart d'entre eux. Peut-être cela tient-il à ce que nos commissions n'ont pas assez nettement formulé et assez souvent répété que, pour obtenir ce prix, il faut que le moyen ou les moyens proposés aient été employés sur un grand nombre de cholériques et aient réussi souvent, (au moins quatre-vingts fois sur cent), qu'ils aient réussi non seulement entre les mains des inventeurs, mais aussi entre les mains de tous ceux qui les auront mis en usage, qu'enfin les succès aient été constatés dans un certain nombre de localités. Il faut, en un mot, que la notoriété publique ait reconnu à l'invention une valeur comparable à celle du traitement de la fièvre intermittente par le sulfate de quinine, des maladies douloureuses par l'opium, de la syphilis par le mercure.

Que les gens du monde, — et beaucoup sont atteints de la manie que nous signalait M. Charcot dans la dernière séance de chercher des moyens de guérison pour les maladies graves, — que les gens du monde, dis-je, ne connaissent pas bien toutes ces conditions qui attestent la valeur des moyens thérapeutiques, nous le comprenons; mais que les vrais médecins les ignorent ou les oublient, cela nous paraît étrange. Nous avons, par exemple, dans ce dossier de la semaine dernière, trois travaux inspirés à des docteurs en médecine par des idées pathologiques acceptables. Deux sont relatifs au traitement du choléra par le soufre, ce qui n'est pas absolument nouveau. Mais ce n'est qu'une proposition théorique et hypothétique; ni les auteurs, ni personne autre, n'ont eu l'occasion de donner aux cholériques le soufre *intus et extra*, de la façon dont ils le conseillent. Alors à quoi bon cette publicité donnée à cette simple vue de leur esprit.

La même objection, malheureusement, s'adresse à celui des travaux de cette semaine qui nous paraît mériter le plus d'être pris en considération. M. le docteur Peyrusson (de Limoges), partant de cette idée si généralement admise que le choléra est dû à des micro-organismes venus du dehors, a pensé, comme bien d'autres aujourd'hui, que l'indication était d'empêcher ou d'arrêter l'action nocive de ces micro-organismes, en les détruisant dans l'économie au moyen des antiseptiques. Il a songé d'abord à l'acide borique, dont il voudrait qu'on donnât 30 grammes par jour par la bouche. Il a songé surtout au biiodure de mercure qui, d'après le tableau de M. Miquel (1), est la substance la plus antiseptique, puisque 25 milligrammes suffisent pour empêcher la putréfaction d'un litre de bouillon. On pourrait donner ce médicament par la bouche; mais M. Peyrusson pense, avec raison, qu'on aurait plus de chances de le faire passer dans le torrent circulatoire en l'injectant sous la peau. Il propose donc trois injections hypodermiques de 1 centigramme de biiodure mêlé à 25 centigrammes d'iodure de potassium pour 1 gramme d'eau distillée. Mais ce n'est toujours qu'une vue de l'esprit.

Nous ne nous occupons que des résultats acquis.

II

RAPPORT DE M. MAREY.

Le dépouillement des envois faits cette semaine à la Commission du prix Bréant n'a pas donné de résultats beaucoup plus satisfaisants que celui des semaines précédentes. Les judicieuses réflexions de notre confrère M. Gosselin restreindront, il faut l'espérer, le nombre des concurrents qui s'imaginent remplir les questions exigées en préconisant un remède secret ou une formule banale de potions ou de pilules. Quelques personnes étrangères à la médecine croient éclairer l'Académie en lui adressant une réclame pharmaceutique découpée dans un journal. Enfin, il semble que les merveilleux effets de l'électricité aient exalté bien des imaginations, à en juger par le nombre des lettres qui signalent l'emploi des chaînes et des plaques électriques à titre de remèdes souverains. Un enthousiaste affirme même qu'il suffirait d'établir dans chaque ville des piles électriques pour y détruire tout germe infectieux et supprimer toute épidémie.

Au milieu de ces élucubrations ridicules ou affligeantes, on trouve une brochure qui mérite d'être prise en haute considération. L'auteur n'aspire à aucune récompense, il tient seulement à faire connaître le résultat de ses observations et de ses réflexions sur le mode de propagation du choléra. Ce Mémoire, écrit en 1832, lors de la première épidémie cholérique en Europe, aurait été présenté à l'Académie des sciences et, malgré un avis favorable de M. Chevreul, n'aurait pas suffisamment attiré l'attention du corps médical.

(1) Ces rapports ont été lus dans la séance de l'Académie des sciences du 18 août 1884. La commission se composait de MM. Vulpian, Richet, Paul Bert, Pasteur, Bouley, Gosselin et Marey, rapporteurs.

(1) *Annuaire de l'Observatoire de Montsouris, pour l'an 1884*, p. 559.

Aujourd'hui, c'est le petit-fils de l'auteur, M. le docteur Charles Caudemberg, qui réédite le Mémoire de son grand-père après plus d'un demi-siècle, en faisant précéder cette publication d'une préface humoristique dans laquelle les travaux contemporains sont traités avec quelque irrévérence. Votre Commission a été vivement frappée des idées émises sur le mode de propagation du choléra par Girard de Caudemberg (1) en 1832. L'auteur n'était pas un médecin, mais un ingénieur habile dont le nom est resté célèbre pour des travaux qu'il a exécutés à Saint-Malo.

Son argumentation révèle un esprit rigoureux et une grande puissance d'induction. La conclusion de l'auteur est que la source de propagation du choléra est dans les déjections des malades, non seulement de ceux qui sont gravement atteints par l'épidémie, mais encore et surtout de ceux chez lesquels la maladie reste à l'état d'indisposition légère, et qui, circulant librement, transportent et disséminent la matière contagionnante.

L'auteur de cette brochure a fait preuve d'une grande sagacité lorsque, dès l'année 1832, il attribuait la contagiosité aux matières fécales des cholériques. Il a, de plus, devancé son époque, en supposant que dans ces matières pouvait se développer quelque organisme vivant, cause immédiate de la contagion. C'est à ces points de vue surtout que votre Commission signale la brochure de Girard de Caudemberg.

LA CONFÉRENCE DE M. PASTEUR

AU CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES (SESSION DE COPENHAGUE).

Ainsi que nous l'avons annoncé, l'ouverture du Congrès a eu lieu le 10 août 1884, à une heure de l'après-midi, sous la présidence de M. le professeur Panum.

Dans cette même séance ont été nommés comme présidents honoraires, pour la France (2) : MM. Pasteur, Verneuil, Trélat, Hardy, Cornil, Jaccoud, Ollier, Ranvier, Lépine et Chauveau ; tandis que les vice-présidents scandinaves élus ont été MM. Dahl, Hjelt et A. Key, et les secrétaires étrangers MM. Petit, Owen, Kromecka et Poore.

Les séances générales ont été inaugurées le lendemain 11 août par une conférence de M. Pasteur sur les maladies virulentes, les vaccins et la rage, conférence des plus remarquables et des plus universellement applaudies.

L'illustre savant a rappelé tout d'abord que si, il y a trois ans, à la veille du Congrès de Londres, la doctrine microbienne appliquée à l'étiologie des maladies transmissibles était encore vivement attaquée, si des esprits réfractaires aux idées de progrès continuaient à soutenir que « la maladie est en nous, de nous, par nous » ; cependant dès le jour de l'ouverture dudit Congrès de Londres, la théorie de la spontanéité en médecine avait vécu. En effet, contrairement à toute attente, aucune discussion n'eut lieu sur cette question.

De cette époque date aussi la constatation de l'atténuation possible des virus, de la variabilité de leurs virulences et de la conservation de celles-ci par des cultures appropriées, de l'application enfin de ces progrès à la médecine des animaux. Mais de cette médecine à celle de l'homme, il n'y aurait qu'un pas pour ainsi dire si l'expérimentation permise sur les animaux n'était criminelle quand il s'agit de l'homme. Toutefois, dans quelques maladies communes à l'espèce humaine et à certains animaux, on peut dire que la question est déjà résolue. Il s'agit simplement de procéder avec un excès de prudence que n'exige pas la vie d'un bœuf ou d'un mouton. Ainsi le charbon, ainsi la rage peut-être aussi, si nous en augurons d'après le rapport de la commission scientifique, chargée par le ministre de l'instruction publique de contrôler les expériences de M. Pasteur sur la prophylaxie de cette redoutable affection (1).

Il y a quatre années que l'étude de la rage a été commencée dans le laboratoire de la rue d'Ulm ; elle a été poursuivie depuis lors sans autre interruption que les intervalles forcés inhérents aux conditions mêmes de ces recherches ; conditions des plus défavorables, car l'incubation du mal est toujours de longue durée, le local n'est jamais suffisant, et l'on se trouve ainsi dans l'impossibilité de multiplier à un moment donné les expériences. Néanmoins celles-ci sont assez nombreuses, assez considérables aujourd'hui pour que l'illustre savant ait pu en faire l'historique devant le Congrès, et en exposer les résultats les plus récents.

Ainsi que M. Pasteur a pu le constater, le virus rabique se développe invariablement dans le système nerveux, dans l'encéphale, dans la moelle épinière, dans les nerfs et dans les glandes salivaires. Mais le point où l'on peut être sûr de le rencontrer, à l'autopsie de l'animal qui a succombé naturellement aux progrès de la maladie, c'est le bulbe. De là l'indication d'y puiser la matière rabique pour l'inoculer par trépanation dans la cavité arachnoïdienne de l'animal auquel on veut donner la rage. Par cette méthode M. Pasteur n'a jamais eu le moindre insuccès.

Ces deux grands faits positivement établis, il s'agissait de savoir si le virus rabique était susceptible de revêtir des intensités diverses à la manière des virus du choléra des poules, du charbon, etc. Or, tout d'abord une série d'expériences, démontra que cette intensité allait croissant en passant du chien au lapin et au cobaye, par exemple, tandis que le but poursuivi était au contraire l'atténuation de la virulence du virus rabique. Après un certain nombre d'essais sur divers animaux, M. Pasteur constata que par le passage de singe à singe et de divers singes au lapin, la virulence diminuait pour ces derniers, qu'elle diminuait aussi pour le chien. Dès lors il était en possession d'une méthode lui permettant d'atténuer la virulence rabique, d'une méthode de vaccination des chiens contre la rage.

Nous ne rappellerons pas ici les plus récentes expériences couronnées de succès pour rendre le chien réfractaire à la maladie rabique, nos lecteurs n'ont qu'à se reporter au rapport de la commission que nous avons cité plus haut. Nous nous bornerons à dire que la conférence de M. Pasteur se termina au milieu des applaudissements unanimes de l'assemblée, applaudissements qui non seulement prouvent, ainsi que l'a très bien dit M. Bouchard, avec quel intérêt l'illustre savant français a été entendu, mais « confirment encore la reconnaissance des peuples et l'admiration des savants ».

CHUTE DE L'INTESTIN

PAR UN ANUS CONTRE NATURE ; RÉDUCTION, GUÉRISON.

Par M. le docteur J. Grégoire, de Chazelles-sur-Lyon (Loire).

Marie X..., soixante-deux ans, domiciliée à Chazelles-sur-Lyon (Loire), est une femme maigre, sèche, de taille élevée et d'une bonne santé.

(1) *Choléra, moyen d'en arrêter la propagation et d'en prévenir les cités et les individus sans apporter aucune entrave aux relations internationales.* — Paris 1884, O. Doin.

(2) Chaque pays, l'Allemagne, l'Amérique, l'Angleterre, la Belgique, la Hollande, l'Italie, a eu ses plus hautes notabilités médicales et chirurgicales nommées également présidents honoraires du congrès.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, pp. 732 et suiv.

Elle a subi en 1865, aux hôpitaux de Lyon, la kélotomie pour une hernie crurale droite étranglée. Il en est résulté un anus contre nature, sur lequel furent posés successivement plusieurs genres d'obturateurs dans le but d'empêcher l'écoulement continuel des matières stercorales.

Ce but n'étant pas atteint, et le suintement ayant toujours lieu, l'opérée ne trouva rien de mieux que d'enfoncer dans l'ouverture un bouchon de bouteille à litre.

L'introduction de ce bouchon se faisait non sans quelques efforts; mais, une fois entré, il restait pris dans ce nouveau sphincter d'où il était retiré deux ou trois fois par jour suivant les besoins.

Depuis cinq à six ans, au dire de la malade, au moment où le bouchon était enlevé, une partie de l'intestin, d'une longueur de 6 centimètres environ, sortait au dehors en même temps que les matières fécales; sous l'influence de légères pressions, il ne tardait pas à rebrousser chemin. Ce fait se produisait presque tous les jours.

Dans la nuit du 12 octobre 1882, les choses se passèrent tout autrement. Le bouchon enlevé, l'écoulement des matières eut lieu, et l'intestin sortant de plus en plus il fut impossible à la personne de le rentrer.

Appelé vers huit heures du matin chez « une femme qui perdait son ventre », ce qui, je dois le dire, excita vivement ma curiosité, je me rendis aussitôt à l'adresse indiquée pour constater ce phénomène auquel je ne croyais guère au premier moment.

Quel n'est pas mon étonnement quand je me trouve auprès de la malade. Je suis vraiment effrayé à la vue de ce bout d'intestin sorti de l'abdomen. Sa couleur est rouge brun, sa forme vermiculaire et la surface marquée de stries circulaires présentent des irrégularités produites par la dilatation et la tension des vaisseaux veineux.

L'extrémité libre de ce boudin est pourvue d'une ouverture dans laquelle on peut aisément introduire le doigt et le faire pénétrer jusque dans le sphincter abdominal qui l'étreint; de cette ouverture s'échappe un peu de liquide de coloration brune et sans odeur.

A la base de cette partie de l'intestin herniée et inférieurement, je trouve une seconde ouverture; je puis introduire entièrement le doigt et ne puis le diriger que vers le bas.

Cette seconde ouverture n'est qu'accidentelle et l'explication en sera donnée plus tard.

Le visage de la malade est pâle, humide et luisant, grippé et froid.

Le pouls est petit, à peine sensible, à 100.

Il y a des éructations, de fréquentes envies de vomir et même des vomissements.

Mon embarras est grand et, tout d'abord, je ne sais comment m'y prendre pour opérer la réduction. Après un moment de réflexion, voici quel est mon procédé :

J'introduis l'index droit dans l'ouverture que présente l'extrémité libre de l'intestin sorti, et, prenant ce dernier à sa base avec la main gauche et à pleine main, j'opère des mouvements de glissement vers la partie libre, pendant que j'enfonce l'index droit aussi profondément que possible.

La muqueuse de l'intestin est très congestionnée, un peu boursouflée. Par la pression assez forte que je produis avec la main gauche, les veines de cette muqueuse crèvent tout à coup sur plusieurs points et laissent échapper brusquement du sang de couleur très foncée.

Au bout de dix minutes de ces manipulations, une bonne moitié de la longueur de l'intestin est rentrée et il n'en reste plus au dehors qu'une longueur de 8 à 10 centimètres.

Les envies de vomir deviennent déjà moins fréquentes. Je laisse reposer un instant la malade qui est très fatiguée.

Les mêmes manœuvres sont recommencées et, après quelques minutes, 3 à 4 centimètres sont encore rentrés.

Je m'arrête une deuxième fois, en engageant la malade à tenir la main sur la partie de l'intestin qui reste encore dehors.

Dix minutes après, je recommence la même opération, et cette fois l'intestin rentre complètement.

Le tout a été accompli en une heure.

Dès ce moment, les vomissements et les nausées ainsi que la douleur disparaissent; le visage reprend sa couleur normale, et le pouls descend à 90.

On ne constate plus alors qu'une seule ouverture dans laquelle je puis faire pénétrer le doigt et l'enfoncer à 7 ou 8 centimètres de profondeur en haut et en bas.

L'anneau constricteur est rouge, un peu gonflé et dur. Aucun écoulement de sang par l'ouverture.

J'engage la malade à laisser appliquée la main au-dessus, à prendre un peu de bouillon et à demeurer au lit une partie de la journée.

Une heure après, le bouchon est posé, la malade se lève et, quoique un peu fatiguée, se remet à ses occupations ordinaires.

Il n'y a pas eu la moindre suite fâcheuse, et aujourd'hui, plus d'un an après cet accident qui ne s'est pas renouvelé, elle est parfaitement en vie et continue toujours comme auparavant, et cela depuis dix-neuf ans, l'application du bouchon obturateur.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 9 août 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Paralysie faciale. — M. DÉJÉRINE fait connaître le résultat de l'autopsie d'un tuberculeux qui était atteint d'otite du rocher. Ce malade avait eu, pendant six semaines, une paralysie faciale, totale, complète, sans altération gustative. A l'autopsie on a trouvé des altérations de la corde du tympan. Il n'y restait pas un seul tube sain.

Rétention d'urine. — M. QUINQUAUD fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

M. ALBERT ROBIN fait observer que les expériences de M. Quinquaud ruinent la théorie actuelle qui attribue l'urémie dyspnéique à la diminution dans la capacité respiratoire.

Pansement des plaies. — M. ANCYON fait une communication sur le pansement des plaies par une décoction de valériane dans les proportions suivantes : racines de valériane 30 grammes, eau 1 litre.

Choléra. — M. STRAUS fait une communication sur les résultats des recherches qu'il a faites à Toulon en collaboration avec M. Roux. (Voyez *Gazette des Hôpitaux*, 1884, p. 723.)

ÉLECTION.

M. BLOCH est élu membre titulaire de la Société.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Voici les chiffres des décès cholériques depuis notre dernier bulletin.

Toulon. — Du 19 au 20 août, 3 décès; le 20, à l'hôpital Bon-Rencontre, 4 entrées, 1 sortie, 0 décès, 21 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier : 3 entrées, 2 sorties, 1 décès, 40 malades en traitement. — Du 20 au 21 août, 6 décès cholériques. — Le 21, à l'hôpital Bon-Rencontre : 1 entrée. 1 sortie, 2 décès, 19 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier : 2 entrées, 4 sorties, 1 décès, 37 malades en traitement, dont 32 déjà convalescents.

Marseille. — Du 19 au 20 août, 12 décès cholériques. — Du 20 au 21 août, 8 décès. — Le 21, à l'hôpital du Pharo : 2 entrées, 1 sortie, 0 décès, 29 malades en traitement.

Aix. — Le 19 août, 2 décès cholériques à l'asile des aliénés et 20 malades en traitement. — Le 20 août, 4 décès à l'asile des aliénés et 1 décès en ville.

Arles. — Le 19 août, 2 décès cholériques. — Le 20 août, 4 décès. La plupart des cas sont foudroyants.

Var. — *Tourves*, 1 décès; *Le Luc*, 1 décès; *Ollioules*, 4 décès; *Sixfours*, 1 décès; *Solliès-Ville*, plusieurs décès cholériques; *Hyères*, 3 décès.

Bouches-du-Rhône. — *Saint-Rémy*, 1 décès; *Orgon*, 1 décès; *Salon*, 1 décès; *Villeneuve*, 1 décès; *Châteaurenard*, 1 décès; *Roquevaire*, 1 décès; *Saint-Chamas*, 1 décès.

Aude. — *Carcassonne*, 8 décès; *Narbonne*, 4 décès; *Tourouzelles*, 4 décès et six cas nouveaux; *Castelnaudary*, 1 décès.

Drôme. — *Arpavon* : 2 décès; *Saint-Maurice* : 1 décès; 2 cas foudroyants dans le canton de *Tain*.

Gard. — *Bességes* : 2 décès; *Alais* : 1 décès; *Nimes* : 8 décès; *Vallabrégues* : 3 décès; *Saint-Ambroise* : 3 décès.

Hérault. — *Agde* : 7 décès; *Montpellier* : 1 décès; *Mèze* : 8 décès; *Lunel* : 2 décès; *Cette* : 1 décès au lazaret; *Villeneuve-les-Béziers* : 1 décès.

En résumé, du 28 juillet, début de l'épidémie dans le département, au 18 août, on compte : 57 décès cholériques, dont 11 enfants, non compris les 14 décès ci-dessus indiqués.

Vaucluse. — *Caumont* : 12 décès cholériques du 17 au 20 août.

Haute-Garonne.—*Villefranche-de-Lauraguais* : 2 décès le 17 août; 1 cas le 18 août; *Toulouse* : 1 décès le 18 août.

Pyrénées-Orientales. — Du 19 au 21 août, *Perpignan* : 8 décès; *Saint-Félin-d'Avail* : 10 décès; *Claira* : 2 décès; *Boule-d'Amont* : 2 décès; *Prades* : 1 décès; *Corbières-les-Cabanes*, *Millas*, *Camellas*, *Villeneuve-Raho*, *Elne*, *Castelnau*, *Arles-sur-Tech* et *Banyuls-des-Apres* : 1 décès.

Ardèche. — Le 19 août, *Vogué* : 2 décès, 9 malades en traitement; *Lavilledieu* : 1 décès, 14 malades; *Saint-Pont* : 1 décès, 6 malades; *Ruoms* : 2 décès, plusieurs cas graves; *Vallon* : 1 décès.

Depuis le commencement de l'épidémie, on compte : 50 décès cholériques à *Vogué* et 22 à *Lavilledieu.*

Hautes-Alpes. — *Gap* : 2 décès cholériques.

Rhône. — *Lyon* : 3 décès du 17 au 21 août.

Italie. — Le *Bulletin officiel* signale, dans les provinces contaminées, 14 cas nouveaux et 6 décès pour la journée du 19 août, et 37 cas et 24 décès pour la journée du 20 août.

— Le choléra vient de faire une nouvelle victime dans le corps médical : M. le docteur Eugène Fanton a succombé à Arles, le 19 août ses obsèques ont eu lieu le lendemain au milieu d'une nombreuse assistance.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, bromuration pendant la grossesse, par le docteur HÉRAUD. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De l'extirpation totale de l'utérus par le vagin dans les cas de cancer, par le docteur J. DOCHE. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Pleurésie et état puerpéral, dix-huit ponctions en deux mois chez une femme en couches, guérison, par le docteur G. GRAUC. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16619

N° 98. — MARDI 26 AOUT 1884. 57e ANNÉE. MARDI 26 AOUT 1884. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE.— Hôtel-Dieu. Blennorragie ancienne, rétrécissement de l'urètre, urétrotomie interne. — Hôpital des Enfants-Malades. Méningite rachidienne. — Pathologie expérimentale, note sur la rétention d'urine. — Empoisonnement par l'acide phénique, guérison. — Variétés. La Faculté de médecine de Nancy pendant l'année scolaire 1882-83. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOTEL-DIEU. — M. Humbert.

Blennorragie ancienne, rétrécissement de l'urètre, urétrotomie interne.

A la petite salle Saint-Landry se trouve un malade atteint de rétrécissement de l'urètre et chez lequel je vais pratiquer l'urétrotomie interne.

Cet homme est âgé de cinquante-neuf ans; il a eu une blennorragie, il y a vingt-cinq ans, qui dura six mois; elle constitue le seul antécédent morbide que nous puissions relever touchant les accidents qu'il présente actuellement et qui remontent, comme début, à un an environ. A cette époque, la miction est devenue beaucoup plus fréquente, les besoins d'uriner se renouvelaient toutes les heures, le jet des urines était plus étroit, moins lointain, mais le malade ne souffrait pas. Quelques mois plus tard les besoins devenaient plus rapprochés, toutes les demi-heures d'abord, puis tous les quarts d'heure, enfin toutes les cinq ou dix minutes, l'urine s'écoulant pour ainsi dire goutte à goutte.

C'est dans ces conditions qu'il est entré dans nos salles à la fin du mois dernier. Grâce au repos qu'il a pu prendre ici, la situation s'est un peu améliorée, la miction est devenue un peu moins fréquente. Mais l'état général est assez mauvais. Depuis un an cet homme s'est amaigri, il a perdu l'appétit, les digestions ont été troublées; de plus, depuis six mois environ il se plaint de douleurs de tête, le soir il a très fréquemment de véritables accès de fièvre avec frisson, chaleur, etc... J'insiste tout particulièrement sur cet accident qui persiste encore actuellement.

Quant à l'état local, voici ce qu'il présente : rétrécissement du canal de l'urètre dans la région périnéo-bulbaire, où l'on sent une induration allongée dans l'axe du canal et saillante, rétrécissement très étroit qui laisse seulement passer une bougie n° 5.

Il s'agit donc d'un rétrécissement suite d'une ancienne blennorragie, siégeant dans la région habituelle à ces sortes de rétrécissement, tandis que lorsque la lésion réside plus loin, elle est généralement la conséquence d'un traumatisme.

Mais notre malade n'est pas seulement un rétréci, c'est encore un urinaire, c'est-à-dire un homme qui, vidant mal sa vessie, est sujet à des phénomènes généraux, comme les individus qui ont une dysurie considérable.

C'est ainsi que l'on observe chez lui des troubles digestifs, des vertiges, des bourdonnements, etc., accidents toujours graves, une véritable fièvre urineuse. Quant aux phénomènes locaux que l'on peut constater chez les dysuriques, ce sont une dilatation du canal de l'urètre en arrière de la partie rétrécie, sa rupture, une fistule urinaire, la formation d'abcès urineux, l'incontinence des urines, leur transformation ammoniacale, de la cystite; puis, si nous remontons plus haut, le long de l'appareil urinaire, ce sont des accidents du côté des uretères, des calices, des bassinets, de la néphrite, de la pyonéphrite, etc., etc.

Or, chez notre malade ce que nous observons, ce sont : localement, le trouble des urines devenues ammoniacales; généralement, de l'anorexie, de la dyspepsie, tantôt de la diarrhée, tantôt des vomissements, les phénomènes de la fièvre urineuse, une température dépassant 40 degrés, enfin une sorte de cachexie urineuse. Nous avons donc affaire ici à la fois à un rétréci et à un urinaire. En pareil cas, comment faut-il intervenir?

Lorsqu'il s'agit d'un simple rétrécissement, la dilatation est la méthode à laquelle on a recours dans l'immense majorité des cas, mais elle réclame deux conditions indispensables : 1° que le rétrécissement soit dilatable; 2° qu'il n'existe pas de phénomènes généraux, de telle sorte que le malade soit en état de la supporter. Or, que trouvons-nous ici ? Un rétrécissement qui n'est pas dilatable, mais dur, très serré, fibreux comme un véritable fibrome, et dans lequel on n'arrive qu'à faire passer une bougie n° 5; de plus nous sommes en présence d'accidents urineux et de phénomènes fébriles. En pareille circonstance, la première indication est d'agir promptement, de rendre le plus vite possible la miction facile, soit d'intervenir chirurgicalement par une opération qui n'est autre que l'urétrotomie interne, laquelle, en restituant au canal son calibre normal, fera cesser rapidement, par suite, les accidents inhérents au rétrécissement, accidents locaux et généraux.

L'urétrotomie interne, du reste, n'est pas une opération grave en soi, et la mortalité qui s'ensuit atteint à peine le chiffre de 3 p. 100; encore la plupart de ceux qui ont succombé aux suites de cette intervention étaient-ils dans de mauvaises conditions opératoires, par suite des accidents généraux auxquels ils étaient en proie.

L'opération exige seulement certaines précautions, telles que l'introduction préalable d'une bougie conductrice en ayant soin de se bien assurer qu'elle a pénétré dans la ves-

sie, introduction suivie de celle de l'urétrotome, faite sans violence aucune et de façon à inciser convenablement toute la portion rétrécie du canal de l'urètre. L'opération terminée, on place à demeure une petite sonde. On a renoncé aux sondes de gros calibre, parce que, se trouvant serrées au niveau du rétrécissement, tandis que le col de la vessie est souvent dilaté par suite de la rétention d'urine causée par le rétrécissement, il peut arriver qu'une partie de l'urine s'écoule entre la sonde et le col de la vessie, gagne la portion incisée du canal, s'y accumule, ne pouvant pas aller plus loin et finisse par s'infiltrer dans les tissus incisés où elle peut donner lieu à des accidents graves. Voilà pourquoi on renonce aujourd'hui aux grosses sondes.

Le lendemain de l'opération, on retire généralement la petite sonde, de façon à permettre au malade d'uriner seul. On le laisse ainsi une quinzaine de jours pour ne pas irriter la cicatrice. Au bout de ce temps, on le cathétérise avec une sonde petite d'abord, mais dont on augmente peu à peu les dimensions. On pratique ainsi une sorte de dilatation progressive, secondaire, laquelle est d'autant plus facile que l'on est en présence d'un tissu cicatriciel de formation récente, par suite plus facilement dilatable.

Je ne dois pas omettre de dire que, préalablement à toute opération, il faut avoir soin de vider le rectum par un lavement. Il faut aussi opérer le malade dans son lit et non pas à l'amphithéâtre afin d'éviter tout refroidissement ; il faut enfin, après l'opération, le maintenir chaudement et le tonifier. De plus, le jour de l'opération, j'ai l'habitude de donner à mes malades, le matin et le soir, 25 centigrammes de sulfate de quinine.

— Nous allons procéder maintenant à l'opération, à la condition toutefois que nous pourrons introduire facilement le conducteur dans le canal de l'urètre, car, dans le cas où il se trouverait trop serré, où il ne jouerait pas facilement dans l'urètre, je remettrais toute intervention à plus tard d'autant plus qu'il n'y a pas péril en la demeure, et je laisserais ma bougie conductrice en place jusqu'à ce moment-là.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. RENDU

Méningite rachidienne.

Le petit malade qui fait le sujet de cette leçon est âgé de onze à douze ans. Il est atteint d'une affection aiguë dont le début est très obscur. Notons, en passant, que son père est rhumatisant, que l'on ne trouve aucun antécédent de névrose dans sa famille et que lui-même est très probablement épileptique.

Jusqu'à l'âge de dix ans, il s'est toujours très bien porté, et c'est il y a près de deux ans que, sans cause appréciable, il a eu ses premières attaques nerveuses nocturnes, sur lesquelles nous sommes très peu renseigné. Nous savons seulement que le matin il se réveillait, courbaturé et mouillé d'urine par suite d'une incontinence nocturne, hébété pendant quelques heures et que la langue était éraillée, phénomènes dont l'ensemble paraît indiquer qu'il s'agit là très probablement d'attaques épileptiques.

En tous cas, nous n'en connaissons pas la cause : pas de malformations craniennes, pas de convulsions dans l'enfance, rien. Cet état a continué jusqu'à il y a aujourd'hui onze jours, où il a eu sa première attaque diurne. Tout à coup, en effet, il a été pris dans la journée de céphalalgie, puis de perte de connaissance : il tombe et se mord la langue. Depuis lors, la fièvre, qui s'était immédiatement déclarée, a persisté. C'est dans ces circonstances qu'il est entré à l'hôpital il y a cinq jours. Comme renseignements, nous savons seulement que le matin du jour où il fut pris, il avait fait une course d'une heure et demie, portant un lourd fardeau sur sa tête.

Le jour de son arrivée dans nos salles, son pouls était à 100 ou 110 et la température à 39° le matin, et 39°,5 ou 40° le soir. L'enfant se plaignait surtout d'une vive céphalalgie frontale, d'une rachialgie intense, prononcée surtout dans la région lombaire et qui s'est étendue les jours suivants à la région dorsale, puis à la nuque jusqu'à la région occipitale, mais respectant toujours les bras et les jambes. Cette douleur, d'abord spontanée, traversée par des intermittences avec exacerbations, le faisait crier, amenait une lordose accidentelle, s'exaspérait seulement au moindre mouvement et non pas par une pression exercée sur les apophyses épineuses. Par contre, elle augmentait d'intensité dès qu'on appuyait sur les masses musculaires sacro-lombaires droites ou gauches, qui se contractaient, déterminant un renversement de la colonne vertébrale en arrière, une saillie du thorax en avant. Bientôt la douleur s'accusait davantage dans la région cervicale de telle sorte que le malade n'osait même plus tourner la tête et que le tronc restait aussi immobile, tandis que les membres conservaient leur intégrité parfaite. Un phénomène bizarre était une contraction des muscles du côté droit de la face : de là une sorte d'aspect hémiplégique sans hémiplégie véritable cependant. Ces contractions n'étaient pas permanentes ; de temps à autre on observait un peu de calme. On constatait aussi une augmentation de la sensibilité tactile, de la sensibilité à la douleur et à la température : hyperesthésie diffuse sur les membres supérieurs et inférieurs surtout, qui s'accompagnait de quelques troubles vaso-moteurs, d'un certain état congestif, erythémateux, de la peau des membres inférieurs principalement, d'une certaine moiteur. Quant à la sensibilité réflexe, elle était conservée, peut-être même un peu exagérée. Enfin la contractilité électrique était normale. D'ailleurs pas de fourmillements, pas d'engourdissements dans les membres, pas de paralysie ni même de parésie, mais une sorte de lourdeur des membres résultant des douleurs ressenties le long du rachis. Malgré la céphalalgie, l'intelligence était très nette ; point de phénomènes du côté de la vision ni de l'audition, pas d'épistaxis. Pas de paralysies viscérales, les urines étaient normales ; le cœur et les poumons étaient complètement sains, et, du côté du tube digestif, il existait seulement une constipation opiniâtre, laquelle n'a pu être vaincue qu'hier par le calomel. Enfin, le pouls restait assez lent, hors de proportion, avec une température oscillant entre 39° et 40°, en même temps qu'il était un peu inégal, un peu irrégulier.

Tous ces phénomènes ont été en s'aggravant jusqu'à hier, malgré un traitement énergique par des ventouses scarifiées, par le bromure de potassium et le salicylate de soude. L'amélioration survenue hier s'est produite à la suite de l'administration du calomel, et semble, ce matin, vouloir s'accentuer.

En résumé, disons-le tout de suite, il s'agit là d'une affection spinale, d'une affection non de la moelle, mais de ses enveloppes.

En effet, si nous discutons le diagnostic, nous voyons

immédiatement qu'il ne peut être question d'un lumbago : il n'aurait pas cette durée de onze jours, et ne s'accompagnerait pas d'une fièvre aussi intense ni d'un état général aussi grave. Nous ne pouvons songer davantage à une arthrite cervicale, ne serait-ce qu'en réfléchissant au début de la maladie par la région lombaire et à l'absence de douleurs à la pression au niveau des apophyses épineuses et transverses. S'agirait-il d'un tétanos rhumatismal *a frigore?* Non, ici encore, le début est complètement différent; car, dans cette dernière affection, ce sont les phénomènes bulbaires qui ouvrent la scène. Quant à une myélite aiguë, le diagnostic est plus discutable en raison même de l'analogie de certains symptômes (fièvre, lassitude, réflexes exagérés, sensibilité exaspérée, lourdeur des membres, rachialgie); mais, dans la myélite aiguë vraie, les douleurs n'irradient pas, elles sont fixes, il y a des troubles de la motilité, une diminution de la contraction musculaire, de la paralysie des membres inférieurs. En somme, chez notre malade, si la moelle participe à la lésion, ce n'est que secondairement. Serions-nous en présence d'une congestion rachidienne? Il est démontré qu'une affection spinale peut se borner à un simple état congestif des méninges sans inflammation. Mais il y a souvent une telle analogie entre les deux maladies que la marche seule des phénomènes permet de les distinguer.

Chez notre malade, je ne pourrais que difficilement admettre une simple congestion, en raison même de la durée des accidents et de l'application deux fois répétée des ventouses scarifiées sans obtenir la moindre amélioration. De telle sorte que notre diagnostic reste celui d'une méningite cérébro-spinale, car non seulement nous avons des phénomènes spinaux, ainsi que l'observation nous le montre, mais aussi des phénomènes céphaliques, puisque depuis onze jours cet enfant se plaint de douleurs de tête. Ce qui ne veut pas dire cependant qu'il s'agisse de l'affection à laquelle on a donné le nom de typhus cérébro-spinal, maladie essentiellement épidémique, rare chez les enfants, bien qu'elle ait été signalée chez eux en Poméranie, il y a quelques années. Du reste, cette affection débute par la nuque, elle est caractérisée par une douleur rétro-occipitale, par les phénomènes généraux d'une pyrexie grave, et non d'une phlegmasie, par des phénomènes adynamiques prédominants, etc.

En résumé, les symptômes que nous observons chez notre petit malade sont des phénomènes d'excitation générale nerveuse, des douleurs rachialgiques sans paralysie, douleurs qui peuvent s'expliquer soit par la congestion des racines postérieures et leur étranglement dans leur trajet, soit par une congestion et une inflammation de la dure-mère spinale. C'est même à cette dernière explication que je m'arrête le plus volontiers, car nous ne constatons aucune irradiation dans les membres. Tout nous permet donc de supposer, avec quelque apparence de raison, un état inflammatoire des méninges; et si la moelle se trouve intéressée, ce n'est que par contre-coup.

Quant au diagnostic étiologique, il ne semble guère possible, car les renseignements sont à peu près nuls sur notre malade. Y aurait-il quelque coïncidence avec les phénomènes épileptiques antérieurs? Cela n'est pas impossible; il se peut très bien que la dernière attaque ait déterminé quelque violente congestion du canal rachidien, laquelle, compliquée le lendemain du surmènement produit par une longue course avec un lourd fardeau sur la tête, aurait pu dégénérer en méningite rachidienne.

Quant au pronostic, si hier matin encore il nous paraissait d'une très grande gravité, si l'amendement notable survenu depuis vingt-quatre heures a quelque lieu de le modifier, cependant nous devons encore conserver aujourd'hui une certaine réserve avant de nous prononcer, car nous ne savons encore s'il s'agit d'une simple rémission ou d'une entrée franche dans la voie de la guérison.

Comme traitement, nous continuerons énergiquement les révulsifs, en même temps que les antispasmodiques, les sédatifs spinaux, le bromure de potassium, le salicylate de soude, et les dérivatifs intestinaux par l'emploi du calomel à dose réfractée : 0 gr. 10 par jour en 10 doses.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

NOTE SUR LA RÉTENTION D'URINE

Par M. Ch.-E. Quinquaud.

Ce travail a pour but de rechercher les altérations du sang, les modifications de la température, de la pression artérielle, de l'exhalation pulmonaire de CO^2, après la ligature de l'urètre chez les animaux, après une rétention d'urine chez les rétrécis ou chez les prostatiques.

1° *Expérimentation.* — Voici les résultats principaux : les chiens auxquels on lie le canal urétral succombent, le quatrième jour, à des accidents urémiques, exceptionnellement le troisième jour à une rupture de la vessie et à une péritonite.

A l'autopsie, on trouve dans tous les cas une distension extrême de la vessie, qui est enflammée et souvent adhérente à l'épiploon contigu, présentant des foyers purulents : l'uretère est un peu dilaté, les reins sont congestionnés et les poumons offrent des plaques d'hyperémie ; le cœur est distendu par des caillots gelée de groseille.

Dans ces conditions, l'accumulation de l'urée dans le sang se manifeste de la quarante-huitième à la soixante-douzième heure qui suit l'oblitération de l'urètre, tandis que le même phénomène se produit immédiatement après la néphrotomie et la ligature de l'uretère, comme l'ont montré divers auteurs, entre autres M. Gréhant. Cette différence tient à ce que l'animal continue à uriner dans sa vessie, jusqu'à ce que la pression y soit suffisante pour entraver la fonction rénale. Au moment de la mort, cette pression est de 1 centimètre et demi de mercure.

Expériences montrant l'augmentation de l'urée dans le sang, consécutivement à la ligature de l'urètre.

Poids d'urée contenu dans 100 *grammes de sang.*

Avant la ligature	0gr,016	0gr,025
24 heures après	0 018	0 027
48 —	0 034	0 032
72 —	0 145	0 165
80 —	0 000	0 189

La *température* de l'animal ligaturé s'accroît pendant les deux jours qui suivent la petite opération, qui est faite par la méthode antiseptique ; mais la chaleur s'abaisse le quatrième jour où elle tombe aux environs de 37 degrés, parfois même au-dessous.

La *pression* artérielle s'abaisse notablement après le troisième jour ; ainsi de 14c,6 avant la ligature, elle tombe, quatre jours après, à 5 centimètres.

Notons ici l'absence d'*hydrémie* ou la présence d'une hydrémie très faible.

L'exhalation pulmonaire de CO^2 diminue constamment à partir du troisième jour ; déjà vingt-quatre heures après la ligature on note un léger abaissement, suivi, vingt-quatre heures plus tard, d'un peu d'augmentation. En voici un exemple :

Poids de CO^2 *exhalé en* 9m,20″.

Avant la ligature de l'urètre	1gr,40
24 heures après.	1 15
48 —	0 90
72 —	0 68

Tous ces faits s'expliquent par les lésions hématiques : l'acide carbonique diminue progressivement à mesure que l'urée s'accroît, la proportion d'oxygène reste longtemps la même, diminuant à la fin en raison surtout de l'asphyxie.

La *capacité respiratoire* du sang reste tout à fait normale, fait important au point de vue de l'histoire de l'urémie.

2° *Clinique.* — Chez l'homme, les phénomènes principaux sont absolument les mêmes; cependant l'accumulation de l'urée se fait d'une manière plus lente; aussi la vie se prolonge-t-elle plus longtemps chez l'homme que chez le chien.

Observation. — Poids d'urée dans 100 grammes de sang chez un rétréci, atteint de rétention complète d'urine : homme de trente-cinq ans, chez lequel le cathétérisme réussit seulement le huitième jour de sa rétention :

Avant l'accident	0gr,015
3e jour après	0 018
5e —	0 028
8e —	0 032

L'*exhalation pulmonaire* de CO^2, qui était de 1gr,60 en sept minutes, tombe le septième jour à 0gr,37, tout étant égal d'ailleurs.

Chez des vieillards atteints d'hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine, nous avons trouvé les mêmes faits.

Dernière considération importante : lorsque *chez l'animal* on désoblitère le canal avant que l'urée ait atteint 0gr,130 pour 100, l'animal survit ; si le chiffre d'urée est supérieur, le chien succombe ordinairement.

Nos analyses tendent à prouver que *chez l'homme* la dose indiquant un pronostic grave est de 0gr,067 pour 100.

Mais si, au lieu d'avoir une rétention d'urine complète comme dans les cas rapportés plus haut, la rétention est incomplète, ou si le cathétérisme intervient, alors tous les phénomènes mentionnés diminuent pour cesser si l'évacuation est suffisante et si le chiffre de l'urée dans le sang n'a pas atteint la dose mortelle pour les tissus.

Les accidents terminaux mortels sont sous la dépendance d'altérations profondes de la nutrition élémentaire; en comparant l'absorption de l'oxygène et l'exhalation de CO^2 suivant la méthode de P. Bert, on trouve que les tissus d'un chien ligaturé ont une respiration élémentaire très affaiblie.

EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE PHÉNIQUE. — GUÉRISON.

Par M. le docteur Hoffmann.

Le 26 mai 1884, madame L..., demeurant à Saint-Denis, était atteinte d'une fièvre typhoïde, depuis douze jours.

Cette malade, se trompant de flacon, prit une demi-bouteille contenant environ 200 grammes d'eau et renfermant en solution 4 0/0 d'acide phénique cristallisé.

C'est à onze heures du matin qu'eut lieu l'empoisonnement; la malade, qui était dans un état de subdélire, prit une solution qui avait été remise pour asperger le parquet (d'après le titre de la solution, cela ferait 40 grammes par litre).

A mon arrivée près de madame L..., deux minutes environ après l'absorption de la solution d'acide phénique, je trouvai la malade sans connaissance, les yeux hagards; sueurs abondantes et froides; contractions des masséters; efforts de vomissements par intervalles; écume aux lèvres; pouls imperceptible (l'état de cette empoisonnée me rappelait le choléra à sa période algide); langue œdématiée, — vésicules, résultat de la causticité de la solution.

Traitement : — 1° Eau de chaux contre l'acide phénique.

2° Potion de Todd à	25
Sirop de quinquina	30
Eau distillée	100

à prendre par tiers avec lait et eau de Vichy, — et je conseille de faire boire abondamment.

3° Toutes les deux heures, malgré les vomissements, une cuillère à bouche de café noir.

Pour rétablir par action réflexe la vitalité et par conséquent réveiller l'action, sur les organes internes, du grand sympathique et du pneumo-gastrique, frictions tout le long de la colonne vertébrale, au creux de l'estomac, et les parties latérales de la poitrine, avec le liniment suivant :

Ammoniaque	10
Huile essent. de térébenthine	100

Frictions faites pendant cinq minutes.

Le lendemain, 27 mai, la langue est revenue à son volume normal, couleur rouge foncé, ainsi que le pharynx et le larynx, — la voix est voilée, — douleur rétro-sternale, brûlure au second degré de l'œsophage, crachements sanguinolents, — râles sibilants dans toute la poitrine; pouls plein 102 pulsations, urines vertes, caractéristiques, 250 grammes en l'espace de vingt-quatre heures.

Le 28, les crachats sont moins teintés de sang, — les râles sibilants ont disparu.

L'état général de la malade est satisfaisant, mais toujours des douleurs en avalant les liquides, qui seuls évidemment peuvent passer.

Contre la brûlure laryngo-pharyngo œsophagienne et contre la constipation, je conseille une tisane composée de graines de lin (un tiers d'infusion dans eau tiède), les deux autres tiers lait et eau de Vichy, miel blanc.

Contre la constipation : matin et après-midi, un lavement d'infusion de follicules de séné, 10 grammes, et sulfate de soude 5 grammes; à boire une cuillerée à café de magnésie calcinée dans un demi-verre d'eau de Vichy, et sirop de belladone une cuillerée à bouche.

Le 29 mai, pouls 96. — Crachats sanguinolents, arrière-gorge rouge. Devant la persistance de la douleur rétro-sternale, aurons-nous à l'avenir à redouter un rétrécissement de l'œsophage ?

Le 1er juin, pouls 102, crachats moins sanguino-purulents, remplissant le fond d'une cuvette.

Le 4 juin, la malade ne se plaint plus de douleurs rétro-sternales, elle avale plus facilement, mais ne peut toujours prendre que des aliments liquides, et refuse de boire un peu de vin pur après ses potages, à cause de la douleur qu'il occasionnerait. Pouls 92, état général satisfaisant; la voix est toujours rauque.

Le 7 juin, madame L..., se trouvant assez bien, me prie de cesser mes visites. Je vois ce jour-là la malade en bonne voie de convalescence et je lui conseille de la peptone, deux fois par jour, dans une demi-tasse de café noir.

Pendant la période de la fièvre typhoïde, le thermomètre oscillait entre 38°, 39°, 40°.

Le 26 mai, jour de l'empoisonnement, j'avais engagé la famille à me garder l'urine de madame L... Nous obtînmes en tout 250 grammes en 24 heures, que je portai chez M. Cocquelet, pharmacien, ex-interne des hôpitaux de Paris, et voici le résultat de ses analyses :

Recherches de l'acide phénique dans l'urine de madame L..., par le procédé Jacquemin. — Ce procédé est basé sur la transformation de l'acide phénique en erytrophénate de soude (sel bleu), possédant un pouvoir colorant très considérable.

L'acide phénique additionné de son poids d'aniline, puis d'hypochlorite de soude, donne une liqueur bleue foncée (erytrophénate de soude), remarquable par la pureté et la persistance de sa teinte. Cette teinte va au rouge par l'addition d'acide et le bleu reparaît dès qu'on sature par un alcali.

Cette réaction est très sensible et se manifeste même dans des liqueurs étendues à 1/66000e.

Des expériences nombreuses de M. Galippe, sur l'urine des chiens, lui ont démontré que l'urine ne prend jamais l'odeur d'acide phénique et qu'on ne peut y déceler directement la présence de ce corps au moyen des réactifs ordinaires.

Cette odeur devient au contraire manifeste quand on opère les réactions propres, et donne naissance à l'acide siopurpurique. (Communication faite à la Société d'émulation, le 4 février 1873.)

Cette observation vient confirmer le mode opératoire préconisé par M. Jacquemin, pour le traitement des urines phéniques et que voici :

1° 200 centimètres cubes d'urine sont additionnés du mélange suivant :

Acide sulfurique pur . . . . 4 grammes.
Eau distillée. . . . . 16 grammes.

Ce mélange est maintenu à 50 degrés pendant deux heures. On ajoute, après refroidissement, un volume égal d'alcool à 90 degrés. Après un certain temps, on filtre.

Distillez le produit au bain-marie, de manière à retirer tout l'alcool.

Après refroidissement le liquide restant dans la cornue est traité, à deux reprises différentes, dans un entonnoir à robinet, bouché à l'émeri, par environ 30 à 50 grammes d'éther à 62 degrés.

Cet éthérolé est abandonné à l'évaporation spontanée, et c'est dans le résidu ainsi obtenu que l'acide phénique est recherché comme suit :

Une faible partie du résidu est dissoute dans l'eau (quelques grammes), additionnée d'une goutte d'aniline et de quelques grammes d'hypochlorite de soude, *récemment préparé.* — Au bout d'un temps variant avec la quantité d'acide phénique, une coloration se produit (coloration bleue plus ou moins intense).

L'urine de madame L..., traitée d'après ce procédé a donné, avec une très faible quantité du résidu éthéré, une coloration bleue très intense.

L'auteur prétend que la réaction peut être obtenue directement sur le premier liquide, avant la distillation et la reprise par l'éther. Cet essai a été fait et n'a donné qu'un résultat peu satisfaisant.

Nous devons faire observer, qu'il faut toujours avoir soin de neutraliser les liquides, généralement acides, par le carbonate de soude, qui peut être, sans inconvénient, ajouté en léger excès.

C'est dans le liquide ainsi neutralisé qu'on ajoutera l'aniline et l'hypochlorite de soude.

VARIÉTÉS

La Faculté de médecine de Nancy pendant l'année scolaire 1882-1883 (1).

Pendant l'année scolaire 1882-83, le nombre des élèves inscrits a été de 22 élèves en première année ; 21 pour la seconde ; 27 pour la troisième ; 14 pour la quatrième ; auxquels s'ajoutent, pour la cinquième année, 46 élèves en cours d'examens. Parmi les élèves en cours d'inscription, il n'y en a plus que quatre suivant l'ancien régime.

L'origine des élèves est en rapport avec la situation géographique et avec les sympathies plus directes qui se rattachent à l'École de Nancy. L'Alsace-Lorraine est en première ligne avec 50 étudiants. Le département de Meurthe-et-Moselle est en seconde ligne avec 41 élèves : les Vosges en troisième ligne avec 15 élèves.

Vient ensuite la Meuse avec 6, la Haute-Saône avec 5 et la Haute-Marne avec 4 élèves. Les autres proviennent de divers départements, 2 élèves appartenaient à la Roumanie et à la Bessarabie.

Il a été accordé six bourses pour l'année 1883.

Le décret du 15 juin 1880 accorde aux élèves du service de santé militaire le droit de terminer leurs études dans la Faculté, où ils les ont commencées ; ce qui a élevé le nombre des élèves militaires au chiffre de 26 à Nancy, sans compter ceux qui se préparent encore aux concours d'admission.

Le doyen réclame encore une fois le droit, pour Nancy, de recevoir des engagés conditionnels, comme en reçoivent les hôpitaux militaires de Paris, Versailles, Lille, Lyon, Marseille, Toulouse. Il en résulte que la Faculté de Nancy perd des élèves sans en recevoir. Le doyen a aussi protesté auprès du ministre contre l'obligation du service de trois ans qui serait imposé aux étudiants en médecine, comme à tous les jeunes gens qui se destinent aux carrières libérales. Trois années consécutives de service militaire, à quelque époque des études qu'on les place, éteindraient bien des vocations médicales et troubleraient sérieusement les études.

Sur 221 examens, 219 appartiennent au doctorat : 2 seulement au grade d'officier de santé.

Le nombre des thèses a été de 21, comme l'année précédente.

Le nombre des cadavres non réclamés a été de 129, dont 5 enfants ; mais le nombre total des sujets autopsiés a été de 455.

L'hôpital Saint-Charles a reçu, en 1882, un chiffre total de 1,323 malades plus les 135 présents au 1er janvier.

L'hôpital Saint-Léon a reçu, en 1882, un nombre de 254 malades, plus les 62 présents au 1er janvier 1882.

La rentrée de novembre 1883 s'est faite, pour la première fois, dans le nouvel hôpital.

La clinique obstétricale a reçu 213 femmes, plus les 24 restant le 1er janvier 1882.

La clinique des maladies syphilitiques a reçu 268 malades, plus 52 restant le 1er janvier.

A la clinique des maladies des yeux il a été fait 11 opérations de cataracte, dont 10 avec succès complet ; plus 17 autres opérations, dont 5 iridectomies.

La clinique des maladies cutanées et scrofuleuses a reçu 100 malades, plus 57 restant le 1er janvier 1882.

Le service des maladies chroniques a reçu 223 malades, plus 87 restant le 1er janvier.

La bibliothèque, agrandie de tout l'espace occupé autrefois par le Musée, avec ses 40 à 45 publications périodiques, compte un nombre de 12,611 volumes au lieu de 10,911 l'année précédente.

Parmi les délibérations importantes prises par la Faculté, le compte rendu signale celle qui repousse le doctorat ès sciences médicales, et celles qui revendiquent pour Nancy la création d'une École du service de santé militaire.

(1) *Comptes rendus des travaux des Facultés*, Berger-Levrault, 1884.

L'École supérieure de pharmacie de Nancy pendant l'année scolaire 1882-1883.

Le nombre des étudiants de l'École supérieure de pharmacie de Nancy a été de 78 pendant l'année scolaire 1882-1883 ; soit 41 en cours d'inscription et 37 en cours d'examens.

Les étudiants en cours d'inscription sont 26 pour la 1re classe et 15 pour la 2e classe ; presque tous appartiennent au nouveau régime.

Le personnel des étudiants en cours d'examens comprend en première année 17 élèves ; en deuxième année, 12 élèves ; en troisième année, 8 élèves.

Un seul candidat s'est présenté pour le certificat d'aptitude à la profession d'herboriste de 1re classe et a été reçu.

L'École a délivré 24 diplômes ; 14 de 1re classe, ancien régime ; 6 de 1re classe, nouveau régime ; 2 de 2e classe, ancien régime ; 2 de 2e classe, nouveau régime.

Il n'y a pas eu de thèse.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

227. M. Ebeid. Des fistules vésico-vaginales et de leur traitement par la réunion immédiate secondaire. — 228. M. Pagnier. Essai sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu. — 229. M. Heulez. De l'asthénie du tissu conjonctif. (Étude pathogénique des dilatations veineuse, annulaire, pulmonaire, etc.) — 230. M. Roussel. Températures élevées et températures simulées. — 231. M. Amiot. Du traitement du pédicule après l'hystérectomie par la voie abdominale. — 232. M. Forget. De la guérison spontanée des abcès froids et des abcès par congestion. — 233. M. Charlier. De la torsion des artères et de l'hémorragie secondaire. — 234. M. Bron-Duclaud. Contribution à l'étude de la pyohémie. — 235. M. Leclerc. Compression du nerf médian par un

cal vicieux de l'extrémité inférieure du radius. — 236. M. DENISE, Traitement du bec-de-lièvre simple et compliqué. — 237. M. MONDON. Températures locales et phtisie pulmonaire. — 238. M. ARTUS. Contribution à l'étude des œdèmes d'origine nerveuse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Depuis notre dernier bulletin la mortalité cholérique présente les chiffres suivants :

Toulon. — Du 21 au 22 août, 7 décès, dont 3 cas foudroyants à l'hôpital Saint-Mandrier. — Le 22 août, à l'hôpital Bon-Rencontre, 1 entrée, 0 sortie, 0 décès, 18 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 4 entrées, 6 sorties, 1 décès, 34 malades en traitement. — Du 22 au 23 août, 11 décès cholériques. — Le 23 août, à l'hôpital Bon-Rencontre, 3 entrées, 2 sorties, 2 décès, 17 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 4 entrées, 4 sorties, 3 décès, 31 malades en traitement. — Du 23 au 24 août, 5 décès cholériques dans les hôpitaux, dont 4 à Bon-Rencontre et 1 à Saint-Mandrier.

Marseille. — Du 21 au 22 août, 15 décès cholériques, dont 1 à l'hôpital du Pharo et 1 à l'Asile des Aliénés. — Du 22 au 23 août, 10 décès, plus 3 décès à Saint-Henry dans la banlieue de Marseille. — Du 23 au 24 août, 14 décès.

Arles. — La mortalité cholérique a été de 1 décès le 21 août, et de 2 décès le 22 août.

Aix. — Du 20 au 21 août, 2 décès dont 1 à l'Asile des Aliénés. — Du 21 au 22 août, 1 décès à l'Asile des Aliénés. — Du 22 au 23 août, 2 nouveaux décès cholériques au même asile.

Var. — Du 21 au 23 août : *La Seyne*, 6 décès; *Brignolles*, 2 décès; *Solliès*, 2 décès; *Tourves*, 2 décès; *Hyères, Le Luc, Reynier*, 1 décès.

Bouches-du-Rhône. — *Salon*, 1 décès; *Châteaurenard*, 1 décès; *Saint-Rémy*, 1 décès; *Saint-Andéol*, 1 décès.

Vaucluse. — *Avignon*, 2 décès; *Cavaillon*, 4 décès; *Asile de Montdevergues*, 2 décès.

Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 22 août, la mortalité cholérique de ce département a été de 77 décès, dont 60 à l'Asile des Aliénés de Montdevergues, 7 à l'hôpital, 2 en ville et 8 dans la banlieue.

Drôme. — *Valence*, 3 décès; *Erome*, 2 décès, 6 malades en traitement; *Tain* (environs), 2 décès.

Ardèche. — *Vogué*, 0 décès, 9 malades en traitement; *Lavilledieu*, 2 décès, 14 malades en traitement; *Saint-Pons*, 2 décès, 6 malades en traitement; *Lamas*, 3 décès, 8 malades en traitement; *Lapeyrade*, 1 décès.

Gard. — *Nîmes*, 2 décès; *Vallabrègues*, 8 décès; *Bességes :* 7 décès, 4 nouveaux cas; *Castillon*, 2 décès; *Robiac*, 2 décès; *Foussignargues*, 1 décès.

Hérault. — *Cette*, 8 décès, dont 4 au Lazaret; *Agde*, 6 décès, 15 malades en traitement; *Mèze*, 5 décès, 7 nouveaux cas; *Pézenas*, 5 décès; *Lunel*, 2 décès; *Pomérols, Camplong, Béziers, Gigean, Cournon-Terral*, et *Bousignes*, 1 décès.

Aude. — *Carcassonne*, 14 décès; *Narbonne*, 2 décès; *Montredon*, 4 décès; *Névian*, 2 décès.

Haute-Garonne. — *Toulouse*, 2 décès; *Sonsioles*, 1 décès, 14 malades en traitement; *Aspet*, 12 malades; *Milhas*, 9 malades.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 17 décès; *Thuir*, 3 décès; *Corbières*, 4 décès; *Saint-Félin-d'Avail*, 5 décès; *Vernet*, 2 décès; *Cabestany*, 2 décès; *Catlar, Claira, Prades, Néfiach, Arles-sur-Tech, Saint-Michel-de-Liotes, Elne, Saint-Laurent* et *Saint-Paul-de-Fenouillet*, 1 décès.

Basses-Alpes. — *Sisteron*, 2 décès le 21 août.

Hautes-Alpes. — *Gap*, 2 décès le 21 août; 1 décès le 22 août.

Italie. — Le *Bulletin officiel* nous fait connaître les chiffres suivants pour les provinces contaminées de Campobasso, Cosenza, Cunéo, Gênes, Massa, Naples, Parme, Port-Maurice, Turin, etc.

Le 21 août : 42 cas nouveaux, 24 décès. — Le 22 août : 73 cas nouveaux, 26 décès. — Le 23 août : 114 cas nouveaux et 59 décès, chiffres auxquels il faut ajouter pour la province de Cuneo en trois jours : 108 cas et 58 décès et la Spezzia, le 22 août : 70 cas et 48 décès.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Duponchelle, licencié ès sciences naturelles, est chargé, pendant l'année scolaire 1884-1885, des fonctions de maître de conférences d'histoire naturelle (emploi nouveau).

M. Doumer est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de maître de conférences de physique.

M. Gaulard, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de maître de conférences d'accouchement.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Théodore Bellier, licencié ès sciences physiques, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux chimiques.

— Un concours public pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le mercredi 15 octobre 1884, à quatre heures de l'après-midi, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 15 septembre 1884 et sera clos définitivement le mercredi 1er octobre 1884, à trois heures.

— *Muséum d'histoire naturelle de Paris.* — Les cours du premier semestre de l'année scolaire 1884-1885 commenceront le premier novembre prochain et auront lieu dans l'ordre suivant :

Chimie appliquée aux corps inorganiques. — M. le professeur Frémy étudiera cette année les principaux métaux. Le cours aura lieu le mercredi à deux heures et demie. Conférences deux fois par semaine. Manipulations tous les jours.

Physique végétale. — M. le professeur Georges Ville traitera, dans la première partie de ce cours, des conditions physiques et chimiques qui déterminent la production des végétaux. Dans la seconde partie, il traitera de la fabrication des engrais chimiques et de leur application raisonnée à la culture de nos régions et à celle de nos colonies. Ce cours aura lieu le lundi et le vendredi, à trois heures.

Botanique (*Organographie et physiologie végétales*). — M. le professeur Ph. Van Tieghem traitera de la morphologie et de la physiologie des cryptogames. Son cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis, à huit heures et demie.

Anatomie comparée. — M. le professeur Pouchet traitera de l'anatomie comparée et générale des animaux inférieurs (protozoaires, cœlentérés, echinodermes, vers et mollusques). Les leçons auront lieu les mardi et jeudi de chaque semaine, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon. Le samedi, conférence pratique à la même heure.

Zoologie (reptiles, batraciens et poissons). — M. le professeur Léon Vaillant traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des batraciens de l'époque actuelle et fossiles, en s'attachant à faire connaître les applications à l'économie domestique, l'industrie, etc. Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à une heure. Elles seront complétées par des conférences pratiques.

Zoologie (animaux articulés). — M. le professeur E. Blanchard exposera les caractères de l'organisme et les particularités de la vie des insectes, des arachnides et des crustacés. Il traitera en particulier des métamorphoses des crustacés et des insectes. Ce cours aura lieu les lundis, mercredis et vendredis, à une heure.

Zoologie (annélides, mollusques et zoophytes). — M. le professeur E. Perrier traitera, soit dans des leçons, soit dans des conférences pratiques, de l'organisation, du développement et de la classification des annélides, mollusques et zoophytes. Ce cours aura lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à deux heures et demie.

— Le directeur de l'Assistance publique a l'honneur de prévenir MM. les médecins du IIe arrondissement de Paris que, le mardi 16 septembre 1884, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin attaché au service du traitement à domicile.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des portes d'entrée de la tuberculose, par le docteur P. Verchère. In-8°, 1884. — Prix : 3 francs. — Paris, Coccoz.

Causeries médicales, par le docteur Loubray. 1 vol. in-18. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

De la folie à la ménopause, par le docteur Guimbal. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16630

N° 99. — JEUDI 28 AOUT 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 28 AOUT 1884. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française



Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les paralysies alcooliques. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Thèses — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avions raison de craindre qu'une commission académique ne représentât pas l'idéal pour une enquête démonstrative sur tout l'ensemble des questions relatives au choléra.

En effet une pareille enquête, pour avoir une valeur probante, doit absolument être impartiale : autrement ce n'est plus une enquête : c'est un plaidoyer si les documents y sont mis en œuvre avec parti pris.

Or, déjà l'esprit d'exclusivisme s'est fait sentir dans la composition de la commission qui vient d'être élue.

Nul n'avait aussi bien le droit d'en faire partie que M. Jules Guérin. Nul n'a vu comme lui, depuis la première jusqu'à la dernière, toutes les épidémies de choléra qui ont atteint l'Europe. Nul n'a rassemblé personnellement autant de documents relatifs à cette maladie. Nul ne peut se vanter de dépasser en vigueur d'esprit, en puissance de travail, en énergie physique, en activité inépuisable, ce vétéran de l'Académie, ce vieillard de quatre-vingt-quatre ans.

Dans la séance même où se faisait l'élection, il donnait encore sa mesure par un discours très remarquable, dont on trouvera ci-dessous une brève analyse.

Nous sommes d'autant mieux autorisé à en faire l'éloge que nous n'avons pas les mêmes doctrines relativement à la genèse du choléra et que, sans mettre en doute les faits incontestables qu'il a rassemblés et groupés, nous ne sommes pas encore convaincu de l'évolution spontanée de cette maladie.

L'écarter de la commission parce que ses opinions diffèrent de celles de la majorité, alors qu'il s'agit apparemment de s'en référer simplement aux faits, cela ne nous paraît ni juste ni habile.

C'est dire d'avance : nous ne verrons que ce que nous sommes résolus de voir.

C'est s'écarter de traditions qui doivent avoir force de loi dans un corps purement scientifique, et d'après lesquelles il n'est pas permis à ceux qui dominent par le nombre de repousser l'adjonction de ceux qui, représentant des idées contraires, ne sont pas moindres par le talent.

La seule raison à invoquer pour une autre manière d'agir, c'est la tactique à la prussienne.

Depuis notre guerre malheureuse, on veut porter en tout l'esprit de discipline, et on l'applique un peu à tort et à travers.

On a nommé la commission en toute hâte, malgré le petit nombre des membres présents, à cause des inconvénients que peuvent avoir les retards dans la mobilisation des troupes.

On l'a désignée homogène pour qu'elle pût se mettre en campagne sans tiraillements, avec promptitude, et combiner ses mouvements avec ensemble et précision.

L'objectif, c'est l'occupation de postes fortifiés, de fortes positions par les représentants de l'hygiène publique dans l'administration française.

L'enquête est une tranchée ouverte, qui doit conduire à ce résultat d'une façon sûre et rapide.

Voilà du moins ce qu'on nous a semblé dire et sous-entendre au sujet de cette élection, voilà les arguments indiqués et sentis pour en motiver l'extrême précipitation, pour faire accepter sans conteste la liste dressée à l'improviste par le bureau de la séance.

Mais, quels que soient les résultats de cette campagne bien conduite, résultats peut-être très utiles au point de vue de l'organisation des corps sanitaires officiels tels que nous les avons vus fonctionner en Égypte en 1865, etc., en définitive, nous n'en répéterons pas moins qu'en médecine, en épidémiologie, lorsqu'il s'agit avant tout de faits, d'observations et de pratique, dont les conclusions doivent pour ainsi dire découler de soi, notre idéal, pour une enquête, n'est pas celui-là.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIERE. — M. CHARCOT.

Les paralysies alcooliques.

(Leçon recueillie par M. GILLES DE LA TOURETTE, interne du service.)

Les deux malades que nous allons examiner sont toutes deux atteintes d'une variété de paralysie due à l'intoxication alcoolique : les troubles fonctionnels qu'elles présentent sont rares, leur description est de date récente; aussi convient-il de ne pas les laisser passer inaperçus.

C'est à Magnus Huss (1) que revient l'honneur d'avoir mentionné, le premier, l'existence des paralysies dans l'alcoolisme chronique; mais, à l'époque où écrivait l'auteur suédois, la nosologie nerveuse était encore trop incomplète

(1) *Magnus Huss.* — Chronishe Alkoholskrankheit ; Stockholm und Leipzig, 1852.

pour qu'on pût scientifiquement catégoriser ces phénomènes dont, du reste, Huss ne fit qu'ébaucher le tableau symptomatique dans son livre.

Il faut arriver à l'article *Alcoolisme* de M. Lancereaux, publié dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* en 1864, pour trouver le premier essai d'une description de ces paralysies : l'auteur insiste sur ce fait que, de même que dans le saturnisme, elles atteignent de préférence les *muscles extenseurs* des membres. A cet article est jointe une note de M. Leudet, professeur de clinique à l'École de Médecine de Rouen, dans laquelle se trouve énoncée une nouvelle caractéristique : ce sont des *paralysies douloureuses*. En 1867 (1), le savant professeur de Rouen insistait à nouveau sur ces douleurs à caractère névralgique, se montrant dans les membres inférieurs et tout particulièrement la nuit. La *névralgie générale* de Valleix était en partie démembrée au profit de l'alcoolisme. Au point de vue anatomique M. Leudet apportait encore un fait important. Ayant eu le premier l'occasion de faire des autopsies dans ces cas spéciaux, il avait pu constater l'*intégrité* de la moelle épinière et les *lésions des nerfs périphériques et des muscles* auxquels les rameaux nerveux altérés se rendaient. Ces lésions, analogues à celles que l'on produit en coupant un nerf sur son trajet, ont été retrouvées par M. Lancereaux.

Il semblerait rationnel que les auteurs anglais, vivant dans un pays où règne à un assez haut degré l'alcoolisme, eussent dû depuis longtemps avoir apporté leur contingent scientifique. Cependant, ce n'est qu'en 1872 que MM. Wilks et Lockart Clarke (2) attirèrent l'attention pour la première fois sur une forme de paraplégie qui s'observe, paraît-il, assez fréquemment à Londres chez les femmes, — même parmi les *ladies*, — et qu'ils désignèrent d'un commun accord sous le nom de *paraplégie alcoolique*. Il existait là, longtemps avant les troubles moteurs, des douleurs revenant par accès et que les malades comparaient à des chocs électriques. En 1881, M. Lancereaux (3) donnait enfin une description à laquelle on a pu ajouter quelques nouveaux traits, mais qui n'en reste pas moins très suffisante dans son ensemble.

L'*étiologie* des paralysies alcooliques ne nous retiendra pas longtemps. Cependant, je dois dès maintenant insister sur ce fait que les anamnestiques veulent être cherchés, car, dans les premières périodes, il est très difficile d'obtenir un aveu, et, lorsque l'affection est constituée, il s'y associe un *état mental* sur lequel je me propose de revenir. Doit-on incriminer un alcool plutôt qu'un autre? cela est peu probable ; ce qui est plus certain, c'est que, dans la grande majorité des cas, ce sont les *buveuses* et non les *buveurs* qui sont atteintes (12/15, Lancereaux) : et les buveuses du grand monde, les *ladies* de Wilks, qui boivent des cognacs superfins, des *douceurs*, des liqueurs fines, aussi bien que les femmes du peuple qui absorbent du vin, du mêlé-cassis, de l'eau de mélisse ou du vulnéraire (4).

Pourquoi, ainsi que je l'ai constaté depuis longtemps, les femmes sont-elles atteintes de préférence ? L'une de nos malades a des antécédents névropathiques bien caractérisés : cela suffit dans l'espèce, mais n'éclaire nullement l'influence du sexe ; il y a là un problème à élucider. Quant à l'*âge*, l'origine de l'affection nous indique que ce sont les *adultes* qui fournissent le contingent.

Le *mode de début* est presque toujours le même : en dehors des autres symptômes révélateurs de l'intoxication alcoolique et parmi lesquels je citerai tout particulièrement les *rêves nocturnes*, cauchemars, visions effrayantes, un des premiers indices de ces paralysies semble consister dans l'apparition de *douleurs vives*, que les malades ressentent surtout dans les membres inférieurs. Ces douleurs ressemblent parfois assez bien à celles qui se montrent dans la première période de l'ataxie locomotrice : ce sont des picotements, des formications, des élancements, de véritables douleurs fulgurantes qui traversent les membres et se montrent tout spécialement *pendant la nuit*. Aussi les malades appréhendent-elles avec terreur le repos nocturne qui est entrecoupé par des hallucinations épouvantables pendant le sommeil, et par des douleurs cruelles pendant les heures d'insomnie.

Ces douleurs se généralisent bientôt ; occupant *symétriquement* les deux membres inférieurs de préférence et en premier lieu, et s'accompagnant d'hyperesthésie cutanée, elles gagnent les deux membres supérieurs et au bout d'un certain temps, variable suivant les sujets, font place à un nouveau phénomène, l'*analgésie*. La sensation de froid, de chaud, la piqûre ne sont plus senties dans les membres atteints ; le contact du sol n'est plus perçu. C'est alors que survient la *paralysie motrice*. Elle aussi est symétrique ; elle affecte les membres supérieurs et inférieurs, ceux-ci principalement ; mais, il est des groupes musculaires sur lesquels elle porte de préférence son action : j'ai déjà nommé les *muscles extenseurs*. Regardez ces deux femmes assises chacune sur une chaise un peu élevée, vous voyez leurs pieds pendre inertes, équins-directs ; elles sont dans l'impossibilité d'en redresser la pointe ; les réflexes rotuliens sont abolis, comme l'a indiqué M. Glynn (1). Chez l'une d'elles, vous pouvez voir que, dans une proportion moindre, les extenseurs des deux avant-bras sont également envahis. Ni chez l'une ni chez l'autre, les muscles du tronc, ce qui arrive quelquefois cependant, ne sont pris ; quant aux muscles de la face, il paraît que l'alcool les respecte toujours.

A cette occasion, je désire attirer votre attention sur une particularité dont ces deux femmes offrent un frappant exemple. Considérez leurs pieds, leurs jambes ; ne remarquez-vous pas les *phénomènes vaso-moteurs* qui viennent de s'y produire : cette rougeur diffuse, parfois violacée, qui a envahi les téguments ; cet empâtement péri-malléolaire qui existe presque constamment sans que les urines nous en fournissent une raison satisfaisante, car nos malades ne sont ni diabétiques ni albuminuriques. D'autres fois, ce sont des sueurs localisées aux pieds, aux mains, qui apparaissent subitement et s'en vont de même ; des alternatives de pâleur et de rougeur ; enfin, au bout d'un certain temps, dans ces pieds équins, il se forme des adhérences fibreuses des tendons, des épaississements du tissu conjonctif qui environne l'articulation tibio-tarsienne, adhérences qui rendent impossible la restitution *ad integrum* des mouvements. Si nos

(1) *E. Leudet.* — Étude clinique sur la forme hyperesthésique de l'alcoolisme chronique et de sa relation avec les maladies de la moelle. (Arch. gén. de Méd., 1867, t. I, p. 1.)

(2) *Wilks et Lockart Clarke*, the Lancet, 1872. *V. Charcot* : Leçons sur les maladies du système nerveux, t. II, p. 30. M. Wilks est depuis revenu sur ces paralysies dans son ouvrage : *On diseases of the nervous system*. London, 1883.

(3) *Lancereaux.* — De la paralysie alcoolique. *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*. 1881, p. 119 et seq.

(4) *Id.* — *Union médicale*, n° 145, 1882, et seq.

(1) *R. Glynn.* — Cases of alcoolic paraplegia. — *Liverpool medico-chirurgical journal*, juillet 1883.

malades guérissent, il deviendra probablement nécessaire d'intervenir par une opération chirurgicale. Vous constatez en outre que les muscles paralysés sont mous, et je puis vous dire que leur excitabilité électrique est notamment diminuée.

J'arrive maintenant à l'état mental de ces deux femmes qui peuvent nous servir de type pour la description. Il en est des troubles liés à l'alcoolisme, comme de ceux qu'on observe dans le morphinisme, il faut, pour ainsi dire, être porté par le diagnostic même vers la notion étiologique. Même dans les premières périodes, alors que l'esprit du sujet possède toute sa lucidité, il vous sera toujours difficile d'obtenir un aveu que vous devrez demander à l'entourage; lors de la paralysie confirmée, la notion étiologique vous fera constamment défaut de la part du malade. Nous savons parfaitement que ces deux femmes buvaient l'une du cognac, l'autre du mêlé-cassis; le mari, la fille nous l'ont appris. Demandez-leur de vous éclairer sur leurs habitudes : toutes deux vous affirmeront qu'elles étaient d'une sobriété à toute épreuve; en cela elles sont conséquentes avec elles-mêmes; elles ne se souviennent plus ; toutes deux ont perdu la mémoire. Aujourd'hui elles vous affirmeront qu'elles éprouvent dans les jambes des douleurs lancinantes ; l'une d'elles vous dira même qu'elle voyait dans ses cauchemars de l'eau trouble et des serpents; mais demain elles vous feront des récits tout à fait contradictoires; en tous cas et toujours, elles opposeront la dénégation la plus indignée à vos investigations sur l'alcoolisme.

J'ai vu, dans ma clientèle, une dame qui s'alcoolisait conjointement avec son mari; ses jambes se paralysèrent; les deux époux nièrent tout naturellement l'alcoolisme; il n'y avait pas d'enfants, pas d'amis; les domestiques se méfiaient; il me fut fort difficile d'acquérir une certitude étiologique que me donnaient à eux seuls les phénomènes physiques. Je l'acquis néanmoins, et complète, grâce aux renseignements que me fournit la mère de la malade, renseignements qui ne laissaient aucune place au doute.

La *marche* de ces paralysies est essentiellement *chronique;* elles affectent très rarement le *mode aigu*, dont cependant M. Broadbent (1) a signalé un exemple. Cette marche est progressive et fatale si les habitudes alcooliques ne sont pas abandonnées ou si l'intoxication est de trop longue date. Chez un homme jeune, j'ai pu faire disparaître une paralysie de trois mois par l'isolement, la suppression de l'alcool et l'hydrothérapie; mais, la récidive survint, le malade étant rentré dans ses habitudes pernicieuses dont, vous le savez, les ivrognes se défont si difficilement. Chez une dame, la paralysie guérit par le même traitement, mais la phtisie pulmonaire eut bientôt raison de cet organisme débilité par l'alcool.

Le *diagnostic* de ces paralysies n'est pas toujours facile, surtout à la première période; les douleurs qu'on observe alors pourraient faire songer à l'*ataxie locomotrice* au début; les anamnestiques seront ici d'un grand secours. Il est une maladie générale qui donne également naissance à des douleurs du même genre; j'ai nommé le *diabète* (2), mais il est bien évident que vous aurez eu soin d'examiner les urines de vos malades.

(1) *Broadbent.* — Société royale de médecine de Londres, 12 février 1884.

(2) *V. Bernard et Ch. Féré.* — Des troubles nerveux observés chez les diabétiques. (*Arch. de neurologie*, 1882, t. IV, p. 336.)

Quant au *saturnisme*, qui donne également lieu à la paralysie des extenseurs, vous serez vite fixés sur ses droits à la production, mais vous n'oublierez pas non plus que bien souvent les diabétiques et les saturnins sont également des alcooliques.

Pour le traitement, je l'ai déjà esquissé : isolez les malades le plus tôt possible, confiez-les à des gens sûrs qui ne se laisseront pas séduire et n'apporteront pas en cachette cet alcool que vous supprimez, et, l'hydrothérapie et un régime tonique aidants, vous obtiendrez des résultats que viendront malheureusement trop souvent détruire les habitudes invétérées des malades rendus à leur vie et à leurs passions ordinaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 août 1884. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Bourguet (d'Aix), qui établit l'existence d'une constitution saisonnière diarrhéique dans cette ville avant l'éclosion du choléra.

2° Un pli cacheté présenté par M. le docteur Viard. (Accepté.)

3° Diverses pièces relatives au choléra.

RAPPORT

M. BROUARDEL, au nom de la section d'hygiène, lit un rapport sur les propositions formulées devant l'Académie dans la dernière séance par M. le docteur Marey, relativement à une enquête à faire sur les anciennes épidémies de choléra et à diverses mesures d'hygiène à prendre, soit pour prévenir, soit pour arrêter ou atténuer à l'avenir les épidémies.

Le but du travail de M. Marey a été de résumer les points sur lesquels l'accord est fait à l'Académie sur la question du choléra et de pousser à l'adoption des mesures hygiéniques qui ne peuvent soulever de contradiction. La section d'hygiène estime que M. Marey a été bien inspiré. « Les questions qui nous divisent, dit M. le rapporteur, sont bien moins nombreuses que celles sur lesquelles l'accord est établi. Mais le public, et même le public médical, ne le soupçonne pas. Cette erreur est facile à comprendre : les orateurs qui se succèdent à cette tribune n'évoquent naturellement que les parties encore obscures du problème qu'ils veulent résoudre. Ils évitent de fatiguer leurs collègues en répétant ce que chacun sait et accepte avec eux. Aussi paraissons-nous partagés par de profonds dissentiments. Il est même probable que ce ne sera pas sans quelque surprise que sera accueillie la preuve de notre accord. Il appartient à l'Académie de démontrer aux pouvoirs publics, aux médecins et aux personnes qui suivent nos discussions, que la somme des faits acquis est assez considérable pour que, dès maintenant, nous soyons en droit d'exiger que des mesures sanitaires soient appliquées, témoignant que la période des actes est enfin arrivée. »

M. Brouardel rappelle du reste que l'Académie a entre les mains les instructions concernant les mesures préventives à prendre contre le choléra, publiées en Allemagne, en Angleterre, en Belgique, en Suisse; celle qui a été déjà publiée par le comité consultatif d'hygiène de France; un grand nombre de documents et de renseignements parvenus de tous les points de la France depuis le début de l'épidémie actuelle, etc. Tous ces documents ont été comparés avec soin et il est remarquable de voir combien les diverses instructions concordent. Aussi a-t-on vu le congrès d'hygiène de La Haye, qui se tenait il y a quatre jours, adopter, à la presque unanimité, les propositions françaises présentées par M. le rapporteur et par MM. Proust et Rochard. « Il y a donc, sur les points principaux, entente parfaite entre l'immense majorité des hygiénistes. »

Voici les conclusions de la section d'hygiène :

« 1° Il est désirable qu'*une enquête administrative*, vu l'urgence, soit instituée de suite de manière à faire connaître les causes démontrées ou présumées de l'apparition des épidémies cholériques antérieures dans les diverses villes et les divers villages de France, leur marche et les conditions qui en ont favorisé le développement, notamment les causes d'insalubrité spéciales à ces villes et villages, la pureté des eaux d'alimentation, les méthodes de vidange, etc.

Elle demande que pour l'épidémie actuelle tous les documents relatifs à ces diverses questions soient soigneusement enregistrés, dressés de façon à être comparables entre eux.

Elle estime que l'étude du passé sanitaire de chaque commune peut seule permettre à l'administration de prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les mêmes causes ne produisent les mêmes effets désastreux lors du retour de chaque épidémie nouvelle.

2° Les eaux qui servent à la consommation doivent être exemptes de toute souillure. Il y a lieu de faire examiner par des commissions d'hygiène les eaux qui actuellement sont utilisées en boissons et de soumettre à leur approbation les projets de dérivation et de distribution des eaux qui doivent servir à l'alimentation des villes et des villages.

3° Quels que soient les moyens employés pour désinfecter et transporter les matières fécales, celles-ci ne devront jamais polluer les cours d'eau ni être répandues à l'air libre sur le sol ou jetées sur les fumiers.

4° L'Administration chargée de l'hygiène publique est invitée à centraliser tous les documents capables de l'éclairer sur l'état de chaque localité au point de vue de l'hygiène.

Ces documents lui sont fournis par les médecins des épidémies, par les comités d'hygiène d'arrondissement, par les bureaux d'hygiène dans les grandes villes.

Elle seule peut contraindre les municipalités chargées par la loi de veiller à l'exécution des mesures d'hygiène dans leurs communes; elle seule peut provoquer l'affectation à ces services de ressources suffisantes.

5° L'Administration est priée d'étudier dans quelles conditions pourrait être établi un bureau international d'hygiène, permettant de grouper tous les documents relatifs aux épidémies, de signaler leur apparition dans les divers pays.

6° Un enseignement spécial de l'épidémiologie sera organisé dans les diverses Facultés.

7° L'Académie charge la commission du choléra, dont fera partie M. Marey, de rechercher, dans les documents relatifs aux épidémies antérieures, dans ceux qui lui ont été adressés à l'occasion de l'épidémie actuelle ou qui lui seront ultérieurement envoyés, tous ceux qui peuvent servir à élucider la durée de l'incubation de la maladie, le mode de contamination, la rapidité de l'invasion, la marche de l'épidémie, les causes qui ont pu favoriser son développement, celles qui paraissent avoir assuré l'immunité dans les diverses localités. »

ÉLECTION D'UNE COMMISSION DU CHOLÉRA.

A la suite du rapport de M. Brouardel, sur la proposition de M. le président, et après quelques courtes observations présentées par MM. Bouley, Jules Guérin, Marey et Brouardel, l'Académie décide de nommer séance tenante la commission d'enquête dont il est question dans les conclusions. Cette commission de neuf membres dont la liste a été dressée par le bureau et distribuée à tous les membres de l'Académie, appelés à voter, se compose de : MM. Brouardel, Rochard, Proust, Marey, Pasteur, Noël Guéneau de Mussy, Fauvel, Besnier et Legouest.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. JULES GUÉRIN, en reprenant la parole sur le choléra, tient d'abord à bien établir qu'il ne s'agit pas pour lui de personnes, mais de doctrines. S'il a à contredire et même à froisser quelques personnes, il ne veut les considérer que comme des obstacles à la consécration des vérités qu'il s'efforce de faire triompher.

Il s'est transporté sur le théâtre de l'épidémie, et là, avec le concours empressé de MM. les docteurs Geslin, Cunéo, etc., il a recueilli de nouveaux documents qui viennent à l'appui du système de l'*évolution*, soutenu par lui de tout temps.

D'abord, il est acquis au débat qu'aucune trace d'importation du choléra à Toulon n'a pu être découverte. La simultanéité des décès sur des points éloignés les uns des autres est absolument constatée par le relevé nécrologique officiel de l'état civil de Toulon. Comme distance du domicile du premier décédé à celui du second, il y a de 4,000 à 5,000 mètres ; du deuxième au troisième, 4,000 ; du troisième au quatrième, 1,800 ; du quatrième au cinquième, 400 ; du cinquième au sixième, 500.

Les choses se sont passées de même à Marseille. Le 27, jour de la mort du lycéen, accusé d'avoir apporté le choléra, il y avait quatre autres décès par le choléra dans cette ville, dont l'un place Saint-Michel, un autre rue Saint-Dominique, un troisième rue Nationale, tous trois négligés sur la carte de M. Proust.

Or, MM. Proust et Fauvel ne reconnaissent que trois modes de transmission : 1° par l'individu ; 2° par la voie des déjections ; 3° par la voie des vêtements contaminés.

Or, ni les premiers malades de Toulon, ni le lycéen de Marseille, ni aucun des quatre cholériques morts le même jour dans cette ville n'ont envoyé, à 4 ou 5 kilomètres l'un de l'autre, ni leurs poignées de mains, ni leurs vêtements, ni leurs déjections, à la même heure, à la même minute. Il faut donc que le système de l'importation renonce à relier entre eux les premiers cholériques des deux épidémies de Toulon et de Marseille par la voie de la transmission contagieuse ; et c'est au système de l'évolution, à la doctrine de la constitution cholérique qu'il faut demander ce que la doctrine de l'importation ne peut fournir.

Cette constitution s'accuse premièrement par une sorte d'immixtion de l'élément cholérique aux autres maladies régnantes, secondement par une succession d'ébauches plus ou moins accentuées de la maladie elle-même, troisièmement par l'apparition de quelques cas de la maladie complète au milieu de ses formes ébauchées, et finalement par l'explosion de l'épidémie en certains lieux, alors que sur d'autres points elle continue à passer par les premiers degrés de son évolution. Or, c'est ainsi que les choses se sont passées à Toulon et à Marseille.

Les diarrhées qui précèdent une épidémie peuvent passer inaperçues. M. Cunéo n'a fait aucune difficulté pour le reconnaître. Mais de nombreux témoignages démontrent l'existence de la diarrhée prémonitoire dès les débuts de l'épidémie de Toulon. MM. Brouardel et Proust eux-mêmes en ont été atteints dès leur arrivée, ainsi que la plupart des médecins avec lesquels ils s'étaient trouvés en rapport ; et il existait alors à Toulon une salle spéciale où les simples diarrhéiques étaient placés, ainsi que le constate la thèse de M. le docteur Raudon pour la date du 18 juin. Dès lors un grand nombre de malades étaient atteints de diarrhée seulement. Du reste, M. le chef de gare de Toulon a déclaré qu'à partir du mois de mai il a été obligé d'accorder à plusieurs reprises des congés pour des dérangements de corps.

La chose n'est pas moins bien établie pour Marseille, non seulement par les témoignages de plusieurs des correspondants de la *Gazette des Hôpitaux*, MM. les docteurs Livon, Plugette, Azaïs, etc., mais par un grand nombre d'autres preuves. L'établissement d'une constitution médicale de plus en plus diarrhéique est d'ailleurs absolument prouvé en ce qui touche Toulon, non seulement par les relevés de M. le docteur Dutrieux, dont M. le docteur Cunéo déclare reconnaître la parfaite exactitude, mais par un relevé dressé par M. le docteur Laugier, chef de clinique de M. le docteur Cunéo, et qui montre, à partir du mois de janvier, le nombre croissant des diarrhées à l'hôpital Saint-Mandrier. Le *Nécrologue officiel* de la ville de Toulon conduit à la même conclusion ; et, bien entendu, les premiers cas de choléra vrai y sont désignés sous le nom de choléra *nostras*.

Pour Marseille, à défaut d'un pareil nécrologue, on trouve les

renseignements suivants dans le *Bulletin statistique officiel* de cette ville, pour le mois de juin : « Les décès par maladies des voies intestinales se sont accrus (39 décès en avril, 69 en mai, 112 en juin), et comme détail de cet accroissement : 4 dysenteries, 14 diarrhées-lienterie, 60 entérites, 2 entéro-colites, 14 gastro-entérites, 12 cholérines, 8 choléras infantiles, 2 iléus, 1 gastrite, 3 carreaux. » « Or, ajoute M. Albenois, auteur de cette statistique officielle, la température s'est maintenue très au-dessous de la moyenne dans les deux premières dizaines, et ce n'est que dans les derniers jours que les chaleurs sont devenues brusquement accablantes. »

Quoi de plus significatif? D'autant plus que M. Albenois est un partisan de la doctrine de l'importation.

Voilà pour les diarrhées prémonitoires, dont l'existence a été également constatée à Nîmes par MM. les docteurs Delamarre et Bonnes, à Aix par M. le docteur Latil, etc.

Quant à l'existence de cas isolés de choléra avant la reconnaissance officielle de l'épidémie, elle est certaine pour Toulon, où mourut le 14 juin, à l'hôpital maritime, un malade dont il n'a pas été question dans le rapport de la commission d'enquête. Entré à dix heures du matin, il mourut le même jour, et son décès a été déclaré à l'état-civil *gastro-entérite aiguë*. Cependant, dit M. Raudon dans sa thèse, les médecins assistants l'ont considéré comme le premier cas de choléra asiatique à Toulon. Or, avant et après, on trouve un entourage de cas qualifiés : *diarrhée simple, diarrhée indigène, diarrhée nostras*, qui commencent à la fin de mai et s'étendent jusqu'aux cas reconnus de choléra asiatique.

Pour Marseille, à défaut de renseignements semblables relatifs aux hôpitaux, on peut invoquer le témoignage de M. le docteur Giraud qui a eu, dans sa clientèle de la ville, trois cas de choléra suivi de mort avant l'éclosion officielle de l'épidémie, le 6, le 15 et le 19 juin.

Le premier malade, journalier à l'usine à gaz, âgé de trente-neuf ans, mourut en moins de vingt-quatre heures avec tous les symptômes caractéristiques, le 6 juin à six heures du soir.

Le second, ouvrier chaudronnier, était atteint de diarrhée depuis quelque temps déjà. Le 15, il alla le matin à son travail, y fut pris des premiers symptômes du choléra et il mourut le même jour à cinq heures du soir.

Le troisième, atteint de diarrhée le 17, et de choléra le 19 au matin, mourut le même jour à midi. Ce sont les trois cas les plus graves, les plus rapidement mortels qu'ait observés cette année M. le docteur Giraud.

M. Guérin cite ensuite, en ce qui touche les épidémies antérieures, les témoignages officiels très nombreux qui établissent que les choses se sont passées ainsi, en Pologne, en Russie, en Angleterre, etc. Il se propose de continuer son discours dans une prochaine séance.

M. BOUCHARDAT commence la lecture d'un discours que l'heure avancée ne lui permet pas d'achever. Il la terminera mardi prochain. Il dit en somme dans cette première partie que le choléra nostras ne tue jamais après quelques heures d'invasion ; que sous le nom de choléra nostras on réunit des affections dues à des causes très diverses, y compris même des intoxications arsenicales; que l'*atrepsie* des jeunes enfants est due à l'usage d'un lait ayant subi la fermentation lactique et ne peut être, par conséquent, rapprochée du choléra vrai dans l'appréciation d'une constitution épidémique, comme le voudrait M. Jules Guérin.

M. JULES GUÉRIN proteste contre l'attribution que M. Bouchardat semble lui faire d'une opinion qui n'est pas la sienne. Il rappelle qu'il a été le premier à montrer comment une alimentation prématurée était la cause de la mortalité des jeunes enfants par une des nombreuses affections qu'on a très à tort confondues sous le nom d'atrepsie. Mais à côté de cette cause, qui se fait sentir également à toutes les époques, il en est d'autres qui, à certains moments, accroissent cette mortalité. C'est là ce dont il faut tenir compte quand la mortalité double ou triple sans que l'alimentation des enfants ait été changée.

M. LE ROY DE MÉRICOURT demande à présenter respectueusement à M. J. Guérin une observation au sujet de la diarrhée prémonitoire. Il rappelle que dans les pays marécageux où sévit épidémiquement la fièvre jaune, se manifestent souvent des cas de fièvre rémittente bilieuse qu'il est difficile de distinguer de la fièvre jaune; il demande à M. J. Guérin s'il considère ces cas de fièvre rémittente bilieuse comme une fièvre prémonitoire de la fièvre jaune et s'il faut établir entre ces maladies le même lien que M. J. Guérin a cru devoir établir entre la diarrhée et le choléra.

M. JULES GUÉRIN dit que, n'ayant pas eu l'occasion d'observer la fièvre jaune dans ses foyers d'origine, il ne peut se prononcer sur la question qui lui est posée par M. Le Roy de Méricourt. Mais, à l'occasion de l'épidémie de fièvre jaune qui se déclara dans le temps à Saint-Nazaire et au sujet de laquelle M. Mélier fit devant l'Académie un rapport suivi de discussion, M. J. Guérin montra que les individus qui avaient été atteints par la maladie avaient présenté des symptômes ayant précédé l'invasion de la maladie et méritant à juste titre le nom de prémonitoires.

M. LE ROY DE MÉRICOURT dit qu'il est logique de rapporter la diversité des cas à la différence d'intensité de l'action de la cause épidémique sur les individus qu'elle atteint. Il en est des épidémies comme des batailles, dans lesquelles les uns sont frappés à mort, les autres blessés plus ou moins grièvement, d'autres contusionnés et éclaboussés.

M. J. GUÉRIN dit qu'il préfère à la comparaison de M. Le Roy de Méricourt ce vers de La Fontaine :

> Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.

La séance est levée à cinq heures.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les Vacances d'un médecin par le docteur E. Guibout, médecin de l'hôpital Saint-Louis. (4e série, 1883, l'Allemagne, la Russie, la Pologne, Vienne, Strasbourg (1).

M. E. Guibout, si connu comme dermatologiste par ses ouvrages sur les maladies de la peau, ne le sera bientôt pas moins par ses voyages. Déjà, nous avions de lui trois petits volumes intitulés : *Les Vacances d'un médecin*, récits, descriptions d'un intérêt saisissant des différents pays qu'il a parcourus : les Pyrénées, la Suisse, l'Italie, la Sicile, l'Autriche, la Hongrie, la Turquie, Constantinople. L'auteur nous y promène des côtes de la Bretagne aux rives du Bosphore; il nous fait traverser les cols les plus neigeux des Alpes, et, n'oublions pas qu'il est médecin, il nous décrit avec un soin tout particulier les stations d'eaux minérales des Pyrénées, de la Savoie, du Dauphiné, de la Belgique, de l'Autriche.

L'année dernière, M. E. Guibout a fait un voyage dont l'intérêt ne le cède en rien à ses devanciers, et il vient d'en publier tous les détails dans un quatrième petit livre dont nous ne saurions trop recommander la lecture. On y trouve les descriptions les plus pittoresques sur la Russie; on y visite, non pas seulement les palais des czars, mais encore les châteaux des grands seigneurs et les misérables demeures des Moujicks. On y admire la magnificence inouïe des églises, la richesse des musées, le luxe des équipages, l'immensité des steppes et des forêts, et tout ce qui peut étonner et charmer les yeux.

L'auteur ne se contente pas de visiter Saint-Pétersbourg et Peterhof, Moscou, la ville sainte aux trois cents églises, Kiew, si remarquable par sa situation sur le Dniéper et par sa fameuse Université; mais il nous mène à la foire de Nijni-Novgorod, la plus étonnante réunion de peuplades de l'extrême Orient. Il s'embarque sur le Volga, le plus grand fleuve de l'Europe; et, après plusieurs jours de la navigation la plus accidentée et la plus émouvante, il arrive en Tartarie, à Kazan; et, plus loin, à Samara, sur la route des monts Ourals. Là, dans une steppe sauvage où pais-

(1) Un volume in-12 de 200 pages. — Prix 2 fr. 50. — Paris, 1884, G. Masson.

sent en liberté des troupeaux de juments de la race Kirghiz, il visite, ce qu'aucun médecin français n'avait sans doute jamais fait avant lui, deux stations, deux établissements où se fabrique le *Koumys*, où les phtisiques sont traités par ce breuvage : chaque malade, pour être guéri, doit en boire au moins 300 litres.

Avide de tout voir et de tout étudier, M. Guibout a pénétré dans les plus riches monastères et jusque dans le premier Institut d'éducation de Saint-Pétersbourg ; il n'a pas oublié les hôpitaux, où nos savants confrères étrangers lui ont fait le plus aimable accueil.

Telle est, en quelques mots, l'idée de ce livre dont la lecture est aussi agréable qu'instructive ; où l'on trouve à la fois le médecin, le touriste et l'homme de goût et de science, cherchant ses plaisirs et se récréant dans l'étude de ce que la nature, les arts et l'histoire offrent partout d'attrayant à l'esprit humain.

Dr Passant.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

239. M. Gonzalez. Indications et contre-indications de l'ignipuncture du col de l'utérus. — 240. M. Caillet. De l'insuffisance aortique consécutive à l'athérome de l'aorte. — 241. M. Bellan. Traitement du psoriasis. — 242. M. Delay. Contribution à l'étude du mal perforant dans la période préataxique du tabes. — 243. M. Emery-Desbrousses. De la rupture du tendon sus-rotulien. — 244. M. Ch. Bonnet. Essai sur l'histoire de la trachéotomie. — 245. M. Muleur. Essai historique sur l'affection calculeuse du foie depuis Hippocrate jusqu'à Fourcroy et Pujol (1801-1802). — 246. M. Montoya. De la dilatation de l'estomac consécutive à la fièvre typhoïde. — 247. M. Delespierre. Des néphrites sans albumine. — 248. M. Zwetitch. Sur le chancre syphilitique hypertrophique. — 249. M. Portalier. Des troubles trophiques de la période préataxique du tabes spécifique. (Étude clinique.) — 250. M. Giraud. Traitement du trichiasis et de l'extraction par le procédé de Hotz. — 251. M. Basset. Gommes sous-cutanées. — 252. M. Bruneau. Recherches sur les végétations polypiformes de l'estomac. — 253. M. Gelle. Des fractures chez les syphilitiques. — 254. Mlle Ellaby. De l'amplitude de convergence. — 255. M. Labusquière. Des ruptures utérines dans le travail à terme. — Pathogénie et traitement. — 256. M. Peyrat. De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares jeunes. — 257. M. Piussan. Quelques accidents de l'atrésie congénitale du prépuce et de leur traitement. — 258. M. Pousson. De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes. — 259. M. Salmon. De l'ostéo-arthrite chronique du genou. — 260. M. Armedey. De l'hydro-pneumopéricarde médical. — 261. M. Pivaudran. De la syphilis des amygdales. — 262. M. Bourdichon. Des paralysies dans le cours de la colique hépatique. — 263. M. Millée. Étude sur la fièvre typhoïde à début grippal. — 264. M. Enrique de Argaez. Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac. — 265. M. Douy. De la folie consécutive à l'insolation. — 266. M. Baron. Du développement du corps de Wolff et du rein chez les vertébrés. — 267. M. Vauthier. Contribution à l'étude du développement du foie. — 268. M. Mesnet. Des érythèmes blennorragiques. — 269. M. Chameron. De la blennorragie comme affection parasitaire et de son traitement par les injections du bichlorure de mercure. — 270. M. Baradat. Étude sur le bruit de clapotement stomacal. — 271. M. Carlet. Du traitement électrique des tumeurs fibreuses de l'utérus, d'après la méthode du docteur Apostoli. — 272. M. Pouillaude. Étude clinique sur les phlegmons et les abcès profonds de la région temporale. — 273. M. Mesnard. Des exostoses du creux sous-claviculaire. — 274. M. A. Gautier. Des varices profondes du membre inférieur ; de leurs signes et des accidents qu'elles peuvent déterminer. — 275. M. Letellier. Du traitement de quelques maladies des yeux par la cautérisation ignée. — 276. M. Galup. Quelques considérations sur le traitement du goître exophtalmique par l'iode et ses composés. — 277. M. Périer. Contribution à l'étude du lymphadénome des os au point de vue clinique. — 278. M. Mendiboure. Contribution à l'étude de l'ictère spasmodique. — 279. M. Goyrard. Contribution à l'étude de la chorée des femmes enceintes. — 280. M. Aguet. De la recherches du bacille de la tuberculose dans les produits autres que ceux de l'expectoration. — 281. M. Ramadier. Contribution à l'étude des troubles trophiques dans la paralysie générale. — 282. M. Lucas. Considérations sur la marche et la durée de l'ataxie locomotrice. — 283. M. Bérillon. De l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. — 284. M. Oger. Étude sur les luxations humérales compliquées de fracture à la partie supérieure de l'humérus. — 285. M. Monvessoux. Documents relatifs à la présence des matières grasses dans l'urine (première série) suivis d'une nomenclature raisonnée des travaux parus jusqu'à ce jour sur les entozoaires de la chylurie. — 286. M. Nercam. Action hypnotique sédative de la paraldéhyde dans les différentes formes de l'aliénation mentale. — 287. M. Cazauvieilh. Contribution à l'étude clinique de la phlegmatia alba dolens dans la fièvre typhoïde. — 288. M. Moutier. Contribution à l'histoire de la protection de l'enfance à Rome. — 289. M. Kh'nitiriann. De l'embryotomie au point de vue des souffrances qu'elle cause au fœtus et des moyens de les lui éviter. — 290. M. Bessière. De l'insertion filamenteuse du cordon. — 291. M. Courtade. De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées. — 292. M. Caron. Des complications du cancer de l'utérus. — 293. M. Levillain. Essai critique sur les progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique des fonctions dans l'étude du cerveau. — 294. M. Ricoux. Traitement chirurgical de la névralgie rebelle et d'origine périphérique du nerf dentaire inférieur. — 295. M. Ducasse. De la lithotritie chez l'enfant. — 296. M. Leprévost. Des cystites blennorragiques. — 297. M. Branthomme. Traitement chirurgical de la pleurésie purulente chez les enfants. — 298. M. Fleurot. Action de la digitale dans les maladies du cœur. — 299. M. Ferrier. Les névralgies réflexes d'origine dentaire. — 300. M. Odile. Des kystes hydatiques de la base du crâne.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Choléra.* — Voici les dernières nouvelles de l'épidémie cholérique depuis notre bulletin de mardi :

Toulon. — Du 23 au 24 août, 14 décès, dont 5 dans les hôpitaux. — Du 24 au 25 août, 6 décès. — Le 25, hôpital Bon-Rencontre : 0 entrée, 1 sortie, 0 décès, 15 malades en traitement. — Hôpital Saint-Mandrier : 5 entrées, 2 sorties, 0 décès, 32 malades en traitement. — Du 25 au 26 août, 4 décès cholériques dans la ville. — Le 26, hôpital Bon-Rencontre : 2 entrées, 3 sorties, 1 décès, 13 malades en traitement. — Hôpital Saint-Mandrier : 2 entrées, 9 sorties, 1 décès, 24 malades en traitement.

Marseille. — Du 24 au 25 août, 7 décès cholériques. — Du 25 au 26 août, 12 décès, dont 2 à l'hôpital du Pharo.

Voici, d'après les renseignements officiels, quel a été le mouvement de l'hôpital auxiliaire du Pharo depuis le commencement de l'épidémie jusqu'au 23 août :

Entrées : 352 hommes, 184 femmes, 22 enfants mâles et 13 filles.

Sortis complètement guéris : 140 hommes, 72 femmes, 13 garçons et 6 filles.

Sont encore en traitement : 16 hommes, 13 femmes et 1 garçon.

Il y a donc eu 310 décès comprenant : 198 hommes, 103 femmes, 5 garçons et 4 filles.

Sur les 571 entrées figurent 107 cholériques italiens, dont 46 ont été guéris et 5 restent en traitement ; il en est donc mort 59, dont 45 hommes et 11 femmes.

Aix. — Le 24 août, 2 décès ; le 25 août, 5 décès ; — 5 décès à l'asile des aliénés de cette ville et 10 malades en traitement.

Arles. — Le 24 août, 1 décès ; le 25 août, 1 décès.

Var. — *Hyères* : 1 décès. — *La Seyne* : 2 décès.

Bouches-du-Rhône. — *Palissanne*, 1 décès. — *Châteaurenard*, 1 décès. — *Les Martigues*, 10 décès depuis le commencement de l'épidémie. — *Roquevaire*, 2 décès. — *Lascours*, 3 décès.

Vaucluse. — *Avignon*, 2 décès. — Asile des Aliénés de *Montdevergues*, 4 décès. — *Mérindol*, 1 décès. — *Cavaillon*, 3 décès. — *Morière*, 1 décès.

Drôme. — *Arpavon*, 4 cas nouveaux et 1 décès. — *Érome*, 1 décès.

Gard. — *Valabrègues*, 5 décès, — *Bessèges*, 4 décès. — *Robiac*, 2 décès. — *Nîmes*, 2 décès. — *Saint-Gilles*, 1 décès. — *Saint-Hilaire*, 1 décès.

Hérault. — *Cette*, 5 décès dont 1 au lazaret. — *Agde*, 9 décès et 15 malades en traitement. — *Béziers*, 4 décès. — *Bédarieux*, *Lunel*, et *Montpellier*, 1 décès.

Aude. — *Carcassonne*, 8 décès, 17 cas nouveaux. — *Narbonne*, 2 décès. — *Lésignan*, 1 décès. — *Castelnaudary*, 1 décès. — Asile des Aliénés de *Limoux*, 1 décès et 15 malades en traitement.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 20 décès. — *Boule-d'Amont*, 3 décès. — *Claira*, 1 décès. — *Vernet*, 2 décès. — *Catlar*, 1 décès. — *Saint-Félin-d'Avial*, *Saint-Michel-de-Liottes*, *Prunet*, *Ria*, *Corbères* et *Saint-Marsal*, 1 décès.

Basses-Alpes. — *Les Thuiles*, 2 décès. — *Mézel*, 1 décès. — *Les Omergues*, 6 cas. — *Volx*, 1 décès. — *Sisteron*, 5 décès, de plus 14 cas dans les trente dernières heures.

Hautes-Alpes. — *Sallerans*, 1 décès. — *Éourres*, 1 décès. — *Montmorin*, 1 décès.

Corse. — *Saint-André-d'Orcino*, 3 décès, 2 malades en traitement.

Italie. — Le *Bulletin officiel* nous fournit les chiffres suivants pour les provinces contaminées de Bergame, Coni, Gênes, Parme, Naples, Marsa, Campobasso, Port-Maurice, etc. :

Le 24 août : 55 cas nouveaux et 31 décès. — Le 22 août : 53 cas nouveaux et 19 décès. A ces chiffres il faut ajouter 59 cas et 29 décès pour la localité de *Busca* dans la province de *Coni*, et 84 décès à la *Spezzia* du 22 au 25 août.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pendant les vacances, MM. les professeurs de clinique seront suppléés dans leurs chaires respectives par MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu. — M. Debove, suppléant M. le professeur Sée; M. Humbert, suppléant M. le professeur Richet; M. Peyrot, suppléant M. le professeur Panas.

Charité. — M. Landouzy, suppléant M. le professeur Hardy; M. Bouilly, suppléant M. le professeur Trélat.

Necker. — M. Segond, suppléant M. le professeur Le Fort.

Pitié. — M. A. Robin, suppléant M. le professeur Jaccoud; M. Kirmisson, suppléant M. le professeur Verneuil.

Saint-Louis. — M. Quinquaud, suppléant M. le professeur Fournier.

Clinique d'accouchements. — M. Pinard, suppléant M. le professeur Pajot.

Salpêtrière. — M. Hanot, suppléant M. le professeur Charcot.

— Le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est reporté au 15 février 1885.

— Le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, est reporté au 10 mars 1885.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy s'ouvrira, devant cette Faculté, le 18 janvier 1885.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16640.

N° 100. — SAMEDI 30 AOUT 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 30 AOUT 1884. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. — Le choléra. — La suggestion mentale. — REVUE DE LA PRESSE. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Le choléra.

Jusqu'ici la mortalité par affections cholériformes est restée à Paris constamment au-dessous de ce que comportait, d'après les moyennes antérieures, la température de la saison.

Le bilan de cette semaine ne se monte qu'à deux décès, dont un survenu chez une jeune fille de seize ans qui, prise de vomissements et de diarrhée dans la nuit du lundi au mardi, fut, sur le conseil d'un pharmacien, traitée par l'ipécacuanha. L'état s'aggrava dans la journée du mardi, et la mort survint le mercredi matin à neuf heures. Cette jeune fille habitait dans le dix-neuvième arrondissement.

Il faut se défier en ce moment des indigestions survenant sans cause. Nous avons déjà dit que c'était une des formes actuellement les plus fréquentes de ces affections saisonnières qui, dans leur plein développement, méritent le nom de choléra nostras et peuvent tuer alors aussi rapidement que le vrai choléra épidémique.

Dans la dernière séance de l'Académie de médecine, M. le professeur Bouchardat a émis relativement au choléra nostras des propositions qui ne nous paraissent pas confirmées par l'étude des faits. Suivant lui, la mort ne surviendrait que toujours tardivement dans le choléra saisonnier; chaque cas en serait isolé; sans lien possible avec les autres; il ne s'y produirait jamais des apparences de foyer.

Or, c'est tout le contraire qui résulte de notre enquête, non seulement sur l'année courante, mais surtout sur l'année 1881.

En 1881, sur les feuilles de mortalité, on trouve noté plusieurs fois que la durée de la maladie n'a pas dépassé quelques heures.

Et si l'on veut bien se reporter aux détails que nous avons donnés sur plusieurs des faits les plus récents de choléra nostras, on verra qu'effectivement il ne s'est écoulé souvent que très peu d'heures entre l'apparition des premiers accidents cholériformes et l'issue fatale.

Nous avons vu également que les cas de choléra saisonnier se présentent souvent groupés, formant des foyers apparents, qui diffèrent des foyers vrais du choléra épidémique en ce qu'ils ne tardent pas à s'éteindre.

Dans le relevé des bulletins statistiques du mois de juillet de l'année 1881, nous avons eu à noter deux fois ces apparences de foyer pour le choléra sporadique : d'abord dans le XVIIIe arrondissement, où il s'est produit trois décès en un seul jour, puis dans les XIXe et XXe, où il s'est produit six décès en trois jours.

De même, cette année, on aurait pu croire par deux fois à des foyers de choléra; d'abord dans le mois de juillet, vers le boulevard Rochechouart, où trois décès se sont produits en quelques jours dans un très court rayon; puis la semaine dernière, vers le boulevard Montparnasse où, en outre des faits simultanés que nous indiquions dans notre dernière Revue clinique, on nous en a signalé un autre, d'une désignation moins précise, mais peut-être de même nature, remontant à peu près à la même date. Or, dans tout le reste de Paris, il n'y avait pas eu un seul décès par accidents cholériformes durant la semaine en question.

Il y aurait eu là de quoi inquiéter, si nous n'avions pas eu les exemples de 1881. Mais, en les rappelant, nous avons pu prédire que cette apparence de foyer n'aurait pas de durée; et la suite a prouvé que nous avions raison. C'est là, au contraire, sans qu'il soit jusqu'ici possible de savoir pourquoi, un des caractères habituels du choléra nostras ou saisonnier.

Que reste-t-il donc pour distinguer le choléra asiatique de tout autre, quand le nombre des décès est assez limité pour permettre le doute?

Dans certains cas seulement, des symptômes, tels que selles sanglantes, etc., qui ne permettent pas de supposer le vrai choléra contagieux. Souvent le diagnostic différentiel se fait instinctivement pour ainsi dire, quand on a l'œil assez exercé, sans qu'il soit possible de motiver sa conviction de manière à l'imposer aux autres. Mais souvent aussi, la physionomie du choléra *nostras*, quand il est très grave, sa marche chez l'individu qui en est frappé, sont absolument identiques à celles du choléra vrai.

Lorsque les cas mortels sont peu nombreux dans une ville assez importante, lorsqu'on ne voit pas les liens de contagion possible de l'un à l'autre, lorsque d'ailleurs la saison est très chaude, l'idée d'un choléra *nostras* est celle qui doit se présenter le plus naturellement à l'esprit.

Il en est ainsi pour la ville de Nîmes, au sujet de laquelle M. le docteur Galtier nous écrit, à la date du 27 courant :

« Mon impression générale, sur les 8 à 10 cas que nous avons eus, durant ces trois dernières semaines, c'est que M. Jules Guérin a parfaitement raison : nous vivons sous

l'influence d'une constitution épidémique cholérigène à laquelle payent *exclusivement* leur tribut ceux qui réalisent toutes les conditions d'éclosion du choléra. Toute la ville, plus ou moins, est bien sous l'influence de dérangements gastro-intestinaux; mais ceux-là seuls ont eu un choléra mortel, qui, subissant comme tout le monde l'influence générale, se sont trouvés dans des conditions hygiéniques détestables ou les ont produites par de grandes imprudences; il n'est, du reste, mort que de pauvres gens, très ignorants des règles de la bonne hygiène. Nous avons maintenant un air plus frais qui changera la disposition générale si cette température dure, et je crois que l'épidémie finira ainsi. Du reste, pour les cas que nous avons eus, il est impossible de suivre les voies de contagion : les personnes rapprochées des malades atteints et s'observant n'ont rien eu, et d'autres, qui en étaient fort éloignées, mais qui faisaient des imprudences de boisson ou de régime, ont été frappées.

Après la lecture du discours de M. Jules Guérin, il me semble que ces faits rentrent dans le cadre d'idées qu'il a développées : nous sommes sous l'influence d'une endémie de choléra nostras incomparablement plus grave que ce que nous observons tous les ans pendant l'été. »

Et cependant il est incontestable, d'après les lettres de M. Galtier, comme d'après celles de MM. Puech, Bonnes, Delamarre, etc., que les premiers cas de choléra observés à Nîmes s'y sont produits sur des émigrants venant d'une ville contaminée. Il en a été de même à Aix, à Arles, à Lunel, etc., comme le prouvent les documents que la *Gazette des hôpitaux* a publiés.

Il nous paraît donc bien difficile de ne pas admettre que le choléra, qui, de Toulon et de Marseille, s'est étendu de proche en proche comme une tache d'huile, ne soit pas le choléra importable, contagieux, épidémique, tel que le choléra d'origine asiatique l'est toujours, tel que ne paraît au contraire l'être jamais le choléra nostras, né spontanément dans nos climats sous des influences saisonnières.

Le choléra nostras reste toujours stérile, même quand des circonstances locales, encore mal déterminées, en groupent les cas de manière à donner l'idée de foyers. Ces prétendus foyers durent quelques jours à peine; ils n'ont pas de rayonnement; tandis que les foyers de choléra asiatique, non seulement sont tenaces, mais peuvent se rallumer après plusieurs mois, comme on l'a vu dans les hôpitaux de Paris, durant l'épidémie de 1854-1855.

Mais une série d'objections se présente.

— Le choléra du Midi, cette année, s'est développé durant les chaleurs, et il a été précédé le plus souvent, accompagné toujours, dans les localités atteintes, d'une constitution médicale que les témoignages adressés à la *Gazette des hôpitaux* suffiraient à rendre indéniable. Cette constitution médicale existait également ailleurs, dans des villes, telles que Paris, que le choléra n'a pas touchées. Elle tenait donc évidemment à des causes climatériques, parmi lesquelles la température nous semble jouer le premier rôle.

Quoi qu'il en soit, ces causes climatériques ou autres, capables de produire des accidents cholériformes, ne pourraient-elles pas également produire une épidémie de choléra vrai?

S'il s'agissait de choléra asiatique, amené par importation, la contagion n'en serait-elle pas plus manifestement active?

Le microbe, ou le germe spécifique, quel qu'il fût, mettrait-il un temps si considérable pour se propager d'un lieu à un autre?

N'aurait-il pas été transporté à Paris depuis longtemps déjà par les émigrants de Marseille? N'y aurait-il pas prospéré, créé de nouveaux foyers, produit une mortalité proportionnelle au grand nombre des habitants?

En conséquence, n'est-il pas plus probable que, suivant l'opinion exprimée dès le début par M. Fauvel, on a plutôt affaire à un choléra né sous l'influence de conditions locales dans tous les endroits où il se produit?

— Eh bien! non; nous ne croyons pas que telle soit l'explication de la lenteur avec laquelle le choléra se propage et du petit nombre des décès qu'il cause dans la plupart des villes qu'il a touchées après Toulon et après Marseille.

Nous avons déjà dit que nous considérions le choléra actuel comme un choléra importé, mais importé à petit bruit, à un moment où l'épidémie touchait à son déclin. Les queues d'épidémie, se cantonnant particulièrement dans certaines villes insalubres, y font souvent beaucoup de victimes. Amiens en a été la preuve, lorsqu'après une épidémie qui avait parcouru la France, le choléra, épuisé ailleurs, s'y est ranimé et cantonné.

Toutes les causes d'insalubrité qui pourraient aggraver un choléra nostras peuvent également aggraver un choléra d'origine asiatique, dont les germes dans nos pays s'étaient affaiblis rapidement, et leur rendre une léthalité qui autrement leur ferait défaut.

Les lettres de nos correspondants n'établissent-elles pas le danger des purgatifs durant l'épidémie? N'a-t-on pas vu des cas foudroyants succéder aussi bien à l'administration de ce genre de remèdes qu'à des dérangements des voies digestives et à des écarts de régime?

Ainsi l'influence des constitutions saisonnières diarrhéiques sur le développement d'un choléra à forme affaiblie s'expliquerait très bien en dehors de l'hypothèse qui, dans tous les cas, veut rattacher au choléra lui-même ces constitutions diarrhéiques.

La grande chaleur de cette année aurait donc permis aux derniers contages de l'épidémie, déjà peu violente, qui l'année dernière atteignait l'Égypte, de se propager encore cette année, très lentement, de proche en proche, et de reprendre un peu de vigueur.

Paris sera-t-il touché? Ce n'est pas impossible, bien que rien ne l'indique. Mais, en tous cas, ce ne serait point dans des conditions bien effrayantes.

Il est vrai que le choléra asiatique le plus anodin peut tuer rapidement ceux qu'il tue. Le choléra nostras le peut bien.

Mais il n'a presque plus de prises sur ceux qui ne sont pas affaiblis et qui ont une bonne hygiène.

Il ressemble en cela au choléra nostras, et on ne doit pas s'en préoccuper plus qu'on ne le fait pour celui-ci, même quand il cause le plus de décès.

La suggestion mentale.

De toutes les questions relatives à la suggestion, la plus délicate, la plus inquiétante aux yeux de chacun est celle que nous allons aborder aujourd'hui.

En effet, ce qu'on nomme la suggestion mentale aurait pour résultat de supprimer sur un point donné la conscience, la volition, la personnalité morale et intellectuelle d'un individu, pour y substituer le besoin d'exécuter passivement, inconsciemment, les injonctions reçues.

Le sujet auquel on aurait dit, durant l'état de somnambulisme, de commettre un acte à son réveil, le commettrait instinctivement, comme le sujet auquel on aurait dit d'être paralysé de la moitié du corps serait par cela même hémiplégique.

Ce serait un nouveau résultat du mode d'agir au moyen duquel on aurait pu d'abord obtenir, à son gré, l'état de léthargie, celui de catalepsie ou celui de somnambulisme, et par lequel on pourrait créer des contractures, des paralysies, des anesthésies, ou faire disparaître des anesthésies, des paralysies du mouvement, des contractures déjà existantes.

Les mêmes lois présideraient à tous ces phénomènes, soit purement physiques, du moins en apparence, soit purement psychiques; M. Bernheim en est tellement convaincu, qu'il les a tous également décrits sous le titre *de la Suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille.*

Commençons donc par rappeler les conclusions auxquelles nous a conduit l'étude des moins compliqués de ces phénomènes, de ceux qui se produisent immédiatement après l'injonction ou la suggestion, sans que le malade ait à passer pour cela d'un état à un autre, sans qu'on ait besoin de l'éveiller s'il dort, ou de l'endormir s'il est éveillé.

Nous avons vu qu'en pareil cas, d'après nos propres expériences comme d'après celles de M. Bernheim, le sujet qu'on croirait passif est toujours en réalité plus actif qu'il ne le paraît.

La faculté de percevoir les impressions venues du dehors, celle de les mesurer, d'en saisir la portée, d'y réfléchir, d'agir en conséquence, de proportionner exactement l'effort physique à l'effet voulu, l'intelligence du sujet, en un mot, est également en activité dans tous les états où on réalise sur lui une action physique qu'on pourrait croire purement passive.

Il n'y a pas, à ce point de vue, de distinction à faire entre la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme.

Quand on obtient des contractures neuromusculaires dans la léthargie, de la raideur cireuse dans la catalepsie, etc., il a fallu d'abord pour cela que l'individu pût se rendre compte de ce qu'on attendait de lui. Il l'a deviné quelquefois avec une sagacité rare; ayant toute son attention dirigée vers ce seul objet, il a pu s'en douter d'après le moindre indice : l'agitation de l'air causée par le mouvement de la main, le bruit fait par ce mouvement, quelques paroles à voix très basse indiquant ce qui se passait.

Il suffit d'un rien; mais ce rien est absolument indispensable pour que le sujet sache ce qu'il doit faire et pour qu'il le fasse.

Sa passivité n'est jamais qu'une *passivité voulue*, si je puis m'exprimer ainsi.

C'était une vérité qui ressortait déjà des recherches de M. Bernheim; mais elle est à nos yeux d'autant moins démontrée, que nous avons pu en avoir la preuve sur des sujets étudiés par d'autres et qui semblaient au premier abord être le plus complètement passifs.

C'est ainsi que, dans des expériences faites par M. Luys, et auxquelles nous assistions avec d'autres médecins, tous les effets de contracture provoqués dans l'état de léthargie par le geste ou par le regard de l'opérateur, ont cessé de se produire d'une façon régulière quand on a pris soin de bander les yeux du sujet mis en léthargie et d'éviter la moindre parole, le moindre bruit, la moindre agitation de l'air qui pût lui faire comprendre ce dont il s'agissait.

Le sujet se livre, corps et âme, entre les mains de l'expérimentateur : voilà en quoi il devient passif.

Mais il est passif comme un esclave qui exécute une injonction et non pas comme un instrument qu'une main conduit sans qu'il le sache.

Tout effet physique est chez lui précédé d'un effet psychique. Les centres nerveux sentants et pensants sont affectés d'abord, et si la volonté subit passivement la volonté d'autrui pour en devenir l'exécuteur, elle n'en reste pas moins l'intermédiaire forcé entre l'indication reçue et le résultat à en obtenir.

Aussi faut-il, pour que la suggestion réussisse, que le sujet s'abandonne docilement à la volonté de l'expérimentateur. Il le fera d'autant plus aisément qu'il y sera plus accoutumé. Mais, même dans ce cas, il est bien rare que le sujet qui se laisse anesthésier par la suggestion, avec la plus grande facilité dans les conditions ordinaires, lorsqu'il ne s'attend qu'à être pincé ou piqué avec une aiguille, ou superficiellement brûlé, le veuille aussi bien lorsqu'il s'agit de pratiquer sur lui une opération proprement dite longue et douloureuse. En pareil cas, il se préoccupe, il se défie, il se raidit, et le plus souvent on échoue. M. Bernheim a reconnu que l'anesthésie par suggestion ne deviendrait jamais une méthode pratique d'anesthésie chirurgicale.

Ce qui est vrai pour l'anesthésie ne l'est pas moins pour tous les autres genres de suggestion. Il faut toujours que le sujet se livre et se laisse docilement aller suivant l'impulsion qu'on lui donne.

Il conserve d'ailleurs sa personnalité; il peut lutter dans une certaine mesure. C'est l'opinion de M. Bernheim, même en ce qui touche le somnambulisme complet. « Même dans le somnambulisme actif, dit-il, les facultés psychiques ne sont pas éteintes; le somnambule aussi résiste à certaines suggestions, refuse d'accomplir certains actes; il réfléchit avant de répondre à certaines questions, il accomplit un travail intellectuel actif. »

Quant aux actes, aux illusions, aux hallucinations post-hypnotiques qui, commandés pendant l'hypnose se réalisent après le réveil, « alors que la conscience et les facultés coordinatrices ont certainement repris leur empire », c'est-à-dire quant à ces faits de suggestion mentale qui ont si vivement préoccupé l'Académie des sciences morales et politiques et occupent une si large place dans le livre de M. Bernheim, d'après son propre aveu, il n'y faudrait pas voir la preuve d'une passivité absolument insurmontable.

« L'effet de la suggestion, remarque M. Bernheim, n'est pas absolument fatal : certains sujets y résistent. L'envie de commettre l'acte ordonné est plus ou moins impérieuse; ils y résistent dans une certaine mesure. A D... je suggère de faire, après son réveil, trois fois le tour de la salle; il ne le fait qu'une seule fois. Au jeune G... je suggère qu'à son réveil il se mettra debout sur la table; réveillé, il regarde bien la table, mais n'y monte pas. L'envie de le faire existait sans doute chez lui; mais le respect pour l'assistance lui donna la force de modérer ce désir, etc. » Nous ne pouvons, faute d'espace, reproduire les nombreux exemples donnés par M. Bernheim.

Mais, sur ce point encore, mes propres expériences confirment pleinement les siennes. Ainsi j'avais commandé pendant le sommeil somnambulique, à l'une des malades de M. Peter, de pincer fortement le bras d'un des assistants que je lui désignais, sitôt qu'elle serait réveillée. Quand je la

réveillai, elle fit bien le geste de pincer, mais elle se garda bien de serrer, parce qu'elle n'osait pas.

Je lui demandai pourquoi elle pinçait ce jeune homme; elle me dit qu'elle n'en savait rien, qu'elle s'était sentie poussée à le faire, et n'avait pas pu résister à ce désir. Elle appliquait donc bien la règle générale telle qu'elle a été posée pour ce genre de suggestion. Mais elle n'ignorait pas que les somnambules oublient, une fois réveillées, ce qu'elles ont entendu, ce qu'elles ont dit et ce qu'elles ont fait pendant le sommeil somnambulique; et j'avais pris soin d'indiquer devant elle que la suggestion devait s'accomplir malgré cet oubli.

Chez le jeune malade de M. Laboulbène, j'avais procédé autrement, et la règle ne fut plus suivie. Je ne lui avais pas dit qu'il devrait oublier l'injonction en vertu de laquelle il agirait une fois éveillé. Aussi, quand je lui demandai pourquoi il faisait l'acte que je lui avais suggéré, il ne manqua pas de me répondre : « Parbleu, parce que vous me l'avez dit. »

Ainsi, chez ce jeune homme, qui, de tous les sujets observés par moi dans les divers services hospitaliers, est bien celui dont la bonne foi paraissait le plus évidente, j'obtenais bien, très aisément, l'accomplissement d'une suggestion mentale; mais dans les conditions toutes particulières, toutes exceptionnelles que j'avais voulues.

Le principe suivant lequel le sujet s'adapte au moule façonné par celui qui le suggestionne s'applique donc ici tout aussi bien qu'ailleurs.

Et il n'est pas moins difficile de faire, dans les cas individuels, la part de l'influence morale et celle de la simulation.

Nous avons assisté à de nombreuses séries d'expériences, et nous conservons encore des doutes sur la complète sincérité des sujets les plus remarquables. Nous y trouvons trop de mise en scène, ou, pour mieux dire, d'affectation.

Par exemple, une des malades de M. Luys, qui se laisse très aisément persuader par la suggestion que M. Luys a voulu la veille l'empoisonner, et qui écrit alors sans nulle difficulté une dénonciation dans ce sens au Procureur de la République, nous a paru mettre trop d'énergie à exprimer son indignation, quand en dehors de la suggestion on lui fait cette proposition, qu'on renouvelle journellement.

De même, une jeune fille, des plus intelligentes, à laquelle on fait voir tous les jours des portraits sur des feuilles de papier blanc et qui range d'abord ces portraits dans son album, où, dit-elle, ils s'effacent et cessent d'être distincts au bout de quelques jours, nous a paru forcer un peu la note, en répétant à toute occasion l'explication suivante de ce phénomène : « C'est que l'épreuve photographique est mal fixée. » Elle ne pouvait pas ignorer que cette explication était fausse, car on avait dit devant elle de manière à bien le lui faire comprendre : « Elle s'imagine que c'est parce que l'épreuve est mal fixée. »

En conclurons-nous qu'il n'y a rien de vrai dans les faits de suggestion mentale? Loin de là; mais la part du vrai est souvent difficile à faire.

Le suggestionné joue un rôle, et il n'ignore pas qu'il joue un rôle. Il s'y prête avec complaisance. Il éteint volontairement les souvenirs qu'il lui faut éteindre; il conserve volontairement ceux qui lui sont indispensables pour l'acte, ou pour la série d'actes qu'on attend de lui.

Ce ne lui est pas plus difficile que de ne pas voir, d'après l'ordre donné, telle ou telle personne qui est devant ses yeux, ou de ne pas l'entendre si elle parle. Or, c'est ce qui s'obtient journellement chez les hypnotisées. Mais il en est qui se rendent compte de l'effort, car l'une d'elles qui, sur notre injonction, nous avait dit ne plus voir l'interne alors qu'il parcourait la salle, interrogée de nouveau par nous sur ce point quand il fut sorti, nous répondit : « Parbleu ! il n'est plus là. »

En cela encore, il ne s'agit pas (du moins dans la plupart des cas, je parle d'après ce que j'ai vu) d'une passivité réelle, mais d'une passivité voulue.

S'il était question de faire commettre un crime par un sujet à conscience délicate, on ne réussirait pas mieux que quand il s'agit d'anéantir la sensibilité d'un poltron qui s'attend à une opération pénible.

Quand, au contraire, on dit au sujet endormi : « Tu vas prendre ce coupe-papier que tu considéreras comme un couteau, et tu en frapperas cette porte que tu regarderas comme un homme, comme un ennemi de toi », sa conscience ne fait aucune résistance. Il se plie très bien au désir qu'on lui exprime; il met sa volonté au service d'autrui. Comme un bon acteur, il entre pleinement dans son sujet : il voit l'ennemi dans cette porte, il le frappe à coups redoublés; tout cela étant éveillé. Il ne veut pas se rappeler qu'on lui a dit de le faire, parce que pour jouer la scène convenablement, suivant les règles, il doit avoir oublié l'ordre.

Si on lui prescrit après cela de croire que cet ordre lui a été donné par quelqu'un qui en est innocent, il le déclare sans hésitation, parce que tout cela rentre dans son jeu et, après tout, lui est indifférent.

Mais la conscience est toujours là, prête à résister au besoin contre tout acte qui la choque violemment.

L'impulsion donnée par la suggestion, la passivité acceptée, peut bien l'emporter sur la crainte du ridicule et sur certaines répugnances : d'ailleurs, celui qui joue un rôle change à ses yeux de personnalité.

Mais il sera tout aussi rare dans les expériences d'hypnotisme que sur un théâtre, de voir l'acteur prendre au sérieux son rôle au point de commettre un acte coupable sans le vouloir en son propre nom.

Nous ne croyons donc pas que, comme on l'a soutenu devant l'Académie des sciences morales et politiques, il y ait lieu de changer toute la législation relative aux crimes et délits devant les faits connus de suggestion mentale.

Notons d'ailleurs que l'hypnotisme, état dont la réalité est indéniable, puisqu'on le provoque aussi chez les poules, ne joue qu'un rôle très secondaire dans les expériences en question. Tout ce qu'on peut produire dans l'hypnose, on peut également le produire chez un sujet bien éveillé.

Quant à l'hypnose elle-même, quant à ses trois formes principales, léthargie, catalepsie, hypnotisme; quant à leurs caractéristiques, leur ordre de succession, les procédés suivis pour les faire naître ou les faire cesser, tout cela varie à l'infini suivant les expérimentateurs, suivant les services hospitaliers.

La seule chose essentielle, c'est que le sujet ait foi dans la puissance de la méthode choisie; s'il cesse d'avoir foi, on échoue, ainsi que l'a noté M. le docteur Brémard, dans un mémoire fort remarquable, pour des gens qu'il paralysait et suggestionnait de diverses manières, même sans les endormir, tant qu'ils croyaient en lui.

REVUE DE LA PRESSE

Un cas de transfixion du cœur. — Il s'agit d'une femme âgée, poursuivie, depuis plusieurs années, par la monomanie du suicide et placée dans un asile d'aliénés pour être l'objet d'une surveillance spéciale. Elle était là depuis plusieurs mois, quand, un soir, le gardien la voit devenir subitement pâle et se renverser dans son lit, les traits défaits, les pupilles largement dilatées, tandis que la tête avait des mouvements d'oscillation rythmique. Le médecin prévenu arrive aussitôt et constate un pouls très petit à droite, presque insensible à gauche, une paralysie presque complète du côté gauche et une parésie assez prononcée du côté droit. Vomissements. A quoi pouvoir attribuer ces accidents ? En examinant la région précordiale, on en trouva la cause. Trompant la surveillance dont elle était l'objet, cette femme avait enfoncé, au niveau de la pointe du cœur, une épingle de châle longue de 8 centimètres, qui n'avait été arrêtée que par l'extrémité un peu renflée. Cette épingle avait pénétré un peu de haut en bas et de dehors en dedans. On l'enleva, puis, sous l'influence de quelques stimulants, le cœur reprit son action, le pouls se releva et la malade reprit ses sens. Pendant quelque temps encore, il y eut de la dyspnée, des douleurs vives dans la région précordiale ; mais, au bout d'une heure et demie, tous ces symptômes avaient disparu en même temps que la paralysie du côté gauche. Le pouls était à 108. Quatre heures après, faiblesse et vomissements ; mais ce fut un incident passager et la malade s'endormit tranquillement pendant le reste de la nuit. La guérison fut rapide.

Bien que cette observation puisse venir à l'appui des idées de Westbrook, qui a proposé sérieusement de faire une ponction aspiratrice du ventricule droit dans les cas de congestion pulmonaire, le chirurgien anglais qui l'a publiée est loin d'approuver cette mesure thérapeutique, même en dernier ressort. Il estime que sa malade, en guérissant, a eu une heureuse chance et que la cardiacentèse n'est pas encore une opération de chirurgie courante. (*Semaine médicale.*)

Potion hypnotique. — M. le docteur Victor Audhoui recommande la formule suivante contre les insomnies :

Paraldéhyde.		2 gr.
Eau distillée de menthe poivrée. . .	*ãã*	60
— fleurs d'oranger. . .		
Sirop de gomme.		25

On fait dissoudre la paraldéhyde dans les eaux distillées de menthe et de fleurs d'oranger et l'on ajoute le sirop. A prendre en une fois ou en deux fois dans l'espace d'un quart d'heure, au moment où l'on veut provoquer le sommeil.

La dose peut être abaissée à 1 gramme ou portée à 3 ou 4 grammes, suivant les circonstances constitutionnelles ou l'intensité de l'effet que l'on veut obtenir. Aux doses indiquées ici, la paraldéhyde agit à peu près comme des doses équivalentes de chloral hydraté. (*La Thérapeutique contemporaine.*)

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XX

Je transcris avec plaisir, de mon manuscrit de 1806, quelques notes sur la cité phocéenne et sur mon excursion à Montredon.

5 juin. — Après Paris, Marseille : la nouvelle ville est même beaucoup mieux bâtie que les plus beaux quartiers de la capitale ; les rues de Rome, du Paradis, de Saint-Ferréol, de Beauvau et surtout de la Cannebière qui, d'une part, aboutit au port et, de l'autre, au Cours, peuvent le disputer avantageusement aux plus belles de Paris ; elles sont grandes, d'une rectitude admirable, supérieurement pavées, munies de larges trottoirs, faites en dos d'âne avec des rainures latérales où coule sans cesse une eau qui entraîne les immondices. Les maisons y sont hautes, construites avec goût et solidité ; les rez-de-chaussée sont presque tous occupés par des boutiques ou des cafés, et partout il y a d'amples tentures de toile qui mettent l'acheteur ou l'oisif à l'abri du soleil ; les cafés sont en général bien tenus, les consommations y sont aussi bonnes et moins chères qu'à Paris ; on dîne aussi fort bien dans les restaurants. Le Cours, avec ses belles allées d'ormeaux, est une promenade très fréquentée ; de même les allées Meillan, de création récente. Malgré la nullité actuelle du commerce, un grand mouvement règne dans les rues de Marseille, où il y a abondance de cabriolets et de carrosses. La cuisine maritime à laquelle mon estomac ne s'accommode guère, m'offrit pour la première fois des mets particuliers : les *clovisses*, sorte de moule assez grosse, bombée, noire, quelquefois rayée en travers, fort jolie ; on les mange crues comme les huîtres et même vivantes ; mais, à mon avis, elles sont loin de valoir ces dernières pour le goût : elles sont fades, peu humectées et sentent fortement la marée ; sur le plat de clovisses on met une poignée de *laitue marine* qui est l'*Ulva lactuca* de Linneus. Cette plante n'est pas bonne à manger ; mais les gourmets la froissent entre les doigts et la flairent de temps en temps ; ce qui, dit-on, réveille ou excite l'appétit. Je mangeai avec plaisir de fort bonnes *dattes fraîches* et, au dessert, des *chinois*, petites oranges confites dans l'eau-de-vie, pas plus grosses que des prunes de reine-claude et excellentes pour activer la digestion. Le port de Marseille est, dit-on, un des plus beaux ports marchands de la France ; sa forme est celle d'un fer à cheval ; les quais sont larges et comme parquetés avec des briques placées de champ, ce qui est fort avantageux pour fixer les pieds des portefaix ; il y a de superbes maisons, surtout au voisinage de la Cannebière. Mes amis et confrères Cauvière et Roubaud me firent observer que, dans ce moment de blocus continental imminent, le port de Marseille était absolument paralysé : « Revenez nous voir, disaient-ils, lorsque les mers seront libres, lorsque le commerce refleurira. Quelle scène différente s'offrira à votre étonnement, à votre admiration ! Au lieu de ces gens épars qui se promènent lentement, les bras croisés, vous verrez des milliers d'hommes de toutes les contrées, de toutes les couleurs, les uns courbés sous le poids des sacs, des ballots, les autres charriant des caisses, roulant des tonneaux, ceux-ci débarrassant un navire de ses denrées coloniales, ceux-là chargeant un bâtiment des produits de nos champs et de nos ateliers ; d'un côté, on traite des affaires en français, en anglais, en hollandais, en suédois, en russe ; d'un autre, on s'exprime en italien, en espagnol, en grec, en arabe, en égyptien : c'est un bruit, un mouvement, une joie qu'il est impossible de vous peindre. Ces mâts, ces cordages, qui sont dans l'oisiveté la plus absolue, vous les verrez alors comme une forêt agitée et pavoisés des pavillons de toutes les nations. » Sur ce, il nous prit fantaisie d'aller faire un tour sur la *plaine liquide*. En conséquence, nous nous hissâmes sur une de ces nombreuses barques recouvertes d'une tente et toujours prêtes à partir. Bientôt on s'arrêta pour nous rendre témoins de la manœuvre d'une machine destinée à enlever les boues dont l'accumulation finirait par encombrer le port ; le bateau que l'on charge de cette boue porte le nom trivial de *Marie-Salope ;* l'instrument qui puise la vase au fond de l'eau se nomme la *cuiller*, c'est une sorte de grande caisse en fer dont l'ouverture évasée est munie de longues pointes destinées à pénétrer dans la boue et à l'entraîner à la manière d'un râteau ; il y a une cuiller de chaque côté du bateau qui porte la machine ; elles sont fixées à l'extrémité de grosses chaînes de fer et le même mouvement sert à retirer l'une de l'eau, tandis que l'autre s'y enfonce ; la cuiller se vide en ouvrant le fond mobile sur de larges gonds et la boue est versée dans ledit bateau. Lorsque nous eûmes dépassé le port dont l'entrée est rétrécie par les forts Saint-Jean et Saint-Nicolas qui la défendent, on nous fit remarquer à droite le lazaret et à gauche la *baie des Catalans*. Nous prolongeâmes

(1) Suite. — Voir le numéro des 16 et 19 août 1884.

notre promenade jusqu'à l'île d'If, et, après avoir visité le célèbre château-fort devenu prison d'État, nous remîmes à la voile pour rentrer à Marseille.

8 juin. — C'était le jour de la Fête-Dieu; cette fête religieuse se célèbre à Marseille avec une très grande pompe : pendant huit jours consécutifs, dans les différents quartiers, les rues par lesquelles la procession doit passer sont toutes pavoisées avec de larges toiles tricolores et, d'espace en espace, il y a des reposoirs parés de fleurs; toute la population se rend à la cérémonie; il y a surtout un concours prodigieux de femmes. Les Marseillaises sont généralement jolies et mises avec un luxe et un goût que je n'aurais pas cru trouver si loin de Paris; une légion d'enfants de tout âge, de tout sexe, les uns vêtus en blanc et portant à la main une longue feuille de *latanier*, les autres bariolés de diverses couleurs, ceux-ci habillés en pèlerins, ceux-là en petits abbés; un grand bœuf floqué portant sur le dos un bambin brillamment paré, le préfet en grand costume avec le maire et les adjoints, des troupes à pied et à cheval, la musique civile et militaire, voilà le cortège qui précédait et accompagnait la pompe religieuse. De toutes les croisées on jette des fleurs de genêt, la terre en est toute jaunie; ce jour-là, on vend dans les rues des *fèves de marais* torréfiées que l'on crie sous le nom de *fabe daourade;* il paraît que la consommation en est extraordinaire; j'en vis des corbeilles énormes, tout le monde en croquait; j'avoue que je leur préfère une glace panachée au *Café de Naples*.

Course à Montredon.

10 juin. — A peine le jour commençait-il à poindre que, muni de tout l'attirail nécessaire au naturaliste qui a de grands projets de récolte, je m'en allai errer à l'aventure sur la plage de Montredon. Montredon est un quartier de la campagne, situé à une petite lieue sud-est de Marseille et peuplé de bastides. Son nom, tout provençal, est dérivé de *mons rotundus*, à cause d'une montagne ou plutôt d'une butte arrondie et isolée au voisinage de la mer. Cette plage est bornée à l'est par une chaîne de rochers, à l'ouest par la mer dont les vagues tantôt se brisent en écume contre des récifs, tantôt s'échappent à plat sur le sable. C'est un des lieux les plus fertiles de la Provence pour les recherches botaniques et entomologiques; l'ornithologiste peut y faire aussi des captures précieuses, car c'est le rendez-vous des oiseaux émigrants de toute espèce. Les insectes essentiellement méridionaux, plusieurs même de ceux auxquels les naturalistes assignent l'Afrique ou l'Amérique pour patrie s'y rencontrent en abondance : c'est là que je trouvai pour la première fois le *Myrméléon libelluloïde* que sa grandeur fait presque prendre pour un oiseau, lorsqu'il vole, et qui habite aussi le cap de Bonne-Espérance; les *Scarites géants*, insecte carnivore qui, de concert avec la *Phalérie des cadavres* et la *Nébrie des sables*, dépouillent les bords de la mer des poissons et des mollusques qu'elle y dépose; la *Scolie des jardins*, et celle à *front jaune*, grands et beaux hyménoptères qui piquent jusqu'au sang lorsqu'on les saisit sans précaution; le *Pompile annelé*, qui a une tournure exotique; la *Pimélie orbiculaire*, insecte de la Barbarie; le *Bousier sacré*, gros scarabée qui était autrefois en vénération chez les Égyptiens, et que l'on trouve sculpté sur les colonnes antiques; la *Chrysomèle américaine*, qui habite spécialement sur le romarin, et dont la larve vit peut-être dans les racines de cette plante; la *Scolopendre mordante*, insecte rampant, long de trois à quatre pouces, muni de vingt paires de pattes, et que j'ai trouvé dans presque toute la Provence sous les pierres, quoique les auteurs lui donnent une origine indienne; la trop fameuse *Tarentule*, l'une des plus grosses araignées d'Europe, et dont la morsure occasionne, suivant les habitants de Tarente, une maladie appelée *tarentisme*, dont la curation ne s'obtient, dit-on, que sous l'influence de la musique. J'ai pris plusieurs fois cette araignée dans la main, et je n'ai jamais été mordu; elle se tient ordinairement à l'affût au fond des trous qu'elle se creuse dans les lieux secs, et, lorsque quelque insecte vient à sa portée, elle s'élance sur lui avec une vitesse prodigieuse, l'emporte avec ses tenailles et le dévore. Je pris aussi des *Sauterelles* d'espèces très variées, des *Bembex*, des *Styzes*, des *Zonites*, des *Ripiphores*, et une infinité d'autres insectes qui ont grossi mes collections. Le règne végétal offre sur la plage de Montredon beaucoup d'objets curieux; mon herbier s'y enrichit d'une foule d'espèces qui m'étaient inconnues ou dont je ne possédais que des échantillons incomplets. Les plus remarquables de ces plantes sont la *Thymélée tarton rayre*, charmant petit arbuste dont la feuille luisante et soyeuse comme celle des *Protéa* lui donne une physionomie africaine, très commun surtout vers la base de la butte de Montredon; la *Passerine velue*, autre arbuscule dont les tiges couvertes d'un duvet blanc sont munies de feuilles courtes, grosses, comme imbriquées, qui produisent dans leurs aisselles de petites fleurs jaunes logées au milieu d'un coton fort blanc; l'*Astragale épineux*, dont les touffes parfaitement hémisphériques et de plusieurs pieds de diamètre sont hérissées de toutes parts de piquants qui défient les mains des plus intrépides botanistes; l'*Arrête-bœuf gluant*, qui réjouit l'œil par ses belles et nombreuses fleurs jaunes, mais qui l'attriste par ses feuilles toutes incrustées de sable à cause de leur viscosité; le *Sucre cylindrique*, superbe graminée que termine un épi fort long dont la couleur soyeuse et luisante comme la nacre contraste admirablement avec les anthères pourpres de ses fleurs; le *Ciste à feuilles de lavande*, dont la rareté fait tout le prix; la jolie petite *Statice à feuilles de vipérine;* l'*Œil de bœuf maritime*, qui croît dans les fentes des rochers et y offre des fleurs sessiles d'un jaune vernissé; la *Rue de montagne*, qui croît abondamment ici sur le sable et dont les fleurs soufrées abondent en insectes; l'*Œillet des poètes*, type des *Mignardises* de nos parterres; la *Germandrée violette*, qui parfume l'air de son arôme; la *Giroflée maritime*.

Les seuls arbres qui croissent spontanément dans ce pays sont quelques *mûriers* et des *pins* vers la base des montagnes. On rencontre aussi çà et là quelques *génevriers à baies pourpres*. J'en observai un d'une taille vraiment gigantesque; il s'élevait au moins à une trentaine de pieds, et son tronc presque aussi gros que mon corps se divisait, presque dès sa naissance, en énormes branches étalées horizontalement occupant un fort grand espace.

La plage de Montredon est renommée dans toute la Provence par la prodigieuse quantité de cailles qu'on y prend. C'est dans le mois de mai qu'on leur fait la chasse, et de la manière suivante : pendant la nuit, temps où les cailles arrivent de préférence, on place sur le sol 40 ou 50 appeaux, et, non loin de ces derniers, on tend des filets à poche entre les mûriers; attirées par le chant des appeaux, ordinairement réunies par fortes volées, elles se précipitent pour la plupart dans les filets et s'y embarrassent. Le lendemain, à la pointe du jour, on se porte aux endroits où l'on présume qu'il y a encore des cailles, on fait subitement beaucoup de bruit, elles se lèvent en masse et tombent dans les pièges. Un ami du docteur Cauvière m'a assuré que dans sa bastide on en prenait jusqu'à quatre ou cinq cents par jour. Pendant près de douze heures, je parcourus le sol brûlant de Montredon, sous l'ardeur du soleil le plus vif. A trois heures de l'après-midi, je n'avais encore rien bu ni mangé de toute la journée; j'étais, je l'avoue, très altéré et affamé; c'était le cas de faire une utile application de mes connaissances botaniques, en découvrant parmi les nombreux végétaux qui m'entouraient quelque espèce bonne à manger; mais j'eus beau chercher, je ne trouvai absolument à brouter qu'une petite *oseille* sauvage fort peu succulente, croissant au voisinage d'une grotte, appartenant sans doute au *Rumex scutatus*, et des pampres de vigne entièrement fibreux; pas une goutte d'eau potable. J'avais les voies aériennes si desséchées que j'eus une extinction de voix complète, et ma bouche était si aride que je craignais sérieusement une inflammation de cette partie; je la rinçai plusieurs fois avec de l'eau de mer, mais je dus m'arracher aux jouissances de mes recherches favorites et prendre le parti de retourner à la bastide de l'ami précité où j'avais passé la nuit précédente; un repos réconfortant guérit à merveille et mes bronches et mon estomac.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 août, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Thomas, médecin en chef de la marine à l'hôpital principal de Toulon.

Au grade de chevalier : MM. Guiol, médecin-major du 4e régiment d'infanterie de la marine à Toulon ; Arnaud, médecin de 1re classe de la marine à Toulon ; Billaudeau, pharmacien-professeur de la marine à Toulon.

— *Choléra.* — La mortalité cholérique a atteint les chiffres suivants depuis notre dernier bulletin :

Marseille. — Du 25 au 26 août, 12 décès cholériques. — Du 26 au 27 août, 4 décès. — Du 27 au 25 août, 5 décès. — Le 27 août, à l'hôpital du Pharo, 3 entrées, 0 sorties, 0 décès, 20 malades en traitement; le 28 août, 1 entrée, 3 sorties, 0 décès, 18 malades en traitement.

Ajoutons que le chiffre des victimes de l'épidémie cholérique s'élève, depuis le début jusqu'au 25 août, à 1,571.

Toulon. — Du 26 au 27 août, 4 décès cholériques dans la ville et 2 dans les hôpitaux. — Le 27 août, à l'hôpital Bon-Rencontre, la situation était de 2 entrées, 0 sorties, 1 décès, 14 malades en traitement; elle était, à l'hôpital Saint-Mandrier, de 2 entrées, 7 sorties, 1 décès et 18 malades en traitement. — Du 27 au 28 août, 7 décès cholériques. — Le 28 août, à l'hôpital Bon-Rencontre, 1 entrée, 0 sorties, 1 décès, 14 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 3 entrées, 2 sorties, 0 décès, 19 malades en traitement.

Aix. — Le 26 août, 3 décès, dont 3 à l'hôpital des aliénés. — Le 27 août, 7 décès, dont 2 en ville et 5 à l'asile des aliénés.

Arles. — Le 26 août, 1 décès. — Le 27 août, 0 décès.

Bouches-du-Rhône. — Le 27 août, *Plassans*, 6 décès et 3 malades en traitement, tous trois gravement atteints.

Var. — *La Seyne*, 4 décès. — *Tourves*, 2 décès.

Vaucluse. — Le 27 août, *Pertuis*, 1 décès.

Drôme. — On signale quelques cas nouveaux à *Arpavon*, *Montfroid*, *Saint-Maurice* et *Erome*.

Gard. — *Nimes*, 2 décès. — *Vallabrègues*, 1 décès. — *Bouillargues*, 1 décès. — *Sauveterre*, 1 décès. — *Araman*, 1 décès. — *La Capelle*, 1 décès.

Hérault. — *Montpellier*, 1 décès. — *Béziers*, 4 décès. — *Agde*, 5 décès et 20 malades en traitement. — *Cette*, 7 décès. — *Bédarrieux*, 1 décès.

Ardèche. — *Vogué*, 0 décès. — *La Villedieu*, 2 décès et 11 malades en traitement.

Aude. — *Carcassonne*, 9 décès. — *Narbonne*, 2 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 11 décès. — *Thuir*, 2 décès. — *Catlar*, 3 décès. — *Prades*, 2 décès. — *Saint-Félin-d'Avail*, 2 décès. — *Corbères*, 2 décès. — *Boule-Ternère*, 2 décès. — *Eus*, *Leroller*, *Pezilla*, *Ponteilla*, *Brouilla*, *Rodès* et *Estagel*, 1 décès.

Nous avons le regret d'apprendre que la première victime de l'épidémie, à Estagel, a été M. le docteur Delfau.

Basses-Alpes. — *Sisteron*, 3 décès. — *Les Omergues*, 2 décès. — *Manosque*, 1 décès. — *Saint-Vincent*, *Noyers*, *Valbelles*, 1 décès.

Corse. — *Bastia*, 3 décès, dans les trois journées des 22, 23 et 24 août.

Italie. — Nous trouvons dans le *Bulletin officiel* les chiffres suivants, touchant l'épidémie cholérique dans les provinces contaminées de Bologne, Bergame, Aquila, Campobasso, Cuneo, Massa, Parme, Pise, Port-Maurice et Turin :

Le 26 août, 81 cas nouveaux, 40 décès, moins la *Spezzia* dont le nombre des cas n'est pas indiqué, tandis que celui des décès est de 17, ce qui porte à 97 la mortalité cholérique en quelques jours, c'est-à-dire depuis l'apparition du fléau.

Le 27 août, 90 cas et 67 décès. Dans ces chiffres la *Busca* compte : 26 cas nouveaux et 21 décès; la *Spezzia*, 19 cas et 8 décès.

— Conformément à l'avis de la commission du choléra, le ministre du commerce vient de décider l'établissement d'un service de surveillance médicale aux gares frontières d'Italie. De plus les divers directeurs de la santé ont été avisés par M. Hérisson qu'ils aient à considérer comme suspects, quelle que soit la teneur de leur patente, les provenances d'Italie et à leur appliquer en conséquence les dispositions du décret du 22 février 1876.

— L'*École dentaire de France*, fera la réouverture de ses cours le lundi 3 novembre prochain. Le registre des inscriptions est ouvert au secrétariat rue de l'Abbaye, 3, tous les jours de neuf heures à onze heures du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16644.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. L'hypertrophie simple du corps thyroïde, le goitre et ses variétés. — Considérations sur l'histoire et la géographie de la fièvre jaune. — Pneumo-thorax idiopathique. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.

L'hypertrophie simple du corps thyroïde, le goitre et ses variétés.

La plupart des malades qui sont atteints de l'affection dont je vais aujourd'hui vous parler, c'est-à-dire d'une tumeur du corps thyroïde analogue à celle que présente la femme qui sera le sujet de cette leçon, présentent des phénomènes fonctionnels importants. C'est d'abord une gêne plus ou moins marquée résultant de la compression, du refoulement ou de la déviation par la tumeur de tel ou tel organe voisin. Aussi doit-on tour à tour étudier le fonctionnement de chacun d'eux. D'abord, interrogeons la déglutition.

J'ai demandé à cette femme si elle avalait facilement les aliments liquides et solides, même un peu gros; de ce côté, elle m'a dit n'éprouver aucune difficulté. D'où je conclus que l'œsophage n'est pas comprimé. Du reste, sa tumeur est médiane et ce sont généralement les tumeurs développées du côté gauche du corps thyroïde qui tendent le plus à comprimer l'œsophage. Je l'ai interrogée ensuite au point de vue de la respiration. Là, elle nous a fourni des renseignements précieux pour le pronostic et le traitement. En effet, chez elle la tumeur date seulement d'un an, et c'est depuis trois mois que, à la suite d'une fatigue, ou d'une marche un peu longue, elle éprouve une sorte de constriction du tube respiratoire, qui lui semble comme étranglé, diminué de capacité. Elle nous dit plus encore, c'est-à-dire qu'après un effort, une marche précipitée, il lui semble que l'air va lui manquer, qu'elle va suffoquer. Il y a donc là chez elle un phénomène inquiétant. Enfin elle prétend que sa voix est altérée, que le timbre en est éraillé; en un mot, les cordes vocales ne fonctionneraient pas librement.

A quoi ces accidents peuvent-ils être attribués? Quand on a eu l'occasion de faire l'autopsie de pareils malades, on a toujours trouvé la trachée aplatie par la tumeur dans un sens ou dans l'autre; on a trouvé aussi, résultant de cette compression, un ramollissement plus ou moins marqué des anneaux de la trachée. Cette diminution du calibre du tube respiratoire se produit par le mécanisme suivant : la tumeur du corps thyroïde en se développant arrive peu à peu à plonger derrière le sternum, — d'où le nom de goitre rétro-sternal; — il s'allonge, tout en devenant plus volumineux et, peu à peu, aplatit, par compression, la trachée contre la colonne vertébrale. Quant aux phénomènes de suffocation qui se produisent par moments, ils s'expliquent aussi facilement : toute série d'efforts, si faibles qu'ils soient, congestionnent les organes situés dans la région du cou, y compris bien entendu le corps thyroïde déjà hypertrophié; de là, rupture de l'équilibre, diminution plus grande du calibre de la trachée aplatie déjà d'une façon chronique et respiration plus difficile; suffocation. Un autre mécanisme peut encore être justement invoqué : dans les mouvements inspiratoires, les organes situés dans la région inférieure du cou ont toujours de la tendance à descendre et pénétrer dans la poitrine. Or, si déjà, par le fait de son développement morbide, le corps thyroïde se trouve à ce point tuméfié qu'il présente un certain allongement capable d'arriver au contact du sternum, la mobilité même dont il jouit le fera d'autant plus facilement descendre derrière le sternum. Il suffira alors d'un effort un peu violent pour que la congestion dont la tumeur va être le siège fasse agir celle-ci comme un coin pour comprimer davantage encore la trachée, déterminer une suffocation plus ou moins violente, voire même l'asphyxie. C'est donc dans la tumeur que réside le danger véritable, d'où le nom qu'on lui a donné de goitre suffocant.

C'est ainsi que l'on a vu, au moment où l'on s'y attendait le moins, alors même que la tumeur était peu volumineuse, un accès de suffocation mortelle survenir, à la suite d'un effort, par la compression absolue de la trachée derrière le sternum.

Il y a trois ans, alors que je remplaçais à la Pitié M. le professeur Verneuil, je fus appelé tout à coup à six heures et demie du matin auprès d'un jeune garçon de dix-huit ans entré, depuis trois jours seulement, à l'hôpital pour un goitre en réalité très peu volumineux qui n'avait encore déterminé qu'un peu de gêne respiratoire. J'arrive aussitôt; il était déjà considéré comme mort, cependant de temps en temps on observait un léger spasme. En m'attendant, on avait préparé un thermo-cautère : je saute dessus et, incisant la trachée, j'ai le bonheur de tomber du premier coup sur l'interstice séparant les deux lobes du corps thyroïde. J'introduis rapidement une canule dans la trachée. Le malade ne revient pas à lui, j'imprime au thorax les pressions voulues pour obtenir quelques mouvements inspiratoires. Rien. Enfin je prends une serviette mouillée et à tour de bras je le flagelle au niveau du diaphragme, et grâce à cette dernière manœuvre le malade reprend vie.

Que s'était-il donc passé? Ce jeune garçon, que je n'avais

admis que sur les recommandations d'un de mes anciens élèves, tant les phénomènes qu'il présentait paraissaient légers, s'était disputé le matin à son réveil avec un malade voisin et avait lancé violemment son oreiller à la tête de son adversaire. Sous l'influence de l'effort fait dans ce mouvement, la tumeur était descendue derrière le sternum et, comprimant la trachée, avait déterminé une asphyxie complète. C'est ainsi qu'un goitre même peu volumineux peut être un danger permanent pour les malades.

Quant à l'altération de la voix, dont je parlais tout à l'heure, elle est très probablement due à la compression du nerf récurrent par la tumeur.

Le corps thyroïde, dont la structure microscopique est fort simple, est constitué par une série de petites vésicules ayant un centième de millimètre de diamètre, qui communiquent les unes avec les autres, tapissées d'un épithélium et contenant une matière gélatineuse, le tout soudé par du tissu cellulaire, des vaisseaux, etc., ce qui lui donne une consistance molle et un aspect légèrement spongieux.

L'hypertrophie du corps thyroïde présente trois variétés :

1° La plus fréquente est celle dans laquelle tous les éléments de la glande sont également hypertrophiés ; on lui a donné le nom de goitre parenchymateux ou hypertrophie simple. C'est le goitre ordinaire.

2° Une variété dans laquelle une ou quelquefois plusieurs vésicules s'hypertrophient formant de véritables kystes dans lesquels le liquide change de nature et dont les parois s'épaississent. C'est le goitre kystique, dont le volume peut très bien atteindre celui du poing.

3° Le goitre vasculaire, dans lequel les nombreux vaisseaux du corps thyroïde se multiplient de sorte qu'au toucher on sent dans la tumeur de tels battements qu'au premier moment on se demande s'ils ne proviennent pas du soulèvement de la tumeur par la carotide.

Par tous les caractères que présente notre malade, sa tumeur rentre dans la première catégorie, c'est-à-dire dans le goitre simple ou parenchymateux. Elle augmente depuis quelques mois ; la gêne respiratoire se prononce de plus en plus, mais il n'y a pas encore de suffocation à proprement parler. De là, pas de dangers immédiats, mais plus ou moins lointains, selon le développement que la tumeur prendra ; dans ce cas, quel traitement faire?

Le traitement de l'hypertrophie simple du corps thyroïde est médical ou chirurgical. Le premier est très complexe ; les médications proposées sont des plus nombreuses et toutes ont plus ou moins réussi. La première est la médication iodée. Elle consiste à prendre à l'intérieur de l'iode sous différentes formes. On prescrit l'iode pur ou la teinture d'iode mêlée à autre chose, telle que du vin par exemple, et l'on a le vin iodé composé de gros vin du Midi ou d'Espagne et de 10 à 20 grammes de teinture d'iode par litre de vin. La dose est, du moins en commençant, d'une cuillerée à bouche par jour. Quelquefois on ajoute au vin iodé de l'iodure de potassium à la dose de 12 à 15 grammes. D'autres fois on donne séparément ce dernier médicament, dans une potion, depuis 50 centigrammes jusqu'à 2 ou 3 grammes. On a aussi beaucoup vanté l'iodure de sodium comme étant mieux toléré.

Parmi les autres moyens, je citerai les douches locales sur le corps thyroïde.

Arrivons maintenant au traitement chirurgical. Ici nous avons deux moyens : l'ablation et les injections iodées interstitielles. Parlons d'abord de celles-ci. Elles sont surtout employées depuis quinze ou vingt ans. J'y ai eu recours, pour ma part, cinq ou six fois. Elles donnent quelquefois des résultats merveilleux, elles sont faciles à faire, parfaitement innocentes si elles sont bien faites, très peu douloureuses dans l'immense majorité des cas ; du reste, la réaction qu'elles déterminent est généralement de courte durée. Les malades éprouvent souvent dans la bouche une certaine saveur iodée, ce qui prouve que le médicament est absorbé. Ces injections sont répétées tous les sept ou huit jours et ce n'est guère qu'au bout de trois mois que l'on commence à voir, lorsqu'elles réussissent, la tumeur diminuer de volume. En somme, c'est un traitement qui donne souvent de bons résultats, mais qui est de très grande lenteur ; aussi n'est-il pas applicable dans tous les cas, surtout dans ceux où il y a tendance à la suffocation et dans ceux où la tumeur est très volumineuse.

C'est dans ces derniers cas qu'il faut alors revenir à l'ablation. Il y a peu d'années encore on n'osait pas faire l'extirpation du corps thyroïde, car presque tous les malades mouraient soit d'infection purulente, soit par la suppuration gagnant le médiastin. Aujourd'hui elle est devenue une opération courante. Plus de deux cents opérations ont été faites sans accidents. Je l'ai moi-même pratiquée quatre fois, et les quatre fois avec succès ; chez l'un de mes opérés, la guérison s'est faite par première intention en huit jours.

Chez notre malade que ferons-nous donc? Comme il n'y a pas péril en la demeure, comme il n'y a nulle crainte d'asphyxie, que la tumeur est peu volumineuse, nous commencerons à faire pendant quelque temps des injections interstitielles iodées, quitte à intervenir chirurgicalement par une opération, si ces injections ne réussissaient pas.

CONSIDÉRATIONS

SUR L'HISTOIRE ET LA GÉOGRAPHIE DE LA FIÈVRE JAUNE (1)

Par le docteur Bérenger-Féraud,

Directeur du service de santé de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine.

IV

Géographie. — Un fait frappe entre tous les autres quand on étudie la géographie de la fièvre jaune, c'est que depuis que la passion n'obscurcit plus les faits touchant la question de la genèse spontanée ou de l'importation de la maladie, on est porté à reconnaître que cette importation a été constatée de plus en plus clairement et pour un nombre de pays de plus en plus grand. De sorte que, sinon son berceau d'origine, au moins ses foyers générateurs éventuels semblent se localiser à mesure dans un cercle de plus en plus étroit.

Pour étudier fructueusement cette géographie de la fièvre jaune, il faut avant tout déterminer les points suivants :

1° Quels sont les pays où la maladie a été constatée jusqu'ici ;

2° Quelles sont parmi eux les localités où la fièvre jaune se montre assez fréquemment pour être comptée au nombre des maladies habituelles ;

3° Parmi ces dernières localités, quels sont les points qu'on peut considérer comme producteurs de typhus amaril ; en d'autres termes, amarilogènes ;

4° Nous nous laisserons enfin entraîner à rechercher quels sont les pays indemnes jusqu'ici de fièvre jaune qui peuvent être considérés comme exposés à la subir dans l'avenir.

1° *Quels sont les pays où la maladie s'est montrée jusqu'ici?* — En d'autres termes, quel est le domaine actuel de la fièvre

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 août 1884.

jaune? En jetant un coup d'œil même superficiel sur l'historique des épidémies, ou mieux encore en regardant une des cartes du grand travail de Lombard (de Genève), sur la géographie médicale, nous voyons tout d'abord que, pour le présent au moins, de toutes les maladies zymotiques connues, la fièvre jaune est celle qui est la moins étendue sur la surface du globe, car, à de très rares exceptions près, elle s'est maintenue localisée dans le bassin tropical de l'Atlantique. C'est à peine si elle fait de loin en loin des incursions dans la zone tempérée de ce bassin, de même qu'elle ne règne qu'en des endroits limités du littoral pacifique de l'Amérique tropicale.

L'examen des documents que nous possédons sur la fièvre jaune nous montre *à priori* que c'est la maladie spéciale à la région inter-américaine, qu'on me passe le mot, à ce grand espace qui a une forme obscurément circulaire et qui commence à la presqu'île de la Floride, dans l'Amérique du Nord, pour gagner, en suivant le littoral de la mer et l'embouchure des fleuves, les pays de l'Alabama, de la Louisiane, du Texas dans les États-Unis du Nord; elle descend ensuite le long des côtes du Mexique, du Yucatan, du Honduras, du Guatemala, de la Nouvelle-Grenade, du Venezuela, pour remonter le long des Petites Antilles, et enfin aboutit au point précité de la Floride, en passant par les Grandes Antilles, Saint-Domingue et Cuba.

Ce grand espace peut être considéré comme le centre, le point focal diraient les physiciens, de la fièvre jaune. Et sans chercher actuellement à déterminer d'une manière plus précise les points spéciaux où la maladie prend naissance dans un moment donné; en laissant aussi pour un moment de côté la question de savoir si la côte du Brésil, si la côte occidentale d'Afrique ne doivent pas être considérées comme des pays où la maladie peut apparaître spontanément, nous voyons que de cette région atlantique inter-américaine la fièvre jaune s'est étendue au Nord, au Sud, à l'Est et à l'Ouest dans des directions qui sont en rapport rigoureux avec des relations commerciales ou militaires, en d'autres termes avec les courants humains.

Ce qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est qu'au Nord la fièvre jaune suivit les premiers conquérants qui, des Antilles, allèrent vers les régions qui furent depuis les États-Unis. Déjà, dès 1618 peut-être, elle régnait dans le Massachusetts qui est aujourd'hui un des points septentrionaux extrêmes de son domaine. En 1668, elle ravageait New-York; en 1699, Charleston et, depuis ce moment, un grand nombre de pays de l'Amérique du Nord sont visités par elle plus ou moins fréquemment.

Dans les dernières années du XVIIIe siècle, on croyait que le domaine de la fièvre jaune ne dépassait pas au Nord le 35e degré de latitude et au Sud le 25e; les faits ultérieurs sont venus démentir cette opinion. Et même nous sommes obligés de convenir que la limite assignée, en 1817, par la Faculté de médecine de Paris, dans son rapport au ministre de l'intérieur : 48e degré de latitude au Nord, ne peut plus aujourd'hui être considérée comme infranchissable, puisque la maladie a été vue à Swansea, en Angleterre, par le 51e degré de latitude septentrionale.

Quoi qu'il en soit, le point le plus septentrional qu'elle ait atteint sur la côte orientale de l'Amérique du Nord est Québec, au Canada, par 48°,50′ latitude N. (1805). On l'a vue aussi à Halifax, dans la Nouvelle-Écosse par 44°,26′ en 1861, mais ces faits sont exceptionnels; et quoique Boston (41e degré lat. N.) ait été visitée par la maladie une douzaine de fois déjà (1691, 1693, 1795, 1796, 1798, 1799, 1800, 1802, 1805, 1819, 1858), on peut dire que le point extrême qu'elle atteint sans peine dans ces régions est New-York (40e degré).

A New-York, en effet, on compte une vingtaine de grandes épidémies et si on n'a pas eu à en enregistrer davantage, c'est que, sous l'influence des idées de la contagion, la quarantaine est appliquée depuis assez longtemps avec rigueur vis-à-vis des navires suspects qui arrivent sur la rade. Or, disons à titre de renseignement que depuis que cette quarantaine est imposée, il ne se passe pas d'année, pour ainsi dire, sans que des cas de fièvre jaune ne soient observés au lazaret.

Sur la côte occidentale de l'Amérique du Nord, la fièvre jaune a fait infiniment moins d'apparitions. Mais ce n'est pas parce que le pays est réfractaire à ses atteintes; car si elle n'est allée jusqu'ici que jusqu'à San-Francisco, c'est-à-dire au 38° de latitude Nord, c'est uniquement, grâce à la nature des relations des ports de cette région. — Que demain l'isthme de Panama se perce, qu'un grand courant commercial se crée, faisant escale à la Havane et arrivant rapidement de ce pays à n'importe quel point de la côte américaine du Pacifique, et on y verra jusqu'aux latitudes élevées la maladie surgir avec la fréquence et la sévérité qu'elle a sur la côte atlantique.

Dans l'Amérique du Sud, nous voyons la Nouvelle-Grenade, le Venezuela, la Colombie se trouver dans des conditions si analogues aux régions similaires de l'hémisphère Nord, qu'on comprend sans peine que la fièvre jaune doit s'y développer facilement dans maintes circonstances. Aux Guyanes, elle a fait depuis 1760 et surtout depuis 1850 de si fréquentes apparitions que, malgré les longs intervalles pendant lesquels la maladie a fait défaut, on sait que c'est un pays où elle peut régner facilement. — Même chose à dire pour le littoral du Pérou.

Mais la région intéressante de cette partie du monde, c'est le Brésil où, après avoir régné très probablement en 1640, 1687, 1710 et 1780, elle est restée jusqu'en 1849 sans y paraître. En revanche, depuis ce temps, elle n'a plus cessé ou à peu près d'y être observée. C'est à tel point que nombre d'observateurs admettent qu'elle s'y est absolument acclimatée et que le pays est devenu amarilogène à proprement parler, en d'autres termes que la fièvre jaune y est devenue endémique; chose que nous aurons à discuter dans un autre paragraphe.

Soit qu'elle fût partie du Brésil, soit qu'elle eût été apportée des Antilles ou du littoral mexico-américain, la fièvre jaune est descendue très bas sur le littoral atlantique de l'Amérique du Sud, puisqu'elle a sévi à diverses reprises à Montevideo et à Buenos-Ayres (34°,54′ lat. S.). Disons à ce propos que, dans ces pays relativement très tempérés, on lui a reconnu les mêmes caractères de transmissibilité prochaine ou éloignée que dans l'hémisphère Nord, puisque nous savons qu'en 1854 elle est allée du Brésil et de la République Argentine à Callao et à Lima en passant par le cap Horn.

Sur la côte occidentale de l'Amérique du Sud, nous savons aujourd'hui qu'elle peut descendre depuis Panama jusqu'au delà de Copiapo et même à Valparaiso. — Les ravages qu'elle y a faits donnent presque la certitude absolue que, jusqu'au 35e degré ou même peut-être au 40e degré de latitude Sud, on est dans la zone dangereuse à son égard.

Le lecteur qui aurait suivi l'énumération de pays que je viens de faire avec un crayon à la main aurait déjà circonscrit une région qui a près de 82 degrés en latitude sur le continent américain, et il n'aurait pas encore enserré dans son contour tous les endroits où la fièvre jaune a fait des victimes. En effet, sans parler des îles comme les Bermudes, les Canaries, l'Ascension qui sont situées en plein océan Atlantique et qui plus d'une fois ont été le théâtre d'épidémies redoutables, nous avons dans la région tropicale une grande contrée à englober dans ce domaine géographique du typhus amaril, je veux parler de la côte occidentale d'Afrique.

La fièvre jaune exerce des ravages sur la côte occidentale d'Afrique, on le sait surabondamment. On peut voir dans l'historique des épidémies que depuis 1759, si nous en croyons Lind (t. Ier, p. 51), ou au moins depuis 1763 ou 1765 elle y a fait de fréquentes apparitions.

Ce qu'il nous importe de constater pour le moment, c'est que jusqu'ici le point méridional extrême où la maladie a été observée sur la côte occidentale d'Afrique est Saint-Paul-de-Loanda, aux environs du 10° de latitude Sud. Mais tout porte à penser qu'elle pourrait se montrer plus bas, peut-être jusqu'au Cap, au moins jusqu'aux pays qui sont sous le tropique du Capricorne.

Pour ce qui est de la partie de l'Afrique sise dans l'hémisphère Nord, la maladie a été vue dans assez d'endroits pour penser que

toute la côte atlantique du continent africain appartient aussi de ce côté au domaine de la fièvre jaune.

Voilà le cercle singulièrement agrandi, on en conviendra, et nous n'avons pas encore atteint ses dernières limites, car l'Europe a été visitée plus d'une fois par le fléau amaril dequis 1690 jusqu'ici. Le point le plus septentrional qu'il ait atteint dans cette Europe est Swansea en Angleterre (51°,37′ lat. N.). La maladie a pénétré aussi, on le sait, dans la Méditerranée, où la ville la plus orientale atteinte jusqu'ici est Livourne (43°,34′ de latitude N. et 7°,56′ de longitude E.).

En résumé, les limites atteintes par la fièvre jaune jusqu'ici sont dans l'hémisphère américain : au Nord, Québec dans le Canada (46°,50′ de lat. N.); au Sud, Montevideo dans La Plata (34°,54′ de lat. S.). Dans l'hémisphère africano-européen : au Nord, c'est Swansea (51°,37′ de lat. N.); au Sud, Saint-Paul-de-Loanda (au delà de 9 degrés de lat. S.).

On a fait remarquer que si, au sud de l'Amérique, la limite extrême de Montevideo a été le théâtre de violentes atteintes épidémiques de fièvre jaune, on a été plus heureux au Nord car la maladie a paru ne plus avoir qu'une puissance atténuée à Québec et à Swansea. Comme Portsmouth (43°,4′), dans le New-Hampshire, et Livourne (43°,34′) en Europe ont été les points les plus septentrionaux où elle a sévi avec sévérité, on est porté à penser qu'au-dessus de cette latitude elle n'est plus bien dangereuse en Europe; et, ce qui corrobore cette pensée, c'est que les épidémies de Saint-Nazaire et de Southampton ont été relativement faibles. Néanmoins, je ne saurais trop insister pour faire admettre que, même par le parallèle de Swansea, on pourrait à certains moments se trouver dans des conditions qui permettraient à la maladie de prélever un lourd impôt d'existences humaines. Par conséquent, on aurait grand tort à mon avis de se bercer dans une fausse sécurité dans nos pays.

Si nous cherchons à nous rendre compte des contours de la vaste zone où la fièvre jaune a été constatée jusqu'ici sur une carte où sont indiquées les moyennes isothermes du moment le plus chaud de l'année, nous voyons que la ligne de 18 degrés environ,—disons de 15 à 20 degrés pour donner moins de précision à notre formule, car il ne faut pas croire ici qu'il peut y avoir une indication absolue et des chiffres mathématiquement exacts, — la ligne de 15 à 20 degrés, dis-je, suit très exactement les limites de cette zone éventuellement amarile.

Donc je pense, et désire graver, avec insistance, dans la mémoire du lecteur cette opinion, que les pays de l'hémisphère Nord sont, au moment le plus chaud de l'année, où la température est à plus de 15 degrés en moyenne, sont, dis-je, susceptibles d'être visités par la fièvre jaune. Cela implique naturellement qu'ils doivent, le cas échéant, se garantir d'une importation possible.

Pour l'hémisphère Sud nous manquons de renseignements, car Buenos-Ayres, qui est le pays le plus méridional visité par la maladie, est sur l'isotherme de 20 degrés au moment le plus chaud. Néanmoins, par analogie de ce que nous avons observé touchant d'autres lignes d'oscillation de la fièvre jaune, je suis d'avis pour ma part qu'il faut admettre pour la limite extrême la ligne de 15 degrés, de sorte que le golfe de San-Mathias par 42 degrés de latitude Sud, dans l'Amérique méridionale, pourrait être visité par la maladie. La ville du Cap de Bonne-Espérance, en Afrique, peut, pour la même raison, être considérée comme appartenant à la zone éventuellement amarile.

PNEUMO-THORAX IDIOPATHIQUE

Par le docteur G. Desmaroux (d'Huriel).

Souvent il suffit de signaler un fait scientifique encore mal déterminé, pour provoquer les recherches et la publication de faits analogues, dont l'étude rigoureuse n'est pas sans produire plus tard d'excellents résultats.

Ainsi, nous avons observé naguère un exemple remarquable qui a trait à l'histoire des *variétés* du pneumo-thorax, et l'observation succincte de ce cas assez rare mérite de fixer l'attention des lecteurs.

L..., cultivateur, âgé de vingt-cinq ans, est un jeune homme d'une constitution robuste, doué d'une musculature dépassant la moyenne, j'ajouterai qu'il n'a jamais eu d'affection grave, et qu'il appartient à une famille exempte de maladies diathésiques. On ne retrouve rien chez lui, ni chez ses parents qui puisse se rapporter de près ou de loin à l'affection tuberculeuse.

Dans la journée du 7 février, pendant un trajet à pied qu'il dut faire pour assister au convoi funèbre d'un de ses proches, L... fut pris, *tout à coup*, de frissons répétés, et d'une douleur extrêmement vive siégeant au-dessous et un peu en arrière du sein droit. Bientôt l'angoisse devint tellement pénible, que ce jeune homme chancela en marchant, battant à droite et à gauche, obligé à plusieurs reprises de s'arrêter et de s'asseoir sur presque toutes les bornes qu'il rencontrait. C'est dans cet état que des passants durent le transporter à son domicile et le mettre au lit.

Voici ce que je constatai à mon arrivée : le malade se trouve dans le décubitus sur le côté droit, il présente une transpiration abondante. Le thermomètre placé sous l'aisselle gauche donne 30°9. Le pouls radial bat 125 pulsations à la minute. La langue est rouge, la soif vive, et l'anorexie complète. La face reflète l'expression d'une vive anxiété : dilatation des narines à chaque inspiration, teinte violacée des lèvres.

Par un examen attentif de ce sujet qui s'agite et change fréquemment de position, on est frappé de la discordance que présentent chez lui le côté malade et le côté sain. La dilatation du thorax à droite est évidente; cette partie de la poitrine se présente comme bombée et dilatée; les espaces intercostaux ont disparu, de telle sorte qu'à l'œil il devient impossible de distinguer les saillies des côtes. Assis sur son lit, anhélant, L... se plaint d'avoir un poids sur le côté qui lui enserrerait la poitrine comme dans un étau. Pendant ma visite, les troubles circulatoires augmentent d'intensité et de gravité, le faciès revêt une couleur lie-de-vin, les extrémités subissent un refroidissement considérable.

La *percussion* et l'*auscultation* réunies viennent bientôt nous donner la clef de cette affection que, de prime abord, je crus devoir être une pleuro-pneumonie d'emblée. Cette prescience aboutissait, comme on va le voir, à un faux diagnostic.

En effet, sous le doigt qui percute, on sent une élasticité, plus grande qu'à l'ordinaire, des parois thoraciques, l'on obtient ainsi un son beaucoup plus clair qu'à l'état normal, et pour ainsi dire *tympanique*. A l'auscultation, on ne retrouve dans aucun point les vibrations accoutumées : il y a suppression absolue du bruit respiratoire normal, et à sa place il existe un souffle amphorique, caractéristique, provoqué et accru par les quintes de toux, d'une toux pénible sans expectoration aucune.

Dans la soirée du 10 février, trois jours après le début de l'affection, apparaît une agitation extraordinaire; à la dyspnée initiale était venu se joindre un délire violent et la mort ne tardait pas à arriver avec tous les phénomènes de l'asphyxie aiguë.

Traitement. — Au début, nous avons pratiqué une saignée de 350 à 400 grammes et placé sur le côté un large vésicatoire volant. En même temps de nombreux sinapismes étaient appliqués et presque en permanence, aux membres inférieurs.

Boissons émollientes, comme tisane.

Le second jour, 1° injection de morphine d'un centigramme et demi, *loco dolenti;* 2° à prendre par cuillerée à bouche et d'heure en heure la potion suivante, dans le but de soutenir et relever les forces du patient :

Vin de Madère	250 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères.	80 grammes.
Extrait mou de quinquina	*ââ* 8 grammes.
Acétate d'ammoniaque	

3° Un lavement purgatif.

En dépit de la médication, rien n'a pu triompher de la dyspnée

de ce sujet, dyspnée liée, dans ce cas, à la diminution du champ respiratoire. Nous avons regretté que la soudaineté et la violence des accidents asphyxiques ne nous aient pas permis de recourir à la ponction de la poitrine, ainsi qu'aux inhalations d'oxygène.

Cette observation offre plusieurs points importants. J'ai signalé d'abord les symptômes principaux qui ont permis de reconnaître le pneumo-thorax. L'invasion brusque de la maladie, l'absence du bruit respiratoire, le souffle amphorique, ne sont-ce point là autant de signes pathognomoniques de cette entité morbide? En second lieu, ces phénomènes réunis ont pu faire écarter l'idée de toute affection des voies respiratoires. Le diagnostic de la maladie est donc incontestable, celui de l'*espèce* pourrait laisser quelques doutes dans l'esprit et donner lieu à une objection que je me suis faite à moi-même. Un poumon sain, à un moment donné, sans effort de toux, sans traumatisme, peut-il être atteint de perforation spontanée? Je ne le pense pas.

La déchirure des alvéoles pulmonaires aurait certainement déterminé, dans le cas précité, une hémorragie pleurale avec les signes habituels aux épanchements pleurétiques.

Tout en faisant certaines réserves, il est permis d'admettre, avec Laënnec et les professeurs Graves et Stokes, qu'une membrane séreuse comme la plèvre a la propriété d'exhaler un fluide aériforme et de donner lieu à une production gazeuse, à un pneumo-thorax essentiel.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, publiée sous les auspices de l'administration de l'Assistance publique (1).

Par Léon Brièle, archiviste de l'Administration.

V

Nous voici arrivés à des temps désastreux pendant lesquels l'Hôtel-Dieu faillit sombrer. Paris, encore une fois, se trouve envahi par les épidémies.

Le 18 janvier 1709, on compte à l'Hôtel-Dieu 3,000 malades sur lesquels se trouvaient 240 scorbutiques. Comme on ne veut pas mêler ces malades avec les autres, il leur est accordé une salle spéciale où ils sont entassés tant et plus. Au-dessous de vingt ans, ces malheureux sont couchés « six par six » dans le même lit, et au-dessus de cet âge « quatre par quatre ». L'épidémie de scorbut allant toujours en augmentant, on ne sait plus où les mettre et déjà l'on « commence à mettre quelques-uns de ces malades sur le ciel des lits et par terre ». Le spectacle est navrant; cependant, au milieu de cette calamité, l'hôpital Saint-Louis qui doit servir en temps d'épidémie reste fermé; pourquoi? Il fallut, pour l'ouvrir, qu'il y eut 508 scorbutiques entassés à l'Hôtel-Dieu pour lire dans une délibération cette phrase stupéfiante : « En sorte qu'il y a nécessité d'ouvrir l'hôpital Saint-Louis. » On y transporta alors tous ceux qui purent supporter le voyage. Outre l'encombrement, notre vieil hôpital va se trouver en présence d'une situation bien plus terrible encore, l'argent manque : quelle que soit l'économie que l'on apporte et malgré les quêtes que l'on fait, il est impossible de couvrir les frais de la maison. L'hôpital Saint-Louis qui avait été fermé en juillet est ouvert à nouveau pour soulager l'Hôtel-Dieu dont la population s'élève à 4,500 malades dont beaucoup de scorbutiques.

Le 7 septembre, le bureau demande d'autoriser la vente aux enchères des biens et maisons appartenant à l'Hôtel-Dieu, jusqu'à concurrence des 800,000 francs qui sont nécessaires pour nourrir les malades. La situation financière est en effet bien désespérée, nous sommes au 28 septembre, le bureau a en caisse 59,000 livres et il en faut 408,000 pour terminer l'année. De nouvelles suppliques sont adressées au roi en lui disant que lui seul peut sauver la situation et que « sans un prompt secours la chute de l'Hôtel-Dieu est infaillible ».

Le roi accorde alors les lettres patentes autorisant la vente des biens et immeubles de l'Hôtel-Dieu et autorise en outre le bureau à faire une loterie pour le soulagement des pauvres malades. Il était temps; car, en décembre 1709, on comptait jusqu'à 4,750 malades, chiffre le plus élevé qui ait été atteint dans l'année (1). Grâce à ces moyens extrêmes, le grand Hôtel-Dieu de Paris put sortir sain et sauf de la tempête où il avait été à deux doigts de sa perte : aussitôt les billets de la loterie émis, le roi donna l'exemple en souscrivant pour 1,000 francs. De grandes villes de province, Versailles, Lyon, Nantes, souscrivirent également pour des sommes considérables, si bien qu'à la fin de 1710, l'Hôtel-Dieu fonctionnait toujours et reprenait haleine n'ayant plus que 1,600 malades dans ses salles. Le calme renaît enfin et avec lui les préoccupations administratives reprennent leur place. La sinistre année de 1709 avait fait bien des victimes; les morts entassés dans les fosses communes au cimetière de Clamart deviennent un danger pour les vivants. Il est décidé que de la chaux vive sera jetée sur ces monceaux de cadavres avant de combler les fosses.

En 1714, la question de l'agrandissement de l'Hôtel-Dieu sur la rue de la Bûcherie et qui avait été abandonnée au milieu des événements dont nous venons de parler est reprise à nouveau et le bureau décide que les bâtiments seront continués jusqu'au Petit-Châtelet. Mais, pas plus en 1714 que de nos jours, on ne pouvait faire quelque chose sans argent et les caisses étaient vides : comment faire? Puisque le roi avait autorisé une première loterie et qu'elle avait réussi, on pensa tout naturellement qu'une seconde édition du procédé réussirait aussi bien; et, immédiatement, le 3 février 1714, une demande en autorisation fut adressée à Sa Majesté. Le roi ayant accordé ce qu'on sollicitait, tous les hauts personnages de la cour se réunirent solennellement le 18 juin de la même année pour la pose de la première pierre du nouveau bâtiment sous la bénédiction de Monseigneur le cardinal de Noailles.

Soit que la loterie en question n'eût pas réussi, soit qu'elle fût insuffisante, il fallut avoir recours non seulement aux quêtes dans les églises; mais encore à l'augmentation d'un neuvième que, par arrêt royal, le bureau de l'Hôtel-Dieu fut autorisé à percevoir en plus sur les théâtres. Ainsi fut assuré, en 1716, l'achèvement des fameux bâtiments de la rue de la Bûcherie dont la construction avait été votée en 1683 (2).

Quelques années plus tard, en 1718, le bureau, « reconnaissant que les bains sont une bonne choses », en fait construire à l'Hôtel-Dieu qui depuis sa fondation n'en avait jamais eu.

Les années qui viennent de s'écouler avaient été si malheureuses, la misère était si grande, que le bureau avait fermé les yeux sur certains faits et toléré que quelques malheureux malades demandassent l'aumône aux personnes qui venaient à l'hôpital.

Cette tolérance avait bientôt donné lieu à des abus, si bien qu'en 1718 nous assistons à une véritable exploitation des visiteurs par les convalescents. C'étaient dans les salles des expositions permanentes de reliques ou autres objets propres à provoquer des aumônes; mais, ce qui était beaucoup plus ingénieux et plus lucratif, c'était un tronc que les malades avaient placé à la porte de l'Hôtel-Dieu, tout à côté de celui destiné à l'hôpital, de telle sorte que les

---

(1) Voir le numéro du 29 mars 1884.

(1) Dans sa notice sur les hôpitaux, M. le professeur Bouchardat estime à 9,000 la population de l'Hôtel-Dieu en 1709. Ce chiffre est exagéré et les documents officiels de l'époque ne mentionnent pas un chiffre aussi élevé.

(2) Ce fut aussi grâce à cette perception d'un neuvième en plus sur les théâtres que Nicolas de Lamare fut indemnisé des frais de son ouvrage : *Traité de la police*, et qu'il put le terminer.

personnes charitables mettaient aussi souvent leur aumône dans le tronc des malades que dans celui de la maison.

Le bureau fit cesser cet abus et défendit à tous les malades de demander quoi que ce soit aux personnes du dehors.

En 1720, nouvelle épidémie de scorbut qui oblige l'Hôtel-Dieu à ouvrir deux nouvelles salles de malades, une pour les hommes et l'autre pour les femmes. Cette augmentation nécessite la nomination d'un « septième » médecin ordinaire, justifiée d'ailleurs par les 600 scorbutiques qui sont dans la maison. En cette même année, la question d'une maison de convalescence fut soulevée devant le bureau ; jusqu'à cette époque, il n'y en avait jamais eu, si bien que les pauvres malades de l'Hôtel-Dieu qui restaient à l'hôpital après leur guérison retombaient malades et succombaient presque toujours. Il avait bien été proposé d'affecter aux convalescents les hôpitaux Saint-Louis et Sainte-Anne, mais on objecta aussitôt qu'en temps d'épidémie l'administration ne pouvait s'en passer et ce projet fut abandonné. Or, en 1655, avait été donné à l'Hôtel-Dieu, sous condition d'en faire un hôpital de convalescents, le « prieuré de Saint-Julien-le-Pauvre » ; mais, comme le prieuré n'était pas disposé pour recevoir des convalescents, il fut décidé qu'on se mettrait immédiatement en demeure de l'approprier à la destination indiquée par le donateur et qu'en attendant, les convalescents seraient envoyés à Saint-Louis.

Un mot maintenant au sujet des études anatomiques. Nous savons déjà combien les malheureux élèves en chirurgie avaient de peine à se procurer les moyens de faire de l'anatomie; l'Hôtel-Dieu qui aurait pu donner quelques *sujets* refusait de le faire, prétendant que si les pauvres savaient que, après leur mort, leur corps était exposé à être mutilé, ils ne voudraient plus venir à l'hôpital. Il n'y avait donc pas de moyens, de ruses même que les élèves n'employassent pour arriver à se procurer des corps. Tantôt, comme des voleurs, ils allaient en fraude déterrer les morts dans le cimetière de Clamart qui était celui de l'Hôtel-Dieu. Tantôt, de connivence avec le fossoyeur, ils achetaient à bas prix des restes humains; quelques-uns, plus riches, payaient les *emballeurs* de l'Hôtel-Dieu, pour porter chez eux les cadavres qu'ils devaient emporter à Clamart. Enfin on voyait rôder, comme des oiseaux de proie, autour du gibet de Montfaucon, les étudiants d'alors, pour aller décrocher les corps des suppliciés et les disputer au bourreau afin de les emporter dans leurs cercles d'étude. Tous les moyens, comme on le voit, étaient bons pour étudier, mais il en était un, employé en 1725, qui mérite d'être signalé, car il dénote une véritable agence d'*approvisionnement*. Chaque soir on voyait entrer dans Paris un jeune homme chargé d'une hotte remplie à l'apparence de légumes ou autres denrées ; ce qu'il y avait dessous, on le devine, c'étaient des membres humains que ce jeune homme, fils du fossoyeur de Clamart, portait au domicile des clients de son père qui avaient fait une... « commande ». C'était la contrebande de la dépouille humaine organisée. Ce trafic ne dura pas longtemps et la fraude fut promptement découverte, amenant avec elle le châtiment des coupables et les regrets des pauvres étudiants.

On a peine, de nos jours, à se faire une idée du courage et de l'énergie qui étaient nécessaires à nos devanciers pour faire leurs études et acquérir des connaissances anatomiques bien imparfaites. Quand nous nous reportons à nos anciennes salles de dissection, quand nous voyons s'élever les superbes bâtiments destinés à nos jeunes étudiants, quand les sujets de dissection nous sont donnés je dirais presque *larga manu*, il est bien difficile en effet de se représenter par la pensée cette vieille maison de la rue de la Bûcherie, surmontée d'un dôme, cette maison, qui existe encore, mais qui n'est plus le temple de la science, où les grands maîtres du temps se réunissaient et formaient des élèves : pas de sièges pour s'asseoir, de la paille et c'était tout ; les auditeurs formaient le cercle autour du maître qui, avec toutes les peines que l'on sait, avait pu quelquefois avoir un cadavre pour faire sa leçon.

Avec l'année 1729 nous nous trouvons en présence d'une nouvelle épidémie de scorbut qui augmente de huit cents malades la population de l'Hôtel-Dieu. Saint-Louis, qui devait être ouvert, reste fermé parce qu'il a été employé l'année précédente à renfermer des provisions de blé. Il faut attendre un grand mois avant de pouvoir l'utiliser ; pendant ce temps l'épidémie continue ses ravages et le bureau est obligé d'envoyer les scorbutiques à la Salpêtrière et à Bicêtre. Ce fut pendant cette épidémie qu'un chirurgien, du nom de « Boisard », prétendit avoir trouvé un remède contre cette maladie et fut autorisé à l'expérimenter quand Saint-Louis fut ouvert.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

301. M. Grouillard. De la gangrène des extrémités au cours des néphrites chroniques. — 302. M. Vinet. Du cancer de la plèvre. — 303. M. Prieur. Du cathétérisme aseptique dans les hôpitaux d'accouchements. — 304. M. Turquet. Étude du bassin infantile considéré au point de vue de la forme et du rapport entre les diamètres du détroit supérieur. — 305. M. Bernard. Contribution à l'étude des paralysies puerpérales d'origine éclamptique. — 306. M. Grange. Contribution à l'étude du mécanisme de la mort par les courants électriques intenses. — 307. M. Soyer. De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 août, M. le docteur Gardies a été promu au grade de médecin principal de la marine.

— *Choléra.* — Depuis notre dernier bulletin, l'épidémie cholérique a donné lieu à la mortalité suivante :

Toulon. — Le 28 août, 6 décès, dont 1 à l'hôpital Saint-Mandrier, et 2 au Mourillon. — Le 29 août, 4 décès. — Hôpital Bon-Rencontre, 0 entrée, 1 sortie, 1 décès, 12 malades en traitement. — Hôpital Saint-Mandrier, 4 entrées, 3 sorties, 1 décès, 19 malades en traitement. — Le 30 août, 1 décès. — Hôpital Bon-Rencontre, 0 entrée, 0 sortie, 0 décès, 12 malades en traitement. — Hôpital Saint-Mandrier, 2 entrées, 2 sorties, 0 décès, 19 malades en traitement. — Le 31 août, 2 décès, dont 1 en ville et 1 à Saint-Mandrier. — Hôpital Bon-Rencontre, 4 entrées, 4 sorties, 0 décès, 12 malades en traitement. — Hôpital Saint-Mandrier, 3 entrées, 0 sortie, 1 décès, 21 malades en traitement.

Marseille. — Du 28 au 29 août, 5 décès. — Du 29 au 30 août, 15 décès. — Le 30, à l'hôpital du Pharo, 1 entrée, 0 sortie, 2 décès, 20 malades en traitement. — Du 30 au 31 août, 9 décès. — Le 31, à l'hôpital du Pharo, 2 entrées, 2 sorties, 0 décès, 20 malades en traitement.

Aix. — Le 27 août, 4 décès. — Le 28 août, 3 décès.

Arles. — Le 28 août, 2 décès. — Le 29 août, 1 décès.

Bouches-du-Rhône. — *Saint-Andéol*, 1 décès. — *Tarascon*, 1 décès. — *Maussans*, 1 décès. — *Tholonnet*, 1 décès.

Var. — *Plassans*, 7 décès et 6 cas graves nouveaux. — *La Seyne*, 2 décès. — *Solliès-Pont*, 1 décès. — *Pontevès*, 1 décès et 2 cas nouveaux.

Vaucluse. — 2 nouveaux décès, dont une religieuse à l'Asile des Aliénés de *Montdevergues*.

Basses-Alpes. — *Sisteron*, 1 décès. — *Perpin*, 1 décès. — *Les Thuiles*, 2 décès. — *Manosque*, 1 décès.

Gard. — *Gramont*, 2 décès. — *Bességes*, 1 décès. — Le nombre des décès cholériques s'élève, dans ce département, depuis le début de l'épidémie, à 104.

Hérault. — *Béziers*, 3 décès. — *Agde*, 1 décès. — *Bédarieux*, 2 décès. — *Cette*, 6 décès. — *Pomerols*, 1 décès. — *Fabrègues*, 1 décès et 3 nouveaux cas très graves.

Aude. — *Carcassonne*, 16 décès, 46 malades en traitement, dont 35 cas anciens et 11 cas nouveaux, sur lesquels 12 soldats. — *Narbonne*, 1 décès. — *Castelnaudary*, 1 cas nouveau. — *Limoux*, 1 décès et 9 malades en traitement à l'Asile des Aliénés.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 23 décès. La garnison compte 1 décès et 9 malades en traitement. — *Prades*, 2 décès. — *Vinça*, 1 décès. — *Bouleternerre*, 2 décès. — *Saint-Marsal*, 1 décès. — *Canet*, 1 décès. — *Elne*, 2 décès. — *Codalet*, 1 décès. — *Thuirs*, 5 décès. — *Rivesaltes*, 2 décès. — *Catlar*, 2 décès. — *Saint-Félin-d'Aival* et *Corneille-de-la-Rivière*, 1 décès.

Haute-Garonne. — *Saint-Félix*, 2 décès. — *Toulouse*, 1 cas nouveau.

Aveyron. — *Cornus*, 1 décès.

Ardèche. — *Vogué*, 0 décès. — *La Villedieu*, 2 décès; depuis le début de l'épidémie, le nombre des décès, dans cette localité, est de 39. — *Labegude*, 1 décès et plusieurs cas nouveaux. — *Saint-Pons*, 1 décès.

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* nous donne les chiffres suivants, touchant l'épidémie dans les provinces contaminées de Bergame, Bologne, Campobasso, Cuneo, Gênes, Massa, Parme, Naples, Turin, etc. :

Le 28 août, 121 cas nouveaux et 59 décès. (La *Spezzia*, 30 cas et 10 décès; la *Busca*, 10 cas.)

Le 29 août, 117 cas, 56 décès. (La *Spezzia*, 24 cas et 6 décès; la *Busca*, 21 cas, 20 décès.)

Le 30 août, 96 cas, 56 décès. (La *Spezzia*, 17 décès; la *Busca*, 12 cas et 17 décès.)

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Juhel-Rénoy, chef adjoint de clinique médicale, est délégué, du 1er août au 31 octobre 1884, dans les fonctions de chef de clinique médicale en remplacement de M. Brissaud, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Lhomme est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de préparateur de chimie organique.

— Le Conseil municipal de Paris a, dans l'une de ses dernières séances, voté l'installation d'étuves à désinfection dans les huit hôpitaux suivants qui en avaient été jusqu'à présent dépourvus : l'Hôtel-Dieu, la Pitié, la Charité, Cochin, Beaujon, Lariboisière, les Mariniers et la Clinique d'accouchements.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur la dypsomanie, faites à l'asile Sainte-Anne par M. V. Magnan, recueillies et publiées par le docteur Marcel Briand. Broch. in-8° de 151 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Contribution à l'étude du vaginisme, par le docteur G. Gillard. In-8°, 1884. — Prix : 2 francs. — Paris, Coccoz.

Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente, par le docteur A. Guinard. In-8°, 1884. — Prix : 2 francs. — Paris, Coccoz.

De l'électrolyse ou de la galvanocaustique chimique de la trompe d'Eustache, par le docteur Baratoux. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Pleurésie et état puerpéral, dix-huit ponctions en deux mois chez une femme en couches, guérison, par le docteur G. Grauc. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : [illegible] Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16659.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER PARIS.— HÔPITAL NECKER. Trois cas de fièvre typhoïde. — Considérations sur l'histoire et la géographie de la fièvre jaune. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Cette séance a été presque entièrement occupée par la discussion des conclusions du rapport de M. Brouardel ; les questions de doctrines ont donc été momentanément laissées de côté, et l'Académie s'est bornée à exprimer des désirs, à formuler des vœux auprès de l'administration et à émettre quelques prescriptions générales, tout aussi applicables, ainsi que l'a fait observer M. Léon Colin, aux épidémies de fièvre typhoïde, par exemple, qu'aux épidémies de choléra.

Nous avons publié dans notre dernier compte rendu les conclusions de M. Brouardel ; nous n'y reviendrons pas ; presque toutes ont été adoptées après de courtes discussions, sauf la sixième qui demandait qu'un enseignement spécial de l'épidémiologie fut organisé dans les diverses Facultés. Cette conclusion a été rejetée et remplacée par une proposition de M. Noël Guéneau de Mussy qu'on trouvera au compte rendu. Ainsi que l'a justement fait observer M. Guéneau de Mussy, que restera-t-il au professeur de pathologie interne si l'on retranche de son enseignement l'étude des maladies épidémiques ?

La troisième conclusion, dans laquelle M. le rapporteur disait que les matières fécales ne devaient jamais être jetées sur les fumiers, a dû être modifiée sur la proposition de M. Bouley qui a fait observer qu'une pareille mesure était absolument incompatible avec les habitudes agricoles de certaines localités où la fumure se fait avec l'engrais humain. M. Bouley, avec sa haute compétence en pareille matière, a soulevé là une question d'une grande importance et qui nous semble avoir été tranchée un peu trop hâtivement. Elle mérite qu'on y revienne sérieusement.

Au début de la séance, M. Jules Guérin a donné lecture d'une lettre de M. Bourguet (d'Aix), lettre que nous avons mentionnée dans notre dernier compte rendu et que nous publions aujourd'hui *in extenso*, parce qu'elle renferme des documents d'une réelle importance, surtout au point de vue de la doctrine soutenue avec tant d'énergie et tant de talent par M. Jules Guérin.

Signalons, en terminant, une courte note de M. Treille (de Rochefort), qui a été communiquée par M. Le Roy de Méricourt et dans laquelle l'auteur déclare avoir trouvé le bacille en virgule dans la diarrhée de Cochinchine. Décidément, le bacille de M. Koch perd chaque jour un peu de sa valeur au point de vue de sa spécificité cholérique.

HOPITAL NECKER. — M. POTAIN.

Trois cas de fièvre typhoïde.

Parmi les malades qui sont les plus récemment entrés dans notre service, il en est trois atteints de la même affection, mais chez lesquels la maladie revêt des formes différentes.

Le premier est le n° 30 de la salle Saint-Luc : c'est un ouvrier peintre en voitures, âgé de dix-neuf ans, qui est tombé malade samedi dernier. Chez lui, ce matin, le diagnostic n'est plus douteux bien que le faciès ne soit pas celui que l'on constate ordinairement à cette période de la maladie dont il est atteint, c'est-à-dire au sixième jour d'une fièvre typhoïde. En effet, sa figure est rouge, animée, les conjonctives sont fortement injectées; le pouls, au lieu d'être dépressible et mou, est, au contraire, large et bondissant, phénomènes assez insolites et que nous rencontrons rarement depuis un certain nombre d'années. Avec cela, une rougeur assez vive de la gorge qui, hier, nous pouvait faire songer au début d'une scarlatine; une langue épaisse et blanche au milieu, rouge sur les bords, enfin une sorte de fluxion de la peau. Mais cette rougeur, en examinant avec un peu d'attention le malade, ne pouvait pas en réalité être prise pour celle d'une scarlatine; en effet, elle avait une teinte uniforme, érythémateuse pour ainsi dire, comme on l'observe quelquefois dans un certain nombre d'affections fébriles. Enfin, j'ajoute que ce garçon est malade depuis six jours et que, si nous avions affaire à une scarlatine, l'éruption serait déjà venue. Je sais bien qu'il y a des cas exceptionnels où celle-ci ne se montre, en apparence du moins, que tardivement; ce sont les cas où elle survient dans le cours d'une autre maladie, de telle sorte que les périodes sont assez difficiles à déterminer.

C'est ainsi que j'ai vu, il y a quelques années, une jeune femme récemment accouchée, qui, depuis huit jours, présentait des phénomènes fébriles avec des râles de bronchite dans la poitrine, au moment où se montrait une éruption d'apparence scarlatineuse avec rougeur de la gorge, etc. J'étais, au premier moment, un peu embarrassé de savoir à laquelle des deux affections nous avions affaire, une grippe ou une scarlatine ? La vérité était qu'il s'agissait d'une grippe, survenue

pendant la période d'incubation de la scarlatine, et d'une éruption scarlatineuse développée pendant le cours d'une grippe. Le fait était très important à discerner, parce qu'il s'agissait de sauvegarder l'enfant que sa mère allaitait.

Mais, pour en revenir au malade de la salle Saint-Luc, je dirai donc, qu'en réalité, il ne s'agissait pas d'une scarlatine; l'éruption de la peau n'était pas la même, l'état de la langue, s'il présentait quelques analogies, n'était pas celui de la scarlatine, enfin, la rougeur de la gorge ne s'accompagnait d'aucun exsudat.

Or, du moment que la maladie n'était pas une scarlatine, nous n'avions plus à hésiter entre elle et une fièvre typhoïde. Du reste, depuis hier, il est survenu un peu de diarrhée, le ventre est tendu, un peu douloureux à la pression, on constate du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Enfin, ce matin nous avons aperçu sur le ventre — fait un peu prématuré, puisque nous ne sommes encore qu'au sixième jour, — deux taches rosées, lenticulaires, l'une à droite, l'autre à gauche. J'ajouterai, de plus, qu'hier mon chef de clinique avait trouvé que la rate était augmentée de volume. Ce matin, cette hypertrophie semble avoir disparu; en réalité, l'organe étant refoulé par la distension plus grande du ventre, qui est assez ballonné aujourd'hui, on ne le sent plus au même niveau qu'hier, mais beaucoup plus en arrière, presque dans la région lombaire où il mesure encore 14 centimètres de longueur.

Cette augmentation du volume de la rate est un signe très important à constater; car, dans maints cas difficiles, elle est venue éclairer tout à coup un diagnostic resté jusque-là douteux. Il ne faut donc jamais, en pareille occurrence, négliger de la bien mesurer.

En résumé, aujourd'hui, notre malade du n° 30 de la salle Saint-Luc est atteint d'une fièvre typhoïde de forme inflammatoire, c'est-à-dire d'une forme dans laquelle l'excitation de la circulation l'emporte sur les autres phénomènes, du moins dans le premier septénaire, car il est assez probable que, dans le second septénaire, le malade aura un peu d'adynamie. Dans tous les cas, son état actuel ne présage pas qu'il s'agisse d'une fièvre typhoïde grave; du reste, les formes inflammatoires guérissent généralement bien.

Quant au traitement, que devons-nous faire ici ? Si la fièvre persiste, nous aurons recours à des moyens capables de la modérer, nous prescrirons le sulfate de quinine. Mais auparavant il est encore nécessaire d'observer pendant vingt-quatre ou trente-six heures l'état de la température, car je ne serais pas étonné que les 40°6 qu'il présentait hier soir, jour de son arrivée, tinssent à son entrée à l'hôpital, tandis que s'il était resté dans sa chambre, ne subissant aucun déplacement, cette température n'aurait peut-être pas dépassé 38° et quelques dixièmes. En tous cas, comme il n'y a pas péril en la demeure, je crois préférable d'attendre jusqu'à demain pour intervenir par le sulfate de quinine.

—Notre second malade est celui du n° 38 de la même salle des hommes. Ici encore, c'est une fièvre typhoïde. La maladie en est seulement à son cinquième jour : aussi n'avons-nous pas encore trouvé de taches rosées. Nous constatons comme symptômes : un peu de fièvre, de l'abattement, de la céphalalgie, des râles dans la poitrine, une rate volumineuse facile à mesurer, de la diarrhée, du gargouillement dans la fosse iliaque droite et de la prostration. En somme, le diagnostic ne présente pas la moindre difficulté; il s'agit d'une fièvre typhoïde revêtant la forme muqueuse, dans laquelle la fièvre est médiocre et dont le pronostic nous paraît devoir être bénin.

—Malheureusement, il n'en est pas de même de la malade couchée au n° 24 de la salle Sainte-Adélaïde. Cette femme, âgée de vingt-quatre à vingt-cinq ans, a été prise dans le cours de l'allaitement. Elle est accouchée, il y a sept mois; elle a toujours été très bien portante depuis cette époque, elle a nourri elle-même, jusqu'à présent, son enfant; ses règles sont revenues dès le troisième mois et, pour la troisième fois, elle les avait, il y a quatre ou cinq jours, lorsqu'elle a pris froid; elles se sont arrêtées presque aussitôt.

Cette malade est entrée hier à l'hôpital dans un état de prostration profonde, parlant très difficilement. Ce matin, elle est dans le même état; les yeux sont un peu rouges; le ventre est gros, ballonné, un peu sensible dans la région sous-ombilicale; il y a de la diarrhée; on entend aussi quelques râles disséminés dans la poitrine. Mais ce fait que les règles ont été suspendues brusquement par un refroidissement nous a conduit à rechercher s'il n'y aurait pas chez elle quelque hématocèle avec péritonite péri-utérine. Toutefois ce diagnostic nous paraît difficile à admettre, malgré la prostration si profonde que nous observons, car la prostration, en pareil cas, n'arrive pas aussi d'emblée surtout quand il s'agit de péritonite localisée, circonscrite. Encore, si la malade était récemment accouchée (depuis quinze jours ou trois semaines), nous pourrions songer peut-être à quelque péritonite purulente survenue d'emblée. Mais ici ce n'est pas le cas. De même, rien n'indique qu'il s'agisse de quelque affection des voies respiratoires, de quelque pneumonie, par exemple.

Ainsi, par exclusion, nous arrivons à diagnostiquer une fièvre typhoïde, d'autant plus que le ventre est ballonné, avec gargouillement dans la fosse iliaque droite, que la rate est grosse, qu'il y a de la diarrhée, etc., etc.; enfin, la température est à 38°6. En somme, nous sommes en présence ici d'une forme adynamique dès le début, fait assez rare et d'une grande gravité, qui doit nous donner certainement des craintes sérieuses pour l'avenir. Ici, les indications sont de prescrire, sans perdre de temps : le sulfate de quinine, dès maintenant à 60 centigrammes, la tisane de quinquina, l'alcool, le bouillon et le lait pour soutenir les forces. Malheureusement, la tendance aux vomissements complique la situation; l'intolérance de l'estomac peut rendre le traitement difficile et nous forcer à recourir à une médication hypodermique.

CONSIDÉRATIONS

SUR L'HISTOIRE ET LA GÉOGRAPHIE DE LA FIÈVRE JAUNE (1)

Par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD,

Directeur du service de santé de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine.

V

2° *Quelles sont les contrées où la fièvre jaune se montre assez fréquemment, pour qu'on puisse la considérer comme une maladie habituelle.* — Il est à peine besoin de faire remarquer que, parmi les nombreux pays qui se trouvent inscrits dans les limites que nous venons de tracer, il en est où la fièvre jaune est plus fréquente, d'autres où elle est plus rare. Personne n'oserait dire que Swansea ou Saint-Nazaire doivent être mis sur le même pied que la

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 septembre 1884.

Havane ou Rio-Janeiro, soit pour la fréquence des épidémies, soit pour la facilité de leur extension.

Aussi a-t-on eu l'idée, très naturelle d'ailleurs, de faire une distinction entre les localités que nous venons de signaler tantôt. Les unes ne semblent appartenir que transitoirement, éventuellement et rarement au domaine de la maladie. Les autres, au contraire, sont dans ce domaine, c'est-à-dire voient fréquemment, sinon toujours, la fièvre jaune sévir avec plus ou moins de sévérité, de persistance ou de durée dans les divers moments de l'année. On peut appeler les premières : contrées de la zone éventuellement amarile; les secondes : contrées de la zone ordinairement amarile.

On a déterminé ces derniers pays avec une certaine précision, et nous dirons que, dans l'Amérique, les limites de la zone habituellement amarile vont depuis Charleston (32° 46′ lat. Nord) jusqu'à Rio-Janeiro (22° 54′ lat. Sud). En Afrique, Gorée (14° 53′ lat. Nord) ou peut-être l'embouchure de la Gambie et Saint-Paul-de-Loanda, environ de 10° lat. Sud, sont les limites de cette zone.

Hirsch a fixé la limite africaine méridionale de la fièvre jaune à Coast-Castle, c'est-à-dire à 5° 7′ lat. Nord; mais, dans ma campagne à la côte d'Afrique, j'ai pu m'assurer que les pays voisins : Fernando-Po, le Gabon, le fond du golfe de Bénin étaient des contrées où la fièvre jaune n'est rare que parce que l'élément européen ou blanc de la population y fait défaut; ces pays seraient absolument dans les conditions convenables pour présenter la maladie aussi fréquemment et aussi longtemps que les autres, si le nombre des étrangers augmentait dans leurs parages.

Comme je l'ai dit tantôt, les études récentes de météorologie ont déterminé d'une manière assez précise les lignes isothermes des divers pays aux divers moments de l'année, et il était naturel, dès lors, de regarder sur la carte à quelle catégorie appartenaient les contrées où la fièvre jaune est assez fréquente pour pouvoir être considérée comme faisant partie du cadre nosologique habituel. — Or, pour l'hémisphère Nord comme pour celui du Sud, la ligne isotherme moyenne de 25 degrés au moment le plus chaud de l'année marque, d'une manière très remarquable, les contours que nous avons indiqués pour la limite de la fièvre jaune. C'est au point que j'accepte, pour ma part, très volontiers la formule suivante avec, naturellement, toutes les restrictions qui doivent être admises quand on s'en tient à des approximations aussi élastiques que celles qui regardent les moyennes : *La zone atlantique, qui a plus de 25° de moyenne au moment le plus chaud de l'année, peut être appelée la zone ordinairement amarile.*

3° *Quelles sont, dans la zone amarile, les régions que l'on peut considérer comme génératrices de la fièvre jaune? en d'autres termes quelles sont les contrées amarilogènes?* — *A priori,* rien ne semble plus facile à déterminer que ces régions et cependant, quand on y regarde de près, on s'aperçoit bientôt qu'au contraire rien n'est plus difficile. On est obligé même de convenir que c'est là un des points les plus obscurs de l'histoire de la maladie déjà si obscure dans certains de ses détails.

Quand on consulte les innombrables écrits qui ont eu pour but de déterminer la question qui nous occupe, on voit que les opinions sont très différentes, et même à vrai dire que toutes les variantes ont été formulées; car, on s'en souvient, nous avons vu précédemment que Pym et Audouard ont cru même que la maladie était née à la côte d'Afrique et n'avait été apportée qu'accidentellement aux Antilles et au Brésil.

Sans revenir sur ce point que nous avons discuté déjà, disons que, pour les uns, il n'y a que deux petits foyers générateurs : la Vera-Cruz et la Havane.

Pour les autres, il y a un foyer unique qui comprend le littoral du Mexique dans les environs de la Vera-Cruz et celui de l'île de Cuba, peut-être de Saint-Domingue aussi.

Pour une troisième catégorie, il faut y ajouter la partie méridionale des États-Unis, Texas, Louisiane, Alabama et Floride, spécialement les bouches du Mississipi et en particulier la Nouvelle-Orléans et peut-être aussi Charleston dans la Caroline du Sud.

Pour une quatrième, il faut ajouter à cela les Petites Antilles.

Pour une cinquième, on doit y joindre le Brésil; et enfin une sixième affirme que la côte occidentale d'Afrique doit être rangée aujourd'hui comme un des foyers générateurs de la maladie, soit qu'elle ait eu cette propriété de tout temps, soit qu'elle l'ait acquise plus ou moins tardivement.

Nous allons nous occuper de toutes ces opinions successivement et nous le ferons dans l'ordre inverse, c'est-à-dire que nous commencerons par la dernière. Nous arriverons ainsi, par des éliminations successives, à limiter le plus que nous pourrons le débat sans avoir cependant, avouons-le dès le début, l'espoir de le résoudre.

A. *La côte occidentale d'Afrique est-elle un foyer générateur de la fièvre jaune?* — La fréquence de la fièvre jaune à la côte occidentale d'Afrique a fait dire à plusieurs auteurs que peut-être elle y était endémique; moi-même j'ai incliné vers cette opinion dans mon livre sur la fièvre jaune au Sénégal (1874, page 150), tout en faisant la réserve qu'au moment où j'écrivais les documents venus à ma connaissance étaient trop insuffisants pour juger la question d'une manière définitive ou même quelque peu probante.

Cette question de l'endémicité de la fièvre jaune à la côte d'Afrique m'a beaucoup préoccupé depuis une quinzaine d'années et je dois avouer que tour à tour mon esprit a incliné dans un sens ou dans l'autre sans avoir, pendant bien longtemps, pu se fixer d'une manière absolue. Cependant, je dois ajouter que de jour en jour, à mesure que mes renseignements sont plus nombreux et plus complets, je penche vers l'idée de la non-endémicité; d'ailleurs, je crois que le mieux est de présenter mes impressions au lecteur : il sera plus à même alors de se faire une opinion et de voir s'il doit ou non partager ma manière de penser.

Aujourd'hui comme en 1874, et plus encore peut-être, je suis très frappé de ce détail que la maladie est toujours venue exclusivement de Sierra-Léone au Sénégal, passant par la Gambie. Quelques observateurs ont cru pouvoir admettre que l'épidémie de 1881 était née sur place à Saint-Louis. Pour ma part, cette exception unique jusqu'ici me trouve absolument incrédule et je ne puis penser à sa réalité. Pour moi, et je suis heureux de me trouver en conformité d'idées avec mon savant camarade le docteur Nourry, qui était médecin en chef de la colonie à cette époque, cette épidémie de 1881 n'est survenue que par la reproduction des germes de l'épidémie de 1878, de sorte que c'est, à proprement parler, une recrudescence d'épidémie et non une épidémie nouvelle née de toutes pièces et spontanément sur les lieux.

Quand la maladie a existé à la côte d'Afrique elle n'était pas toujours partie originellement de Sierra-Leone, il est vrai; mais, dans ces cas, c'est de Fernando-Po ou de Saint-Paul-de-Loanda qu'elle était venue, de sorte que ce sont ces trois points qui ont été considérés comme pouvant engendrer la fièvre jaune de toutes pièces. C'est là, a-t-on dit — et je l'ai cru moi-même longtemps, — qu'elle est endémique.

Mais n'est-on pas frappé par ce fait que ces trois pays sont précisément ceux qui sont le plus souvent et le plus largement en rapport avec les pays d'Amérique? Pour un esprit impartial il y a déjà là une certaine présomption en faveur de l'importation.

Je présenterai un autre argument bien autrement puissant, on va le voir : si la fièvre jaune était endémique soit à Sierra-Leone, soit à Fernando-Po, soit à Saint-Paul-de-Loanda, ce n'est pas à l'encombrement du port, à un foyer produit par les habitations, comme on a pu le trouver soit pour Rio-Janeiro, soit pour la Havane, qu'il faudrait l'attribuer. En effet, dans ces localités que j'ai visitées assez souvent et avec assez de soin pour avoir une opinion bien arrêtée, le nombre des navires au mouillage est toujours minime, la densité de la population et des habitations très faible aussi, de sorte qu'on ne pourrait attribuer l'endémicité qu'à des conditions hydro-telluriques, au sol et au climat en d'autres termes. Mais alors comment expliquer ces faits de l'*Éclair*, par exemple, qui, en 1845, passa six mois sur la côte voisine de la ville de Sierra-Leone sans être contaminé, alors que, quelques jours à peine après qu'il a communiqué avec cette ville (Free-Town), il présente de nombreux cas de fièvre jaune?

Bien plus, tandis que Sierra-Leone voit au moins une année sur deux la fièvre jaune, nos postes de la Mellacorée, du rio Pongo, du rio Nuñez extrêmement voisins, mais sans relations ordinaires avec Free-Town, n'ont pour ainsi dire jamais été atteints.

Par ailleurs, le Gabon est voisin de Fernando-Po et la fièvre jaune n'y est jamais née spontanément, de sorte que je penche, de plus en plus et chaque jour davantage, à penser que la fièvre jaune n'est pas endémique à la côte occidentale d'Afrique, et cela pour cette triple raison que, d'une part, on a pu, pour un grand nombre d'épidémies, saisir l'apport américain; d'autre part, que les pays, où l'on a pu penser que la maladie est endémique, sont précisément ceux qui ont les rapports les plus fréquents et les plus étendus avec l'Amérique; en troisième lieu, enfin, que dans ces localités il semble que la zone dangereuse ne sorte pas de la ville même, alors que cette ville n'est d'ailleurs ni si grande, ni si peuplée, ni si agglomérée qu'on puisse la considérer comme suffisante pour constituer, comme la Havane ou Rio, un foyer générateur de la maladie.

J'insiste avec intention sur cet argument dont on appréciera l'importance : c'est que, tant à Sierra-Leone qu'à Fernando-Po, on a constaté nombre de fois la provenance américaine de la fièvre jaune, — je renvoie le lecteur à ce que nous savons pour les épidémies de ces pays dans les années 1816 et 1862 entre autres, — et j'ajouterai que, si les Anglais avaient toujours écrit ce qu'ils constataient au sujet de cette importation, nous saurions peut-être d'une manière certaine que, toutes les fois que la maladie s'est montrée dans la localité, elle était apportée d'Amérique.

Nos possessions de la côte occidentale d'Afrique ne sont que très rarement et très faiblement en rapport avec les Antilles ou le Brésil, les garnisons que nous y tenons viennent de France et ne vont pas dans le Nouveau-Monde après leur temps de séjour dans le pays, de sorte que, pour ce qui touche notre colonie du Sénégal, nous n'avons pas l'esprit tourné vers la possibilité de l'importation américaine de la fièvre jaune. Mais si nous songeons que, d'une part, les garnisons anglaises de la côte occidentale d'Afrique viennent des Antilles et y retournent après un certain temps de campagne, nous voyons que de ces relations fréquentes entre Sierra-Leone ou Coast-Castle et la Jamaïque, la Barbade, etc., etc., il peut résulter souvent des apports de typhus amaril pour des gens surtout qui ne prennent le plus souvent aucune précaution sanitaire.

D'autre part, le fait de l'épidémie de 1862, par exemple, dont on a tant parlé, nous montre qu'il doit y avoir de fréquentes relations entre l'île de Cuba et Fernando-Po. Enfin Saint-Paul-de-Loanda communique souvent et d'une manière régulière avec le Brésil. Aussi, je le répète, ne devons-nous pas nous baser sur ce qui se passe dans nos colonies pour juger des chances de contamination qu'ont les colonies anglaises ou espagnoles vis-à-vis de l'Amérique.

En somme, on trouvera que je me contredis à dix ans de distance et qu'après avoir penché vers l'endémicité de la fièvre jaune à la côte occidentale d'Afrique, je tends aujourd'hui à me ranger résolument dans le camp opposé. Je préfère être taxé d'inconséquence que de persévérer dans une opinion quand je crois qu'elle n'est plus l'expression de la réalité; le lecteur me pardonnera ces fluctuations de mon esprit en songeant que j'ai été préoccupé de la vérité plus que de la petite question d'amour-propre qui pourrait surgir en cette affaire. — Je reconnaîtrais volontiers dix fois de suite que je me suis trompé, si cet aveu devait faire avancer d'une ligne une question aussi importante que celle-ci.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 septembre 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend : 1° une série de communications relatives au choléra (commission du choléra); — 2° une lettre de M. le docteur Hurteaux (de Nantes) qui sollicite le titre de membre correspondant.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. **BROUARDEL** présente de la part de M. Maurice de Thierry un héma-spectroscope.

Cet appareil, qui est destiné à la recherche de quantités infinitésimales de sang dans un liquide quelconque : eau, urines, humeurs, etc., se compose d'un tube de laiton dans lequel glisse à frottement doux un autre tube de même métal et de plus petit diamètre; ce dernier tube est terminé par un appareil spectral d'un modèle nouveau à fente mobile. Dans l'intérieur de l'appareil on peut mettre à volonté trois tubes en cristal, fermés à leurs extrémités par de petits disques également en cristal et fixés à l'aide d'un collier mobile. Ces tubes, qui mesurent respectivement 0m,10, 0m,30 et 0m,50 de longueur, servent à mettre le liquide dans lequel on recherche la présence du sang. L'appareil, construit par Vérick avec le plus grand soin, s'adapte soit sur un microscope ordinaire, soit sur un pied articulé servant de support.

Cet appareil est donc appelé à rendre de grands services à la médecine légale, à la chimie biologique et aux naturalistes. (Commissaires : MM. Gariel, Giraud-Teulon et Brouardel.)

COMMUNICATIONS

Choléra. — M. **JULES GUÉRIN**, à l'occasion du procès-verbal, donne lecture d'une lettre de M. Bourguet (d'Aix), membre correspondant, qui a été adressée à l'Académie dans la dernière séance, et dont il n'a pas été donné communication. Voici le résumé de cette lettre qui est publiée dans le *Bulletin*.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. **BOURGUET** (d'Aix) rappelle que, dans l'avant-dernière séance, M. Proust a donné lecture de quelques extraits d'une lettre adressée à M. Brouardel par un de ses confrères d'Aix, M. le docteur Satil.

Il résulte de cette lettre que le choléra aurait été importé dans cette ville par un professeur du lycée de Toulon et par un ouvrier venu de Marseille, en sorte, ajoute M. Proust, que « malgré la constitution diarrhéique et dysentérique qui régnait à Aix, cette ville n'aurait pas eu le choléra si le professeur de Toulon et l'ouvrier de Marseille n'étaient venus y mourir de cette maladie ».

Nous regrettons, dit M. Bourguet, que les investigations auxquelles nous nous sommes livré et les renseignements officiels, mis à notre disposition comme médecin des épidémies, ne permettent pas de maintenir les conclusions de M. Proust. Mais l'Académie a trop à cœur les intérêts de la science pour ne pas nous savoir gré, sinon nous excuser, de lui faire connaître les faits tels qu'ils se sont produits.

Voici donc, en peu de mots, le résultat de nos recherches :

Ainsi que cela se trouve indiqué dans la lettre de M. Satil, la ville d'Aix et, nous pouvons ajouter, la plupart des localités environnantes étaient sous l'influence d'une constitution saisonnière manifestement diarrhéique, depuis l'arrivée des premières chaleurs. Vers le milieu de juin, peu de jours après l'apparition du choléra à Toulon, les diarrhées et les dysenteries se montrèrent plus fréquentes et plus tenaces. Quelques-unes même avaient une certaine tendance à revêtir la forme de cholérine, s'accompagnant de coliques, de vomissements, de selles très liquides, parfois aussi de crampes légères et d'un peu d'algidité; tout cela néanmoins était sans gravité et la guérison se produisait presque toujours rapidement, à la suite de moyens fort simples.

Mais au bout de peu de jours, les faits de ce genre tendirent à se multiplier et à devenir plus sérieux.

Dès le 26 juin, notre excellent confrère et ami M. Rimbaud, médecin du chemin de fer, était appelé à Roquefavour, à 12 kilomètres d'Aix, pour visiter une femme de la campagne, âgée de cinquante-deux ans, qui n'avait pas quitté son domicile et qui

n'avait été en rapport ni avec aucun habitant de Toulon, ni avec aucun objet suspect de contamination cholérique. Or, il importe de remarquer qu'à ce moment Marseille était encore indemne, le premier cas de choléra officiellement constaté dans cette ville datant du lendemain 27 juin (cas du jeune lycéen venu de Toulon). Et cependant la malade observée à Roquetavour par M. Rimbaud présentait tous les symptômes d'un choléra algide des plus prononcés. Atteinte dans le courant de la nuit, elle succomba à quatre heures de l'après-midi, sans que la réaction ait pu être obtenue, malgré l'emploi d'un traitement parfaitement approprié et les soins dévoués des personnes qui l'entouraient.

Le 29 juin, trois jours après ce premier décès cholérique, un second cas, également mortel, fut constaté dans la commune de Velaux, à trois kilomètres de Roquetavour, sur un ouvrier Piémontais employé dans une huilerie. Le malade n'avait pas non plus quitté son domicile depuis longtemps, n'avait eu aucun rapport avec des cholériques de Toulon ou de Marseille ni avec des objets contaminés. Ce cas fut d'autant plus remarqué qu'il a été accompagné d'incidents fort attristants : personne n'ayant voulu ensevelir le cadavre, M. le sous-préfet d'Aix dut se transporter sur les lieux, accompagné de M. Rimbaud, et faire appel, pour l'inhumation, au dévouement de deux gendarmes (1).

Le 2 juillet (qu'on veuille bien remarquer cette date), trois jours avant l'arrivée à Aix du professeur de Toulon, M. le docteur Vadon, chirurgien-chef interne de notre hôpital, observait dans sa clientèle et perdait du choléra un enfant de trois ans et demi, qui n'avait pas quitté Aix et n'avait eu également aucun rapport, direct ou indirect, avec des cholériques de Toulon ou de Marseille. Cet enfant, atteint des premiers symptômes à dix heures du matin, succombait à quatre heures de l'après-midi, après avoir présenté des vomissements, des selles riziformes, de l'algidité, des crampes, de la cyanose, la suppression des urines, l'altération de la voix, en un mot, tous les caractères d'un choléra très accentué.

Le lendemain, 3 juillet, une négresse de trente ans, atteinte depuis une quinzaine de jours de dysenterie grave, succombait dans l'espace de dix heures, à l'asile des aliénés, après avoir offert, comme le sujet précédent, des signes évidents de choléra.

Ces quatre décès, dont la nature cholérique ne peut pas être mise en doute, leur constatation ayant été faite par des médecins différents offrant les plus grandes garanties au point de vue de l'exactitude du diagnostic, ces quatre faits, dis-je, démontrent d'une manière irréfragable que le choléra existait à Aix et dans la contrée avant que le professeur de Toulon vînt y mourir le 5 juillet.

Nous sommes persuadé que ces détails étaient ignorés de M. Satil lorsqu'il a écrit sa lettre à M. Brouardel. Mais ils n'en ont pas moins une importance capitale, qui méritait d'être signalée, au point de vue du mode d'invasion du choléra à Aix.

Nous trouvons une nouvelle preuve de la non-importation directe du choléra de Toulon à Aix (quoique celle qui précède puisse suffire à la rigueur), en examinant les circonstances au milieu desquelles se sont produits les décès qui ont suivi celui du professeur de Toulon.

Le premier de ces décès a porté sur une religieuse cloîtrée, dont le couvent est situé à plus de 250 mètres du domicile du professeur. Cette malade a succombé à un accès presque foudroyant, dans l'espace de huit heures. Là encore, bien entendu, pas de contact d'aucune sorte... La mort a eu lieu le 7 juillet.

Le lendemain, 8, second décès portant sur un jardinier. Cet homme avait travaillé la veille et l'avant-veille à son jardin, qui se trouve en pleine campagne, et n'était rentré en ville que pour coucher à son domicile. Chez ce malade encore, aucun rapport avec les cholériques décédés ; de plus l'invasion du mal a eu lieu moins de trente-six heures après la mort du professeur de Toulon.

Un troisième décès, datant également du 8 juillet, a été signalé sur une femme de cinquante-quatre ans, rentière, pour laquelle il n'est pas possible non plus de faire intervenir la contagion directe.

Ces trois cas, il est vrai, se sont produits dans le même quartier de la ville. Mais les maisons dans lesquelles ils ont eu lieu sont à une assez grande distance les unes des autres ; les victimes n'avaient entre elles aucune relation ; enfin la plus rapprochée de ces trois habitations est placée à plus de 250 mètres de la première maison contaminée (1). Ajoutons qu'aucun décès n'a été observé dans la famille du professeur ni dans les rues avoisinantes qui renferment cependant une population d'une certaine densité ; de plus, le délai écoulé entre les trois décès et le cas importé de Toulon est inférieur à celui que l'on admet généralement pour l'incubation du choléra.

Quant au malade venu de Marseille, auquel M. Proust croit aussi pouvoir accorder une certaine part dans l'importation du choléra à Aix, nous sommes forcé de ne pas nous ranger à son opinion. En effet, cet ouvrier est tombé malade le 10 juillet au soir ; or, à cette date, six décès cholériques parfaitement caractérisés avaient été enregistrés à l'état civil. De plus, un nombre considérable de malades, plus ou moins sérieusement atteints, disséminés sur tous les points, étaient déjà en traitement. Ajoutons que cet homme n'est mort que le 15, et, qu'entre son entrée à l'hôpital et sa mort, il y avait eu en ville deux décès.

Nous espérons pouvoir reprendre ce sujet plus tard et transmettre à l'Académie une relation détaillée de l'épidémie, à Aix et dans l'arrondissement. Mais nous avons tenu à rectifier sans retard des faits notoirement inexacts, qui, tombant du haut de la tribune de l'Académie, acquerraient immédiatement une valeur et une importance très considérables et impliqueraient, au point de vue doctrinal, une signification toute différente de celle qu'ils ont en réalité.

M. JULES GUÉRIN fait ressortir toute l'importance de cette communication au point de vue de la doctrine qu'il soutient, et manifeste de nouveau son étonnement et son regret que cette lettre n'ait pas été communiquée dans la dernière séance.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL fait observer que c'est sur son ordre que la lettre de M. Bourguet a été publiée *in extenso* dans le *Bulletin*.

M. MAREY croit que les enquêtes faites dans les grandes villes ne sont pas de nature à éclairer la question de la pathogénie des épidémies cholériques. L'intérêt n'est pas là. Si l'on veut obtenir des résultats précis relativement à la question de l'importation ou de la non-importation du choléra, c'est sur les petites localités qu'il faut diriger les recherches et non sur les grandes villes. M. Marey appelle toute l'attention de l'Académie sur l'importance qu'il y aurait à diriger les recherches dans ce sens.

M. JULES GUÉRIN admet toute l'importance des enquêtes faites dans les petites localités ; ces enquêtes ont déjà démontré qu'il y a toujours, dans ces petites localités, des faits préalables. Toutefois, il est trop scrupuleux de la vérité scientifique pour ne pas admettre des faits de contagion à distance ; il en a lui-même cité des exemples. Mais ce sont là des faits de coïncidence et non de communication ou de transmission directe. Il n'y a pas jusqu'ici de preuves suffisantes qui permettent d'établir, dans ces cas, une relation de cause à effet, tandis qu'il a toujours été possible d'établir la préexistence d'une constitution médicale épidémique. Si, dans un pays où règne cette constitution, survient un individu atteint du choléra, ce n'est pas lui qui importe la maladie ; sa présence n'est qu'une coïncidence.

RAPPORT

M. LE ROY DE MÉRICOURT, au nom de la commission des épidémies, lit un rapport sur un certain nombre de communications ayant trait au traitement du choléra.

(1) Ces deux faits ont été l'objet d'un rapport adressé par M. Rimbaud à notre honorable collègue M. Devilliers, médecin en chef de la Compagnie du chemin de fer Paris-Lyon-Méditerranée.

(1) Il nous paraît utile d'ajouter que les cas observés antérieurement, l'un en ville, l'autre à l'asile des aliénés, ont eu lieu dans des points encore plus éloignés du quartier de la Plate-Forme, atteint les 7 et 8 juillet.

M. LE ROY DE MÉRICOURT communique ensuite une note de M. Treille (de Rochefort) qui déclare avoir trouvé le bacille en virgule dans la diarrhée de Cochinchine. Il rappelle que M. Straus a dit l'avoir rencontré également dans la dysenterie et dans certains écoulements leucorrhéiques. Il résulte de ces faits, ajoute M. Treille, que le bacille en virgule se rencontre dans plusieurs états pathologiques et n'est nullement spécial au choléra, ainsi que l'a soutenu M. Koch.

M. JULES GUÉRIN dit avoir vu une planche très bien faite représentant des intestins de cholériques et sur laquelle se trouvaient figurées une masse de virgules. Il ajoute d'ailleurs que tout cela ne signifie rien.

DISCUSSION

M. BROUARDEL, au nom de la section d'hygiène, donne de nouveau lecture à l'Académie des conclusions du rapport qu'il a présenté dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, p. 788).

La discussion est ouverte sur chacune de ces conclusions.

M. BLOT, à propos de la première conclusion, fait observer qu'il ne s'explique pas comment des causes banales, permanentes, comme celles que vise cette première conclusion, peuvent produire des effets temporaires, comme une épidémie cholérique. C'est accorder à ces causes une importance qu'elles n'ont pas.

M. BROUARDEL répond à M. Blot qu'il n'a pas compris le véritable sens de cette conclusion qui n'a pour but que de favoriser le rassemblement d'un grand nombre de documents administratifs propres à éclairer l'influence que peuvent avoir les eaux, les vidanges, etc., sur la marche de certaines épidémies.

M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY dit que ces causes banales peuvent, à un moment donné, devenir des causes spécifiques. Si, par exemple, il est démontré que le choléra peut se transmettre par les selles de cholériques, on comprendra toute l'importance que prendront dès lors les systèmes de vidange, la distribution des eaux, etc. Ces causes banales peuvent donc acquérir une importance capitale au point de vue de la propagation d'une épidémie cholérique ou d'une épidémie de fièvre typhoïde.

M. JULES GUÉRIN admet, avec M. Guéneau de Mussy, l'utilité de ces documents et approuve la première conclusion du rapport de M. Brouardel, non pas comme pouvant éclairer la question d'origine des épidémies, mais comme une question auxiliaire.

La première conclusion est mise aux voix et adoptée. La seconde conclusion est adoptée sans discussion.

M. BOULEY fait observer que la troisième conclusion sera inapplicable dans certains pays du Nord où l'on se sert de l'engrais humain. Il ne faudrait pas que l'Académie conseillât une mesure qu'elle sait d'avance ne pouvoir être appliquée dans certaines localités.

M. BROUARDEL répond qu'il y a là un danger qu'il faut avoir le courage de signaler; toutefois, pour tenir compte des justes observations de M. Bouley relativement à certaines habitudes agricoles, il propose de modifier ainsi la troisième conclusion : « Quels que soient les moyens employés pour désinfecter et transporter les matières fécales, celles-ci ne devront jamais polluer les cours d'eau ni être répandues à l'air libre sur le sol ou jetées sur les fumiers, *au voisinage des habitations.* »

Cette conclusion est mise aux voix et adoptée.

M. JULES GUÉRIN, à propos de la quatrième conclusion, demande que tous les documents dont il y est question soient mis à la disposition de tous les membres de l'Académie et non pas seulement des membres de la commission.

M. LE ROY DE MÉRICOURT fait observer que le vœu exprimé dans la cinquième conclusion est irréalisable. Une entente entre les diverses nations relativement aux épidémies cholériques, à leur apparition, aux mesures prophylactiques à prendre, etc., est absolument impossible, telle nation professant une opinion tout opposée à telle autre sur l'utilité des quarantaines, etc. Le bureau international d'hygiène sollicité dans cette conclusion n'est donc, suivant lui, qu'une utopie généreuse.

M. BROUARDEL, tout en reconnaissant en partie la justesse de l'objection de M. Le Roy de Méricourt, fait observer que ce vœu n'est pas aussi irréalisable et qu'il y aurait un grand intérêt à ce qu'il fût mis à exécution.

M. PROUST ajoute qu'il s'agit d'une commission internationale exclusivement scientifique, dans laquelle la diplomatie ne doit être pour rien; qu'il s'agit de créer un simple bureau d'avertissement des épidémies; que, du reste, cette idée a déjà reçu un commencement d'exécution et est loin de rencontrer de la part des nations une aussi grande résistance que semble le croire M. Le Roy de Méricourt.

M. JULES GUÉRIN, d'accord avec M. Le Roy de Méricourt, considère cette mesure comme impraticable. Il est d'ailleurs personnellement opposé à toute mesure qui pourrait avoir pour but de synthétiser l'opinion de toute une nation dans un seul individu privilégié. C'est ce qui est arrivé pour la conférence de Constantinople. De pareils abus doivent être évités. Il faut savoir favoriser la liberté des opinions et laisser le champ libre à la discussion. Voilà comment il faut servir la science et non par des privilèges accordés à tel ou tel.

M. LÉON COLIN fait également ressortir les inconvénients des représentants officiels, la réserve à laquelle ils sont souvent tenus, en raison même de l'importance de leurs déclarations. Récemment encore, on a eu un exemple de cette réserve imposée en pareille circonstance.

M. BROUARDEL répond à l'allusion de M. Colin : Voilà plusieurs fois, dit-il, que notre collègue fait allusion à la gêne dans laquelle nous nous serions trouvé pour exposer notre opinion. Je proteste contre cette interprétation de notre réserve et je déclare hautement que nous n'avons reçu aucune indication du gouvernement et que nous n'avons été gêné en quoi que ce soit dans l'expression de notre opinion.

M. PROUST ajoute sa protestation à celle de M. Brouardel.

M. LÉON COLIN déclare que, s'il avait eu l'honneur de faire partie de la commission avec MM. Brouardel et Proust, il aurait éprouvé les mêmes hésitations avant de se prononcer et se serait cru obligé à la plus grande réserve, en raison même du caractère officiel de ses déclarations et de ses rapports. Son observation n'impliquait donc aucun blâme pour les membres de la commission ; elle avait seulement pour but de faire ressortir toutes les difficultés d'une entente entre les diverses nations, dont les représentants officiels seraient forcément liés dans une certaine mesure par leur gouvernement et se trouveraient pour la plupart dans une position délicate et difficile.

Après quelques observations de MM. Guéneau, Marey, Jules Guérin et Léon Colin, la sixième conclusion qui demande un enseignement spécial d'épidémiologie dans les diverses Facultés de médecine de France, est mise aux voix et n'est pas adoptée. Elle est remplacée par la proposition suivante de M. Noël Guéneau de Mussy :

Il serait nécessaire d'instituer dans les grandes villes un bureau d'hygiène semblable à celui qui fonctionne à Bruxelles.

La discussion de la septième conclusion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Choléra.* — L'épidémie cholérique a donné lieu, depuis notre dernier bulletin, à la mortalité suivante :

Toulon. — Du 31 août au 1er septembre, 2 décès cholériques. — Le 1er septembre, hôpital Bon-Rencontre, 1 entrée, 3 sorties, 1 décès, 7 malades en traitement. Hôpital Saint-Mandrier, 1 entrée, 0 sortie, 0 décès, 22 malades en traitement. — Du 1er au 2 septembre, 3 décès cholériques, dont 1 en ville et 2 dans les faubourgs. — Le 2 septembre, hôpital Bon-Rencontre, 1 entrée, 2 sorties, 0 décès, 6 malades en traitement. Hôpital Saint-Mandrier, 2 entrées, 3 sorties, 0 décès, 21 malades en traitement.

Marseille. — Le 31 août, 9 décès. — Le 1er septembre, 9 décès également. — Le 2 septembre, à six heures du soir, 5 décès cholériques.

Arles. — Le nombre des décès cholériques s'élève pour le mois d'août à 69. — Depuis le 31 août, 0 décès.

Aix. — Le chiffre des décès cholériques enregistrés pendant le mois d'août est également de 69. — Le 1er septembre, 1 décès.

Bouches-du-Rhône. — *Argon*, 1 décès. — *Eygallières*, 1 décès.

Var. — *Solliès-Pont*, 5 décès et plusieurs nouveaux cas graves. — *Puget-Ville*, 1 décès.

Hérault. — *Fabrègues*, 6 décès, dont 4 foudroyants, et 5 nouveaux cas graves. — *Cette*, 3 décès. — *Béziers*, 6 décès. — *Pomerols*, 1 décès. — *Maraussans*, 1 décès. — *Pignan*, 1 décès. — *Agde*, 1 décès.

Gard. — *Nîmes*, 1 décès.

Aude. — *Carcassonne*, 6 décès. — On compte dans ce département 212 décès depuis le commencement de l'épidémie.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 10 décès. — *Cattlar*, 1 décès. — *Prades*, 3 décès. — *Ille*, 1 décès. — *Céret*, 2 décès. — *Camelas*, 1 décès. — *Castelnau*, 1 décès. — *Saint-Félin-d'Avail*, 3 décès. — *Rodes*, 2 décès. — *Eus*, 3 décès. — *Vernet-les-Bains*, 1 décès, et *Saint-Marsal*, 1 décès.

Au 31 août, la mortalité cholérique avait été de 279 décès pour le département, se répartissant ainsi : arrondissement de Perpignan, 228 décès; arrondissement de Prades, 45; arrondissement de Céret, 6 décès. Quarante et une communes avaient été atteintes par le fléau.

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* enregistre les chiffres suivants, touchant l'épidémie dans les provinces contaminées de Bergame, Campobasso, Cuneo, Gênes, Lucques, Massa, Naples, Parme, Pise, Turin, etc. :

Le 31 août, 107 cas nouveaux et 72 décès, parmi lesquels la *Spezzia* compte 24 cas et 16 décès, et *Naples*, une vingtaine de cas et plusieurs décès.

Le 1er septembre, 151 cas nouveaux et 45 décès, parmi lesquels la *Spezzia* compte 39 cas nouveaux et 13 décès; Naples, une quarantaine de cas et une vingtaine de décès.

Espagne. — Le choléra a fait son apparition le 28 août dans la province d'Alicante. Elche, Monovar et Novelda sont également atteintes; dans cette dernière localité, on compterait déjà aujourd'hui 52 cas et 18 décès.

— Les deux legs suivants viennent d'être faits à la Faculté de médecine de Paris, que celle-ci est autorisée à accepter :

1° Un legs d'une somme de quarante mille francs (40,000 fr.) pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'hygiène;

2° Un legs d'une somme de dix mille francs (10,000 fr.) pour la fondation d'un prix biennal destiné au meilleur ouvrage relatif à l'histologie.

— Un legs vient d'être fait aussi au Muséum d'histoire naturelle de Paris, legs d'une somme de quarante mille francs (40,000 fr.), pour le revenu en être appliqué au développement des travaux sur la chimie organique.

— *Concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.* — Liste par ordre alphabétique des candidats admissibles aux épreuves orales :

Médecine. — *Candidats à quatre inscriptions :* MM. Augias, Barrier, Cavalier-Bénézet, Chapdelaine, Chauveau, Chéreau, Decoux, Dubar, Estrabaud, François, Gontier, Janot, Lenoir, Mendés, Mignon, Millard, Niclot, Ollier, Puech, Ribière, Rouchaud, Séguret, de Viville.

Candidats à huit inscriptions. — MM. Apard, Argance, Arnaud, Authenac, Barbin, Barbot, Bardot, Bassères, Bataille, Batut, Bauby, Bonnaud, Bourgarel, Cambours, Castaing, Castelli, Caubet, Chardon, Cotton, Couvignon, Cuche, Danjou, Delacroix, Destot, Deumié, Ducurtil, Dumont, Evrard, Forest-Defaye, Fosse, Gaillard, Gary, Gauillard, Guillaud, Habert, Huard, Jacques, Julia, Keim, Laborderie, Lacroix, de Laulanié, Lœuillet, Lafforgue, Lansac, Larrat, Laugier, Lejeune, Licht, Lombard, Louis, Manon, Maret, Martin, Masurel, Michel, Millière, Pascal, Pech, Pécharmann, Petit, Piedpremier, Provendier, Puybarret, Ravoux, Rebillard, Romane, Salis, Senesse, Sicard, Tarbouriech, Tersen, de Vernejoul, Viéron, Vincent, Vitoux, Watrin.

Candidats à douze inscriptions. — MM. Bayle, Galzin, Jaubert, Leymarie, Picot, Spillmann, Weill.

Candidats à seize inscriptions. — MM. Delom-Sorbé, Gairaud, Hagen, Lorin, Puig, Vercier, Vallois, Vincent.

Pharmacie. — *Candidats sans inscriptions.* — MM. Benoit, Dandrieu, Darbour, Douezan, Erhmann, Gentilhomme, Molinier, Radier, Richard, Salvat.

Candidats à quatre inscriptions. — MM. Bévière, Blanckaert, Gauquelin.

— Dans la dernière séance du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, M. le docteur Dujardin-Beaumetz a donné lecture d'un rapport relatif à un cas de décès par rage survenu à l'hôpital Trousseau.

La victime est un petit garçon de sept ans, qui avait été mordu à la lèvre supérieure, un mois auparavant, par un chien inconnu. La morsure avait été cautérisée chez un pharmacien avec de l'alcali volatil. Cet enfant a succombé au bout de trois jours de maladie, après avoir présenté tous les signes caractéristiques de la rage.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer que, au mois de janvier 1882, le Conseil d'hygiène avait rédigé une instruction dans laquelle il était dit que : « La cautérisation doit être faite avec du caustique de Vienne, du chlorure de zinc, du beurre d'antimoine et surtout avec le fer rouge, qui est, en pareil cas, le meilleur des caustiques. » Cette instruction ajoutait : « Les cautérisations avec l'ammoniaque, les différents alcools, la teinture d'arnica et les solutions phéniquées sont absolument inefficaces. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16668.

N° 103. — SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 6 SEPTEMBRE 1884. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Symptomatologie et traitement de la cirrhose hypertrophique. — Hôpital Necker. I. Épithélioma de la muqueuse anale. — II. Arthrite suppurée et fongosités de l'articulation du coude. — Des sections contuses. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Symptomatologie et traitement de la cirrhose hypertrophique.

Dans une précédente leçon, je vous ai parlé de la cirrhose mixte et des urines ictériques ; aujourd'hui je veux vous dire quelques mots de la symptomatologie de la maladie connue sous le nom de cirrhose hypertrophique.

Les symptômes de cette affection sont peu nombreux, il est vrai, mais ils sont caractéristiques.

Tout d'abord le début de la maladie est lent, sourd ; quelquefois ce sont de simples troubles digestifs, un peu moins d'appétit, des alternatives de constipation et de diarrhée passagères et sans cause appréciable. Certains malades éprouvent, dans les premiers temps, un sentiment de douleur diffuse dans la région abdominale, notamment à la partie supérieure et à droite, douleur qui revient de temps à autre, douleur qui est plutôt une sensation de gêne, de pesanteur, se produisant surtout après la marche, tendant à se localiser dans l'hypocondre droit pour s'étendre un peu plus tard vers l'épaule droite. Cette douleur s'accentue quelquefois pendant le cours de la maladie ; elle augmente parfois aussi par la pression et est en rapport avec la lésion anatomique, c'est-à-dire avec une petite poussée de péritonite, avec l'inflammation de la séreuse péritonéale en rapport avec l'organe hépatique, inflammation résultant de la distension de la séreuse par l'augmentation de volume du foie. Ces poussées de péritonite nous sont prouvées plus tard, lorsqu'on a l'occasion de faire l'autopsie de malades ayant succombé à la cirrhose hypertrophique, par l'existence de plaques laiteuses, comme dans toutes les péritonites partielles produites par la présence de tumeurs abdominales.

Ainsi le début de la cirrhose hypertrophique est caractérisé par des troubles digestifs, des alternatives de constipation et de diarrhée; par une douleur, gêne ou pesanteur dans l'hypocondre droit; par de petites péritonites partielles et de temps en temps aussi par des vomissements. De plus, on observe assez souvent un phénomène très caractéristique, c'est-à-dire l'ictère, phénomène qui tient une place très variable comme intensité et comme date d'apparition, tantôt se montrant au début, tantôt dans le cours de la maladie, tantôt à la fin. Quelquefois la teinte de la peau est légèrement jaunâtre et les urines seules sont caractéristiques; dans d'autres cas, l'ictère est extrêmement intense et s'accompagne de démangeaisons atroces ; sa durée est également variable, un mois, six semaines, à moins qu'il ne passe à l'état chronique; il persiste alors, pendant des mois et des années. En tous cas, il est rare qu'on ne l'observe pas au moins une fois pendant le cours de la maladie, et le plus souvent il récidive un an ou deux après sa première apparition sans que l'on puisse s'expliquer pourquoi il est apparu et pourquoi il a disparu.

Les hémorragies sont assez fréquentes dans la cirrhose hypertrophique : ce sont surtout des épistaxis plus ou moins répétées, parfois des flux hémorroïdaux; les hématuries et les hémoptysies, par contre, sont assez rares. Enfin, ajoutons à cela quelques phénomènes généraux, malaises, affaiblissement, amaigrissement, un peu de fièvre de temps à autre. En somme, les véritables signes de la cirrhose hypertrophique sont surtout des signes physiques, les autres sont fugaces. L'abdomen est plus volumineux, la base de la poitrine est élargie, les fausses côtes, écartées, la partie supérieure du ventre, élargie; cette distension est même assez sensible aux yeux du malade, qui se plaint de ne plus pouvoir boutonner son pantalon. On a dit que l'on n'observait de veinosités abdominales que dans la cirrhose atrophique et non pas dans la cirrhose hypertrophique; c'est là une erreur, les veines sont également plus apparentes qu'à l'état normal dans cette dernière affection.

Au palper abdominal on sent à droite le bord mousse inférieur du foie descendre tout près de l'ombilic, voire même au-dessous de lui. La percussion permet de bien limiter le foie et démontre son augmentation de volume, une véritable hypertrophie de l'organe hépatique. Du côté gauche, on constate aussi une tuméfaction dure, quelquefois inégale dans son contour, qui n'est autre qu'une hypertrophie de la rate, parfois plus considérable même que celle du foie. Cette hypertrophie splénique est un des caractères les plus importants sur lesquels repose souvent le diagnostic de la cirrhose hypertrophique, bien que pendant très longtemps elle ait été laissée de côté comme un signe sans valeur. L'hypertrophie est même telle quelquefois que les deux organes, foie et rate, se rejoignent; mais le plus souvent il existe entre eux un certain espace, sonore à la percussion.

Quant à la marche de la maladie, nous avons déjà dit que le début était lent, insidieux, latent, sourd; nous ajoute-

rons que, lorsqu'elle est constituée, elle est généralement de longue durée, cinq ans, dix ans, douze ans et même davantage. En somme, la cirrhose hypertrophique, si elle ne guérit pas, — ce que nous ne saurions dire d'une façon certaine, — permet tout au moins de vivre souvent pendant de nombreuses années. Les phénomènes morbides peuvent s'amender, le volume du foie peut même diminuer, ainsi que celui de la rate, et le malade revenir partiellement à la santé. Mais elle peut aussi se terminer par la mort, de différentes manières : le plus souvent les malades succombent à quelque maladie intercurrente, pleurésie, pneumonie, apoplexie, etc., n'importe quoi. Ils peuvent aussi succomber à l'ictère grave, caractérisé par un affaiblissement général, l'apathie, le coma, les hémorragies nasales, cutanées ou intestinales, ou bien encore à des phénomènes de cirrhose atrophique : ascite, œdème des extrémités, affaiblissement progressif et, à l'autopsie, on trouve les lésions des deux cirrhoses. Enfin, certains malades meurent aussi, après un temps variable, d'épuisement.

L'étiologie de la cirrhose hypertrophique n'est pas encore connue. Ce que l'on sait, c'est qu'elle est de beaucoup plus commune chez l'homme que chez la femme. Pourquoi? Nous l'ignorons. Quant à l'âge, on a trop circonscrit ses limites en disant qu'on ne la rencontrait guère que de trente à cinquante ans. En effet, on peut l'observer beaucoup plus tôt; en ce moment même, nous avons dans nos salles un garçon de vingt et un ans qui en est atteint. Il est vrai que, dès l'âge de quatorze ans, se plaçant comme garçon de café, il a contracté bien vite des habitudes alcooliques, poussées plus facilement encore à l'excès par la nature même de sa profession. Il y a trois jours, j'ai vu aussi à nos consultations particulières un garçon d'une vingtaine d'années qui, pendant tout le temps du service militaire, s'est livré à l'alcoolisme. Nous devons encore ajouter à cette cause, qui avait été de toutes la plus fréquente, l'intoxication paludéenne et la lithiase biliaire. A côté de ces trois causes principales : alcoolisme, intoxication paludéenne et lithiase biliaire, il en est certainement d'autres qui nous sont tout à fait inconnues.

Je ne m'arrêterai pas ici au diagnostic de la maladie, je vous ai dit toute sa symptomatologie ; j'ajouterai seulement quelques mots vous permettant de distinguer la cirrhose hypertrophique de la cirrhose atrophique. Dans la première nous trouvons : augmentation du volume de la rate et du foie, absence d'ascite et d'œdème, ictère et urines ictériques, etc. Dans la seconde : diminution de volume du foie, pas d'ictère, urines peu abondantes, épaisses, fortement colorées et riches en urates et en phosphates, œdème et ascite.

Dans le cas de cancer du foie, l'organe est augmenté de volume, il est vrai, mais il est bosselé, inégal, plus douloureux, la rate n'est pas hypertrophiée, la nutrition est profondément altérée, l'affaiblissement et l'amaigrissement sont extrêmes.

Voilà pour le diagnostic; quant au pronostic, nous l'avons fait connaître en parlant de la marche de la maladie; il nous reste donc seulement à dire quelques mots du traitement.

Ce traitement, du reste, n'est pas très avancé encore et ce que nous pouvons dire, c'est que la meilleure médication consiste dans l'emploi des alcalins (bicarbonate de soude à la dose de 1 gramme avant le repas) et surtout de l'iodure de potassium à la dose d'un, deux ou trois grammes par jour. Quelques applications répétées de cautères sur la région hépatique ont donné de bons résultats. Enfin, les eaux minérales, alcalines, paraissent être efficaces, surtout si les malades peuvent s'y rendre de bonne heure, dès le début de la maladie, et y retourner plusieurs années de suite.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Épithélioma de la muqueuse anale. — II. Arthrite suppurée et fongosités de l'articulation du coude.

I. Dans une de mes leçons sur le traitement du cancer du rectum, je rappelais certain malade que j'avais opéré par l'extirpation. Pendant plusieurs mois cet homme était venu me voir, me donner de ses nouvelles. Il allait toujours bien. Puis un beau jour il a cessé de venir ; j'en avais conclu qu'il était, selon toutes probabilités, mort, qu'il avait succombé à quelque récidive de son mal. Aussi, grande fut ma surprise de recevoir récemment sa visite et peut-être plus encore de constater que sa guérison s'était parfaitement maintenue. L'opération date maintenant de trois ans.

C'est le second cas que j'observe de guérison complète. Il me confirme dans cette conclusion que j'ai déjà émise chaque fois que l'occasion s'en est présentée, à savoir : que les tumeurs épithéliales de l'anus et du rectum doivent être extirpées.

En effet, les cas de guérison appartiennent à l'épithélioma de la muqueuse anale proprement dite, muqueuse qui diffère comme genèse de la muqueuse rectale et qui en est séparée par un sillon profond, sillon ano-rectal, où les deux muqueuses viennent se confondre. C'est la différence qui existe entre l'épithélium de la muqueuse anale et celui de la muqueuse rectale qui rend compte des différences que l'on observe dans les épithéliomas de ces deux muqueuses.

Mon opéré de trois ans porte donc aujourd'hui un petit anus cicatriciel, indemne de toute dureté et pourvu d'une muqueuse parfaitement saine.

II. Dans notre salle des hommes nous avons un individu de trente-sept ans, garcon boulanger, lourd et volumineux, dont les antécédents morbides sont une pleurésie à dix-neuf ans, une fièvre typhoïde à vingt ans, une variole à vingt-quatre ans. Quant à sa maladie actuelle, — affection du coude gauche, — son début remonterait à vingt-deux mois. Elle a commencé par une sorte d'engourdissement douloureux du coude. Pendant l'hiver de 1882-1883, la douleur augmenta manifestement en même temps que toute la région se tuméfiait visiblement. Cet homme consulte un médecin qui lui prescrit le repos du membre et l'enveloppement de la région douloureuse avec de la ouate. L'hiver passé, les chaleurs revenant, il éprouve une amélioration assez prononcée pour reprendre ses occupations. Pendant le cours de l'été, il ne va pas trop mal. Mais les froids reviennent avec la mauvaise saison ; de plus, cet homme a la malechance de faire une chute sur le coude malade; les douleurs reparaissent plus vives alors que jamais, une tuméfaction notable se développe, il n'en continue pas moins, nécessité l'y obligeant, à travailler tant bien que mal. Certain jour, cependant, en fendant du bois, il éprouve une douleur des plus vives et, dès ce moment, le membre devient absolument impotent.

C'est dans ces conditions qu'à la fin de décembre dernier il entrait à l'hôpital.

Le lendemain je l'examinai avec soin et reconnus bien

vite qu'il s'agissait, chez lui, d'une arthrite d'origine rhumatismale présentant de temps en temps des poussées en rapport avec la température ou la fatigue du malade. En raison du processus des accidents, du gonflement un peu pâteux de la région du coude, je fis appliquer des pointes de feu et placer ensuite un appareil inamovible, puis à la fin de janvier je l'envoyais à l'Asile de convalescence de Vincennes. Mais dès le 5 février il revenait dans mon service et, en enlevant l'appareil, nous trouvions le coude de nouveau tuméfié; la peau, rouge, était le siège d'une inflammation intense. Les accidents de nouveau conjurés, le malade retournait une seconde fois à Vincennes avec un appareil silicaté. Il y resta un certain temps pour rentrer enfin ici il y a un mois.

Cette fois, j'ai constaté qu'il existait des mouvements remarquables de latéralité de l'articulation. Celle-ci est semitendue par une collection liquide, les bosselures sont molles, dépressibles; elles indiquent la formation de pus et l'existence de fongosités articulaires, les mouvements sont douloureux. En dehors de l'articulation, il existe aussi une collection purulente que nous drainons, tandis que le membre est placé dans une goûttière. De plus, cet homme, gros et gras, vigoureux à son entrée quoique lourd, est très déprimé; nous constatons de l'emphysème pulmonaire, de la bronchite chronique ; on entend des râles bien nets aux deux bases. De plus aussi, il est très préoccupé de l'avenir, il est inquiet, toutes choses qui sont de mauvaises conditions au point de vue d'une opération à intervenir. Celle-ci cependant est inévitable aujourd'hui, car tout ce que nous avons fait — révulsifs et immobilisation absolue — a échoué et nous n'avons pas pu réussir à obtenir une ankylose. Nous devons donc l'opérer sans plus tarder, car les préoccupations morales, les angoisses mêmes de l'opération le dépriment de plus en plus, jouant un rôle tout aussi considérable que son catarrhe bronchique. Si nous attendons, pour intervenir, que sa bronchite soit guérie, il se peut que quelque arthrite purulente l'ait emporté auparavant.

Dans ces conditions-là et avec l'assentiment du malade, je vais dès aujourd'hui procéder à l'opération nécessaire.

Autrefois, à l'époque où je faisais mes études médicales, on avait recours au procédé de Moreau ou procédé en hache par deux incisions, l'une transversale, l'autre latérale; mais on avait une plaie très inutilement étendue. Chassaignac a préconisé une incision unique; ce procédé avait le double inconvénient d'être insuffisant et inutile. Nélaton faisait une bonne incision latérale externe que l'on terminait par une incision transversale, c'est le procédé en L. Autrefois, moi-même aussi, étant prosecteur, j'avais imaginé l'incision en T, soit également, sauf quelques variantes, une incision latérale et une transversale prolongée. Quant au procédé en baïonnette, c'est le procédé d'Ollier qui comprend trois incisions : une verticale externe allant jusqu'à l'épicondyle, une oblique se dirigeant vers l'olécrâne et une deuxième verticale ou médiane postérieure.

En somme, tous ces procédés présentent de grandes analogies.

Ici je prendrai quelques précautions supplémentaires; j'entr'ouvrirai l'articulation afin de m'assurer si, oui ou non, il y a arthrite suppurée simple, sans fongosités, de telle sorte que l'opération consisterait seulement dans cette ouverture, le lavage antiseptique et le repos. Si, au contraire, comme cela me paraît tout probable, d'après les mouvements de latéralité dont je parlais tout à l'heure, il existe des fongosités, je procéderai à la décortication sous-périostique et à la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus et de l'extrémité supérieure des deux os de l'avant-bras.

DES SECTIONS CONTUSES

Par M. le docteur Guermonprez (de Lille).

I

M. le docteur R. Couëtoux a proposé de désigner sous le nom de sections contuses certaines plaies.

Cette dénomination semble répondre à l'exactitude des faits, quand la surface de section présente ce caractère de netteté des plaies par instrument tranchant, alors que la surface du corps vulnérant est absolument large et ne peut faire autre chose qu'une véritable contusion.

La section contuse, ainsi comprise, peut être définie : une plaie contuse à surface nette.

C'est là une distinction, subtile en apparence, mais d'une incontestable portée thérapeutique.

On ne saurait oublier, en effet, de combien diffèrent le traitement d'une plaie par instrument tranchant, et celui d'une plaie contuse. Dans le premier cas, la réunion par première intention est le but; la suture est le moyen. Dans le second, l'élimination des parties sphacélées est la règle; la suppuration est nécessaire; la suture ne saurait être tentée *a priori* et surtout sans qu'un bon drainage assure toute garantie contre la rétention.

Ces règles un peu banales étant connues, il reste à déterminer dans quelles limites il convient de les appliquer aux « plaies par instrument tranchant et contondant à la fois ».

Il convient de distinguer ici les deux types du genre : dans l'un, une partie a été complètement séparée du corps; dans l'autre, la plaie peut être profonde, mais il n'y a pas d'amputation.

Dans ce dernier cas, les bords de la plaie sont à peu près nets; le fond est habituellement limité par une pièce squelettique; quelques parties molles viennent faire hernie.

Le mécanisme rappelle singulièrement celui de la plaie du sourcil, lorsqu'un homme tombe sur une pièce dure. La section contuse est alors le résultat de l'effort de compression entre le rebord orbitaire d'une part et un plan résistant d'autre part.

Une ouvrière de filature, voulant reprendre un objet tombé, passe inconsidérément la main en dedans du bâti en fonte de son métier. Sa main, surprise par une roue d'engrenage, est violemment poussée par une raie de la roue et serrée contre le bord mousse du bâti. Incliné entre la roue et le bâti, le membre est ensuite aisément retiré. Il en résulte, dans le premier espace intermétacarpien droit, une plaie qui pénètre jusqu'au voisinage de l'articulation trapézo-métacarpienne.

Un tronçon de muscle fait à l'extérieur une saillie de 10 à 15 millimètres, se replace aisément sous la peau, mais n'y peut rester sans que les téguments soient maintenus par un exact rapprochement. Ce muscle est reconnu pour le faisceau externe du premier interosseux dorsal.

Les bords de la plaie ne sont pas ecchymotiques; mais ils sont festonnés, un peu recoquevillés en dedans, et d'une vive sensibilité au contact.

Le fond est anfractueux. L'exploration à l'aide du doigt permet de reconnaître des sections irrégulières des muscles jusqu'au périoste, qui n'est pas rompu. Il n'y a pas d'hémorragie. Aucun corps étranger n'est rencontré dans les diverses anfractuosités.

Après un lavage aussi complet que possible à l'aide d'eau phéniquée double, un fil de chanvre, préalablement replié, est placé dans la partie la plus profonde, tandis que les bords sont maintenus par cinq points de suture entrecoupée à l'aide de soie phéniquée. (Pansement de Lister modifié comme ci-dessus.)

Il n'y eut aucune ecchymose ; mais, pendant les huit premiers jours, on observa de la tuméfaction, une vive chaleur de toute la région, sans fluctuation, et avec une importante induration des muscles sectionnés. L'impuissance fonctionnelle fut complète pour tous les mouvements des doigts.

Aucune suppuration pendant tout le cours du traitement; pendant les premiers jours un léger suintement superficiel de liquide transparent put seul être noté.

Le dixième jour, la tuméfaction est moins intense, la chaleur moins vive. L'un des deux fils de chanvre disposés en séton est supprimé; trois des points de suture sont enlevés.

Le quatorzième jour, l'amélioration fait de nouveaux progrès. Tous les fils restés encore sont retirés. La réunion est obtenue.

Le dix-septième jour, la tuméfaction est presque nulle. La température de toute la région est notablement inférieure à la normale. Les muscles demeurent indurés; les mouvements impossibles.

Le vingtième jour, bien que les mouvements soient encore difficiles pour le pouce et l'index, l'ouvrière reprend une partie de son travail.

Nous n'insisterons pas sur les diverses manifestations de la myosite traumatique si nette dans ce cas, avec ses phases successives : de tuméfaction avec chaleur et impotence d'abord, avec refroidissement, induration et la même impotence fonctionnelle ensuite (1).

Le traitement a été plus heureux que dans certains autres cas de section contuse. Il ressemble à celui des plaies par instrument tranchant, mais demande un temps plus prolongé et impose, soit un drain, soit une pièce analogue, pour prévenir les accidents de rétention du pus.

Après le type de section contuse incomplète, il convient de signaler celui qui sépare entièrement une portion du membre, faisant de la sorte une véritable amputation.

Tout d'abord, il importe d'y insister, ce n'est pas pour les plaies par instrument tranchant et contondant à la fois, qu'il convient de tenter le recollement des parties séparées.

M. le docteur Blum pense, après M. le docteur Bérenger-Féraud (2), qui appuie son opinion sur 34 cas de division complète et 53 de séparation incomplète, que, le plus souvent, la réunion échoue (3).

M. le docteur Le Dentu précise très exactement ce point de pratique :

« La vitalité de tous les tissus qui constituent la main, entretenue par des réseaux vasculaires d'une richesse remarquable, est si puissante qu'on a pu même tenter avec succès la réunion de portions de doigts entièrement séparées depuis plusieurs heures.

L'histoire de ces heureuses hardiesses n'est plus à tracer; la possibilité du fait n'étant plus discutable, il est inutile de citer les exemples favorables à cette pratique. Il ne reste plus qu'à fixer approximativement les limites en deçà desquelles il faut se tenir.

Lorsqu'une portion, même étendue, des parties molles de la dernière phalange a été séparée du doigt par un instrument *tranchant,* il faut toujours en tenter la réunion. Il ne faut pas oublier que cette réunion est encore possible, alors même que la blessure date de plusieurs heures. Il n'y a lieu d'hésiter que lorsque la phalangette a été sectionnée, ou que la solution de continuité a porté jusque sur l'articulation des deux dernières phalanges. Dans le premier cas, je n'hésiterais pas à essayer la réunion, à condition, toutefois, de maintenir le fragment détaché par des moyens de contention convenables; dans le second, je ne la tenterais volontiers que si la séparation de la phalangette ne portait que sur les quatre cinquièmes de la circonférence du doigt au maximum; néanmoins, si l'accident était tout récent, il ne serait peut-être pas tout à fait impossible d'obtenir l'adhésion de la phalange détachée, ni absurde de tenter l'invraisemblable (1). »

On le remarquera, M. le docteur Le Dentu précise la condition étiologique rigoureuse d'une amputation faite par instrument tranchant, et non pas par section contuse.

Il y a plus : une réunion rapide peut être parfois troublée par une grave lésion antérieure.

Un ouvrier, chargé d'aider à ouvrir une balle de coton, maintenait une pièce de fer destinée à soulever le cercle de tôle, qu'un homme, armé d'une hachette, devait sectionner. Par malheur, celui-ci, au lieu de frapper le cercle métallique, atteint l'un des doigts du manœuvre. La plaie semble faite par un instrument tranchant; elle répond au milieu de la phalange moyenne de l'annulaire droit. La pièce détachée et tombée sur le sol présente une surface de section moins nette et d'aspect contus. Une immersion dans l'eau froide a suffi pour arrêter toute hémorragie.



Fig. 13.

Dans le but d'avoir assez de peau pour recouvrir la plaie, je sectionne une petite portion d'os et j'applique le pansement listérien. Pendant tout ce temps, je suis frappé du tremblement de cette main sous forme d'oscillations très étendues et régulières. Il n'y a cependant rien de comparable à la main gauche et la langue ne tremble pas. La sensibilité du moignon est d'ailleurs émoussée.

Rien ne pouvant être incriminé dans l'état général du patient, je crus pouvoir attribuer ces perturbations d'ordre nerveux à une plaie faite vingt ans auparavant un peu au-dessus du poignet. C'est en effet depuis cette époque que le blessé remarque l'affaiblissement et l'amaigrissement de sa main droite, qui a, dit-il, toujours froid et n'a plus conservé ni vigueur, ni dextérité.

Six semaines après l'accident, sans qu'il y ait aucune complication hémorragique, inflammatoire, douloureuse, ni autre, la plaie n'était pas encore fermée, bien qu'elle fût notablement plus étroite.

Craignant quelque supercherie, je fis entrer le blessé à l'hôpital Saint-Sauveur de Lille, où il fut admis dans le service de clinique de M. le professeur H. Follet.

Après un séjour prolongé pendant près de quatre semaines, il sortit non encore guéri; la cicatrisation avait toutefois accompli quelques nouveaux progrès.

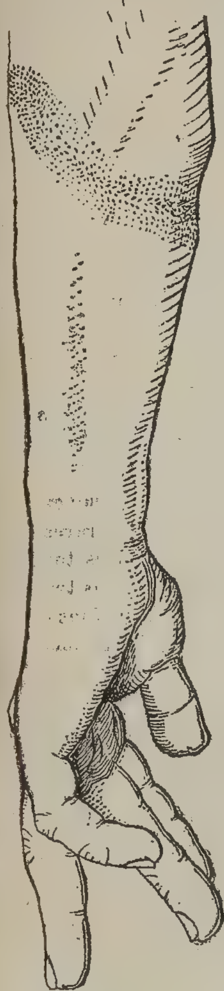
Enfin la guérison ne put être obtenue que trois mois et demi après l'accident.

(1) Voir sur ce sujet : *Contribution à l'étude de la myosite,* Paris, 1880.
(2) *Gazette des hôpitaux.* 1870.
(3) A. Blum, *Chirurgie de la main.* Paris, 1882, p. 47.

(1) *Nouveau Dict. de méd. et de chir. prat.,* Art. MAIN, PATHOLOGIE. Paris, 1875, t. XXI, p. 320.

Les troubles trophiques sont, dans ce cas, d'une trop grande importance, pour que nous puissions les passer sous silence.

Les pansements antiseptiques les plus variés furent employés sans succès, puis ceux dont l'usage était admis avant les préceptes contemporains sur l'antiseptie.


Fig. 14.

M. le professeur H. Follet put assurer des soins analogues à l'hôpital Saint-Sauveur.

Aucune complication ne vint d'ailleurs enrayer la marche de la réparation; et cependant trois mois et demi furent nécessaires pour arriver à une cicatrisation.

Sans vouloir exposer toute notre pensée sur cet important sujet, nous ajouterons que, dans un autre cas, un coup de scie circulaire a pu sectionner les parties profondes de l'avant-bras sans laisser à sa suite aucun trouble trophique appréciable.

Plusieurs années se sont écoulées depuis l'accident. L'auriculaire ne peut être étendu qu'à demi; l'annulaire ne peut pas l'être d'une manière absolument complète, la figure 14 l'indique avec exactitude.

Mais on ne trouve ici, ni refroidissement, ni insensibilité, ni atrophie, ni diaphorèse localisée, ni prédisposition circonscrite aux engelures.

La lésion des nerfs ne saurait être mise en cause; la réunion imparfaite des segments musculaires nous paraît suffisante pour expliquer la limitation des mouvements d'extension.

Pour terminer ce qui se rapporte aux sections contuses avec séparation véritable d'un fragment de doigt, disons un mot de l'intervention chirurgicale.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXI

Je me souviens aussi d'une intéressante visite faite à un riche cultivateur et botaniste recommandable, M. Gouffé, qui possédait un jardin rempli de végétaux rares et précieux. Son habitation est située à une lieue nord de Marseille, dans une exposition des plus favorables pour y acclimater les plantes équatoriales; il nous fait l'accueil le plus gracieux, et nous parcourons avec lui tout son jardin. Parmi les arbres exotiques qui y sont cultivés, je remarquai avec un grand plaisir trois superbes *caféiers* tous chargés de fruits parvenus à leur parfaite maturité. M. Gouffé en réserve toutes les graines pour semis, parce que celles qui ne sont pas récentes ne lèvent pas. Je suis persuadé que le café, quoique originaire des pays chauds, de l'Asie et de l'Afrique, ne serait pas aussi difficile qu'on le pense à naturaliser dans les régions australes de l'Europe comme l'Espagne, la Provence orientale, l'Italie; les lieux montueux exposés au Midi conviennent surtout à cet arbre. Le *franchipanier* (Plumeria) est encore un arbre auquel M. Gouffé attache un grand prix; il est extrêmement rare en Europe, et celui qu'il possède est peut-être le seul existant en France. Je vis aussi au milieu d'un bosquet un arbre dont l'aspect me fit frémir, c'est le *févier de la Chine* (Gleditschia sinensis), dont le tronc est armé d'énormes faisceaux de fortes épines horriblement croisées en tous sens. On serait embroché vivant si l'on avait à traverser pendant la nuit une forêt composée de ces arbres.

LA VIEILLE VILLE DE MARSEILLE

Cette partie de la cité, à gauche en venant de la mer, est habitée par la population ouvrière; les quartiers sont tous montueux, les rues fort étroites, pavées de cailloux pointus, assez obscures; cela rappelle la Cité de Paris. On nous fit remarquer : la *vieille Poissonnerie*, petite halle où se vend le poisson le moins estimé; c'est là que l'ichtyologiste doit aller le matin s'il veut avoir une dée de la prodigieuse variété des poissons de la Méditerranée; c'est là que Cuvier, pendant son séjour de trois mois à Marseille, allait tous les matins étudier ces animaux; la *maison à pointes de diamants*, ancienne et grande maison d'une architecture tout à fait originale; la façade est formée de pierres taillées en pyramides à quatre faces formant un relief très prononcé; deux *portiques* dont un mutilé offre deux ou trois figures antiques difficiles à déchiffrer, l'autre, d'une belle conservation, plus moderne et plus grand, représente une armure complète avec des cariatides sur les côtés; l'*ancien Hôtel de Ville* qui n'offre rien de curieux; le *temple des Acoules* appelé aussi, je ne sais pourquoi, *temple d'Éphèse*, et que l'on démolit; l'*Hôtel de Ville*, fort bel édifice dont une façade regarde le port et offre un écusson en pierre fort estimé des sculpteurs; c'est un ouvrage de Puget, le fameux peintre, sculpteur et architecte de Marseille; la *Bourse* fait corps avec cet édifice; la *Consigne*, petit édifice situé près de l'entrée du port et où se tient l'administration du Lazaret; on y montre un tableau admirable que l'on dit être le premier qui soit sorti du pinceau de David; il représente trois personnages dont l'un expire de la peste, l'autre est en proie aux plus violents symptômes de cette cruelle maladie, et le troisième est tourmenté par la crainte d'en être atteint; l'expression des figures est effrayante. Dans ce même local, on voit un bas-relief fort estimé de Puget; on dit que la ville de Gênes a voulu acheter au poids de l'or ce bas-relief qui est en pierre et fort grand; mais les Marseillais ne veulent pas s'en défaire; la première maison où se déclara la peste en 1720, les croisées et la porte sont encore murées; une *fabrique de savon* appartenant au beau-père de M. Chirol; on nous fit d'abord voir le magasin où la soude est concassée avec la chaux vive pour être ensuite combinée avec de l'huile afin de former le savon; nous passâmes dans les ateliers où sont les chaudières que remplit cette substance en ébullition; une de ces chaudières en contenait, suivant M. Chirol, pour 30,000 francs. Enfin nous voulûmes aussi voir les fours souterrains; mais la chaleur étouffante qui règne dans tous ces lieux ne permet pas d'en approcher beaucoup; c'est un enfer; le *Lazaret*, vaste enclos cerné par une triple muraille et situé sur la partie occidentale de la ville, près de la mer; lors du retour de l'expédition d'Égypte, plus de dix mille soldats y firent quarantaine; il ne nous fut pas permis de pénétrer plus loin que le seuil de la seconde porte; à peine voulut-on nous permettre d'avancer la tête au delà de cette porte pour voir la première cour; si nous nous étions avancés de deux pas de plus, nous aurions été obligés de faire quarantaine; c'est la consigne rigoureuse du portier. Il y a un parloir assez vaste d'où l'on peut parler aux personnes détenues dans le lazaret, trois grilles de fer empêchant toute communication autre que par la parole. Enfin nous terminâmes notre promenade instructive par la visite des anciens aqueducs qui se continuent avec la porte d'Aix.

A TOULON.

15 juin. — Dès trois heures du matin, nous sommes sur la route

(1) Suite. — Voir le numéro du 30 août 1884.

de Toulon; nous traversons bientôt le village de Saint-Loup, puis la petite ville d'Aubagne, tout près de laquelle on nous fait remarquer la maison de campagne de l'amiral Ganteaume, qui l'habite dans ce moment. On s'arrête pour dîner à Cuje, gros bourg placé au milieu d'une campagne parfaitement cultivée. Nous y arrivons au moment où tous les villageois escortaient en procession le buste de Saint-Antoine, patron de l'endroit : le buste est porté sur les épaules de quatre vieux hommes les plus secs, les plus brûlés, les plus laids de toute la contrée, vêtus d'une camisole blanche avec les jambes et les pieds nus.

La grotte de la Sainte-Baume (du provençal *baoumo*, grotte), fameuse par le pèlerinage qu'y fait pendant huit jours, au commencement de juin, tout le peuple de vingt lieues à la ronde, est située dans les montagnes à cinq lieues du village de Cuje. Dans cette localité, j'observe pour la première fois le *caprier* cultivé en grand : cette plante paraît se plaire dans une terre aride, rougeâtre, comme celle qui convient aux oliviers; ses touffes lâches et diffuses sont placées à sept ou huit pieds les unes des autres; on en voit aussi contre les murs qui servent à appuyer les terres des champs; ils y sont logés dans des trous semblables à ceux qu'on pratique pour l'écoulement des eaux. Après quelques instants de sieste et un mince dîner, nous remontons en voiture ; on passe au Beausset, village qu'environne un pays riant et fertile, ensuite la route est miraculeusement tracée parmi des rochers d'une rudesse, d'une solitude épouvantables : nous sommes aux gorges sinueuses d'Ollioules. Ici l'on voit se présenter, se renouveler à chaque instant les accidents les plus extraordinaires de la nature. D'énormes masses calcaires sont suspendues sur nos têtes; dans ce dédale affreux, le voyageur étonné cherche sa route : en avant, en arrière, partout, il se croit au *nec plus ultra*. Cependant, la voiture va toujours son train. En ne considérant que les montagnes qui sont à ma droite, je me crois tout à coup transporté au sein des imposantes Pyrénées, sur la route de Gavarnie; mais l'illusion est bientôt dissipée lorsque j'aperçois sur la gauche un ruisseau muet et presque immobile au lieu d'un gave turbulent qui tantôt, perdu dans la profondeur des abîmes, trahit son existence par un sourd mugissement, tantôt s'élance en bruyantes cascades qui arrosent et font fleurir les végétaux foisonnant autour d'elles. On emploie une grosse demi-heure à parcourir les sinuosités du labyrinthe d'Ollioules. Nous traversons ensuite un pays peuplé de figuiers et d'oliviers, et nous arrivons dans la petite ville d'Ollioules. Ici, je vis, sur la place, des *Micocouliers* (Celtis australis) d'une stature vraiment colossale. Je suis persuadé qu'ils ont de soixante à soixante-dix pieds de hauteur. Cet arbre, originaire de la France méridionale et principalement de la Provence, a, dit-on, un bois dur, souple, susceptible du plus beau poli, excellent pour la menuiserie. Il produit une espèce de cerises qui n'est bonne que pour les oiseaux. Nous voyons les premiers orangers en pleine terre. La température est sensiblement plus élevée qu'à Marseille. Les blés y sont déjà dorés et bons à être moissonnés. Les oliviers sont infiniment plus hauts, plus branchus, plus robustes que dans la Provence occidentale, et ils augmentent de développement à mesure qu'on approche de l'Italie. Arrivés à Toulon vers six heures du soir, nous allons nous lester un peu chez un restaurateur, puis voir défiler le nombreux cortège d'une procession et badauder aux promenades où nous prîmes une idée peu avantageuse du sexe toulonnais. Nous passons la soirée au théâtre, où l'on jouait *Fanchon la vielleuse* : la scène est médiocre, les acteurs sont très ordinaires.

16 juin. — Après un déjeuner aux fraises, qui ont un parfum des plus agréables, nous parcourons la ville, qui nous parut fort jolie, très bien bâtie; mais, pendant l'été, la chaleur y est des plus intenses, malgré l'abondance des fontaines et des ruisseaux d'eau courante dans les rues. La cause de cette température excessive est facile à déterminer, vu la position de la cité au pied d'une chaîne de montagnes qui l'abrite du vent du Nord et y réfléchit toutes les ardeurs du Midi. Sur le quai, nous admirâmes à la porte de l'Hôtel de Ville les deux belles cariatides sculptées par Puget.

Nous avions une lettre de recommandation pour le capitaine Duranteau, (de Bordeaux), commandant le vaisseau *l'Annibal*. Ayant appris qu'il était en rade, nous prîmes une chaloupe pour aller le voir. Le port de Toulon n'est pas à beaucoup près aussi commode, aussi régulier que celui de Marseille; mais sa rade est spacieuse, profonde et très sûre. Elle pourrait contenir au moins cent vaisseaux de ligne sans qu'ils fussent gênés. De toutes parts, elle est protégée par des forts et par des batteries qui la rendent inaccessible aux flottes ennemies les plus formidables. Je voyais pour la première fois un vaisseau de guerre en approchant de l'*Annibal*, et mon étonnement fut extrême à la vue de cette masse colossale de bois. Nous y grimpâmes par une échelle fixée sur le flanc du bâtiment.

Le commandant Duranteau nous fit l'accueil le plus honnête, le plus gracieux. C'était précisément le jour et l'heure où tout l'équipage faisait l'exercice. Nous assistâmes à ce spectacle tout nouveau pour nous auprès du poste du commandant, sur la dunette. Les ordres sont transmis par le porte-voix et par le sifflet. Nous fûmes surtout impressionnés par le simulacre de l'exercice de l'abordage. La cloche sonne l'alerte, aussitôt on voit accourir sans ordre les nombreux matelots; ils s'arment de pistolets, de haches, de sabres; ils escaladent avec une prodigieuse vitesse les échelles vacillantes de corde (haubans); ils arrivent sur les premières vergues, c'est de là qu'ils doivent se précipiter sur le vaisseau ennemi accroché par des *grappins*. Les accidents ne sont pas rares dans ces manœuvres : les plus maladroits ou les plus novices tombent quelquefois du haut des vergues, et ils ne rencontrent pas toujours le filet qu'on place au-dessous pour prévenir les chutes. Nous fûmes témoins d'une blessure de la tibiale postérieure occasionnée par un coup de sabre dans le gras de la jambe d'un des matelots. La manœuvre pour *carguer* et *larguer* les voiles est aussi fort curieuse. Avec quelle promptitude et quel ordre les milliers de cordes qui aboutissent aux mâts et aux voiles sont mises en jeu par les matelots au commandement du porte-voix et du sifflet! Après nous avoir fait parcourir en détail les diverses parties du vaisseau depuis les chambres des officiers jusqu'à la cuisine et à la cale, le commandant nous conduisit avec sa chaloupe à l'*Arsenal*. Cet établissement est fort vaste; il forme au moins le quart de la ville de Toulon. Il y a dans ce moment sur le chantier le vaisseau *le Commerce de Paris*, que les commerçants de la capitale font construire pour le donner à l'empereur.

Si j'avais été étonné ce matin à la vue du vaisseau *l'Annibal* qui est armé de 74 canons et cale 20 pieds, je le fus bien davantage en observant ce vaisseau armé de 110 canons, cette montagne ligneuse, sur les flancs bombés de laquelle travaillaient des centaines d'ouvriers ; l'ingénieur nous dit qu'il n'y manquait plus que pour trente mille francs de clous. Le jour où l'on doit lancer le *Commerce de Paris* à la mer sera un grand jour de fête pour la ville ; on se rend de fort loin à ce spectacle ; le mécanisme du lancement d'un navire à la mer est aussi simple qu'ingénieux : le navire repose sur un plan incliné qui se prolonge jusqu'aux bords de la mer et y est maintenu par des échafaudages très multipliés et faciles à enlever; avant de le lancer, on arme ses flancs de futailles vides, puis on détruit les échafaudages latéraux; il descend sur le plan incliné et tombe à la mer où il conserve son équilibre grâce aux futailles; si l'énorme masse se renversait d'un côté où de l'autre avant d'arriver à la mer, aucune puissance humaine ne serait capable de le relever. Nous vîmes encore deux frégates en construction et, incessamment, on doit mettre sur le chantier le vaisseau *l'Austerlitz* de 130 canons.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 septembre, M. Rédarès, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé à un emploi du même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— *Choléra.* — Voici les chiffres fournis par la mortalité cholérique depuis notre dernier numéro :

Toulon. — Du 2 au 3 septembre, 4 décès. — Le 3 septembre, Hôpital Bon-Rencontre : 1 entrée, 0 sortie, 1 décès, 6 malades en traitement. Hôpital Saint-Mandrier : 1 entrée, 0 sortie, 0 décès, 22 malades en traitement. — Du 3 au 4 septembre, 3 décès dont 1 à l'hôpital Bon-Rencontre, 1 en ville, et 1 dans les faubourgs. — Le 4 septembre, Hôpital Bon-Rencontre : 0 entrée, 0 sortie, 1 décès, 5 malades en traitement. Hôpital Saint-Mandrier, 2 entrées, 0 sortie, 0 décès, 24 malades en traitement.

Marseille. — Du 2 au 3 septembre, 3 décès cholériques. — Du 3 au 4 septembre, 3 décès.

Aix. — 1 décès à l'Asile des Aliénés et 1 cas nouveau.

Arles. — 1 cas nouveau.

Var. — *La Seyne*, 6 décès, dont 2 foudroyants ; de nombreux cas sont constatés depuis quarante-huit heures.

Bouches-du-Rhône. — *Saint-Chamas*, 1 cas nouveau. — *Le Tholonet*, 1 décès.

Hautes-Alpes. — *Eygliers*, 2 décès. — *Embrun*, 3 cas et 1 décès.

Basses-Alpes. — Le chiffre des décès cholériques a été de 16 à *Sisteron* depuis le 1er août.

Vaucluse. — *Caumont*, 1 décès. — *Le Thor*, 3 décès.

Hérault. — *Fabrègues*, 1 décès. — *Mèze*, 1 décès. — *Cette*, 3 décès, dont 1 en ville et 2 au lazaret. — *Béziers*, 1 décès. — *Sauvian*, 1 décès. — *Florensac*, 1 décès.

Haute-Garonne. — *Toulouse*, 4 décès. — *Villefranche*, 2 décès. — *Asile de Bragueville*, 1 décès et 3 cas.

Aude. — *Carcassonne*, 4 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 11 décès. Le chiffre de la ortalité cholérique, depuis le début de l'épidémie jusqu'au août, s'élève, dans cette ville, à 114 décès. — *Ille*, 3 décès. — *Prades*, 2 décès. — *Thuir*, 1 décès. — *Saint-Félin-d'Avail*, 1 décès. — *Espira-de-l'Agly*, 1 décès. — *Eus*, 1 décès. — *Boulon*, 1 décès. — *Corneilla-de-la-Rivière*, 2 décès. — *Camelas*, 1 décès.

Gironde. — On signale 1 décès cholérique, le 3 septembre, à *Bordeaux*.

Corse. — *Ajaccio*, 1 cas nouveau.

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* a enregistré les chiffres suivants, touchant l'épidémie cholérique dans les provinces contaminées de Bergame, Campobasso, Cunéo, Gênes, Lucques, Massa, Naples, Parme, Pise et Turin :

Le 2 septembre, 235 cas nouveaux, dont 122 à *Naples*, 14 à la *Spezzia* et 8 à *Busca*; 141 décès, dont 69 à *Naples*, 13 à la *Spezzia* et 3 à *Busca*.

Le 3 septembre, 191 cas et 89 décès, parmi lesquels nous comptons : *Naples*, 89 cas, 49 décès ; la *Spezzia*, 27 cas et 7 décès ; *Busca*, 5 cas.

Enfin le 4 septembre, de minuit à midi, *Naples*, 65 cas et 25 décès.

Espagne. — Les chiffres sont, jusqu'au 3 septembre, d'une centaine de cas environ, et d'une soixantaine de décès pour les localités : d'*Alicante*, *Novelda*, *Elche*, *Monovar* et *Canete*.

— *Hôpitaux de Paris.* — Aux termes du règlement sur le service de santé, les étudiants en médecine qui désirent prendre part au concours pour les places d'externes sont tenus de produire, indépendamment des autres pièces exigées, un certificat de vaccine.

MM. les candidats sont prévenus qu'à l'avenir, et pour le concours qui doit s'ouvrir le 9 octobre prochain, cette pièce devra être remplacée par un *certificat de revaccination* dûment légalisé et portant une date récente.

— *Muséum.* — M. Mocquard, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, est nommé aide-naturaliste près la chaire de zoologie (reptiles et poissons), en remplacement de M. le docteur Sauvage, démissionnaire.

M. Lambour est nommé préparateur au laboratoire de cette même chaire de zoologie en remplacement à M. Braconnier, admis à la retraite.

— Le certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire dans les bibliothèques universitaires vient d'être conféré à :

MM. Gordon, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Montpellier ; Icard, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Lyon ; Netter, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy, et Péry, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Bordeaux, nommés antérieurement à l'arrêté ministériel du 23 août 1879.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Prophylaxie et Géographie médicale des principales maladies tributaires de l'hygiène, par Léon Poincaré, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Nancy, avec vingt-quatre cartes en couleurs intercalées dans le texte. 1 vol. gr. in-8°, broché. — Prix : 12 francs. — G. Masson.

Recherches sur l'élimination de l'acide phosphorique chez l'homme sain, l'aliéné, l'épileptique et l'hystérique, par M. le docteur A. Mairet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-4°, avec tableaux et planches. — Prix : 5 francs. — G. Masson.

Histoire de la fièvre jaune au Brésil, par le docteur Edmond Gouy. Gr. in-8° de 107 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, 1884, J.-B. Baillière et fils.

L'Organisation à Paris d'Ambulances urbaines, analogues à celles des grandes villes d'Amérique. Premiers secours aux malades et blessés, par M. le docteur Henri Nachtel, Brochure in-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris. G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16681.

N° 104. — MARDI 9 SEPTEMBRE 1884. 57e ANNÉE. MARDI 9 SEPTEMBRE 1884. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.**	». — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôtel-Dieu. Ostéosarcome du fémur. — Hospice de la Salpêtrière. Un cas d'hystéro-épilepsie. — Considérations sur l'histoire et la géographie de la fièvre jaune. — Revue de la Presse. — Revue bibliographique. — Chronique et nouvelles scientifiques.

HOTEL-DIEU. — M. Humbert.

Ostéosarcome du fémur.

Je vais aujourd'hui pratiquer l'une des plus graves opérations que l'on puisse avoir à faire en chirurgie, grave à tous les points de vue, et la seule cependant, malgré sa haute gravité, qui soit possible chez le malade dont je vais vous dire tout à l'heure quelques mots seulement. Je n'insisterai pas d'ailleurs longtemps sur son état, — il s'agit d'un ostéosarcome; — cet homme, après avoir longtemps hésité à se laisser opérer, après avoir à plusieurs reprises même refusé toute intervention opératoire, vient de se décider, il y a quelques instants, à courir la seule chance possible, — si chance il y a, — de guérir du mal dont il est atteint.

Autrefois, alors que l'on ne connaissait pas encore le chloroforme, l'importance de l'opération et sa gravité exigeaient une grande rapidité d'exécution. On faisait par transfixion un large lambeau, on coupait les tissus mous, on désarticulait la cuisse et on enlevait le tout, mais un grave inconvénient était d'avoir une immense plaie saignante, une foule de vaisseaux plus ou moins volumineux à lier.

Aujourd'hui le procédé a été modifié et celui auquel on a recours est le procédé dit ovalaire ou en raquette, qui donne une plaie antéro-postérieure facile à réunir; de plus, on procède peu à peu en liant les vaisseaux au fur et à mesure qu'on les rencontre.

Voici donc, en réalité, ce que je vais faire. Je vais, en partant du pli de l'aine, tracer une incision parallèle à la direction des vaisseaux, prendre l'artère fémorale entre deux ligatures et la couper, prolonger mon incision vers la partie interne de la cuisse, remonter en arrière, en somme faire une incision en raquette, en ayant soin de lier successivement toutes les artères qu'il me faudra couper. L'opération est peut-être ainsi un peu plus longue, mais elle est certainement plus prudente et plus sûre.

Le cas de notre malade, je le répète, est absolument désespéré. Cet homme est extrêmement anémique, et il porte une énorme tumeur qui occupe toute la moitié inférieure de la cuisse et la partie supérieure de la jambe. C'est un garçon de vingt-cinq ans, qui ne présente aucun antécédent morbide, et qui a toujours joui d'une très bonne santé; la seule maladie que nous relevions dans son passé est une pleurésie dont il a parfaitement guéri. Le début de sa maladie actuelle remonterait, d'après ses dires, à cinq mois seulement. Celle-ci aurait commencé par une petite tumeur sur la partie interne du genou gauche. Il habitait alors à la campagne; sa tumeur fut ponctionnée par un médecin de la localité qui avait diagnostiqué une hydarthrose. La tumeur continuant à se développer, il arriva à Paris, entra à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Cruveilhier, qui lui conseilla de se laisser opérer. Il s'y refusa absolument, quitta la maison Dubois et vint ici. A son arrivée, récente du reste, nous avons constaté l'existence d'une tumeur dure en certains points, molle dans d'autres et comme rénitente, mais non pulsatile, tumeur énorme occupant, comme je l'ai dit tout à l'heure, toute la moitié inférieure de la cuisse et la partie supérieure de la jambe. Celle-ci est œdématiée au-dessous du siège de la tumeur et sa sensibilité est diminuée par suite de la compression des vaisseaux et des nerfs; néanmoins, la température de la jambe est conservée dans toute son étendue. Enfin, la peau est tendue et sillonnée de veines nombreuses. Nous n'avons trouvé aucun ganglion inguinal ou abdominal. En somme, l'examen attentif de notre malade nous a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur maligne des os, d'un ostéosarcome. Les sarcomes des os sont de deux ordres : le sarcome développé primitivement au centre de l'os; le sarcome développé sous le périoste. C'est à la première de ces deux variétés qu'appartient la tumeur de notre malade. Cette affection atteint généralement les os longs et surtout leurs épiphyses, notamment le fémur dont l'extrémité inférieure est le lieu d'élection, c'est-à-dire au niveau du cartilage épiphysaire. Enfin l'ostéosarcome reste tantôt borné à l'os primitivement atteint, tantôt il gagne l'articulation.

— Cet homme a été opéré comme je l'avais indiqué; mais il n'a survécu que quatre heures et demie à l'amputation coxo-fémorale; il a succombé sous l'influence du choc opératoire. L'opération a été longue et a été suivie d'une dépression générale dont il n'a pu sortir.

Si nous n'avons pas été autorisé à faire l'autopsie et par suite nous rendre un compte exact de l'état des organes pour savoir s'il existait quelque part des noyaux sarcomateux secondaires, cependant nous avons le membre amputé sur lequel nous pouvons constater la nature et l'étendue des lésions. Tout d'abord notre diagnostic est absolument confirmé : il s'agit bien d'un ostéosarcome du fémur, ostéosarcome central, c'est-à-dire ayant débuté par le centre de l'os et non par le périoste. J'avais dit aussi que l'articulation

était, selon toutes probabilités, envahie, ou bien que la dégénérescence sarcomateuse pouvait avoir respecté les surfaces articulaires, contournant alors l'articulation par sa face externe, l'englobant pour ainsi dire, pour de là gagner les os voisins.

En effet, chez cet homme, nous constatons que l'articulation a été respectée en grande partie, que le sarcome occupe l'épiphyse inférieure du fémur, se répandant au dehors du tissu osseux, se développant au milieu des parties molles sur une grande étendue; qu'il contourne l'articulation du genou; qu'il a gagné le périoste de l'extrémité supérieure du tibia qui se trouve également envahie par les cellules à myéloplaxes.

C'est ainsi qu'en pratiquant une coupe antéro-postérieure nous apercevons une énorme masse sarcomateuse, occupant toute la partie postérieure de la moitié inférieure de la cuisse gauche, soulevant le nerf sciatique, comprimant les vaisseaux. Cette énorme masse de couleur grisâtre, de consistance charnue, est creusée d'une série de cavités plus ou moins vastes et remplies de sang; de sa convexité partent des prolongements sous forme de fibres qui se dirigent au milieu des muscles, tandis que de sa partie antérieure d'autres prolongements se dirigent sur le tibia et s'y insèrent. Cette tumeur est très irrégulière à sa périphérie et présente une structure radiée au niveau du fémur. Cet os présente une ouverture conduisant dans sa cavité centrale remplie de substance sarcomateuse jusqu'au point de jonction de l'épiphyse inférieure avec la diaphyse. Cette cavité est si bien remplie de matière sarcomateuse qu'il ne reste plus trace de tissu osseux. En un mot, nous trouvons sur cette pièce anatomo-pathologique la démonstration du début central de l'ostéosarcome, de sa marche, de son développement et de son expansion rapide au dehors.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Charcot.

Un cas d'hystéro-épilepsie.

Je vais aujourd'hui, en faisant amener la malade dans cet amphithéâtre, vous rendre témoin d'un fait rare, d'un intérêt de premier ordre au point de vue du diagnostic et du pronostic, et que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement dans la pratique.

Il s'agit d'une jeune femme atteinte depuis longtemps d'hystéro-épilepsie, dont les attaques sont caractérisées par les quatre phases ordinaires : 1° la phase épileptoïde; 2° la phase des contorsions; 3° la phase passionnelle, et 4° la phase du délire. Mais ce qu'il y a surtout de particulier chez elle, c'est le fait des attaques épileptiformes ou épileptoïdes qui se succèdent les unes aux autres par séries d'accès pendant une durée de plusieurs jours et formidables par leur nombre. De telle sorte qu'au premier abord on en est presque à se demander si ces attaques sont une transformation de l'hystérie ou si elles en sont une complication. Le fait est des plus importants à distinguer nettement, le pronostic variant du tout au tout comme gravité.

En effet, s'il s'agit seulement de l'état de mal épileptiforme, quels que soient pour ainsi dire le nombre et la durée des attaques, nous pouvons dire qu'elles se terminent d'une façon favorable. Sommes-nous, au contraire, en présence de l'état de mal épileptique vrai? Le pronostic, vu le nombre et la durée des attaques peut avoir une issue fatale et la malade succomber promptement.

Ses attaques, ou plutôt chaque série d'attaques est séparée par un intervalle plus ou moins long, et chacune d'elles commence par la phase tonique, à laquelle succède la phase clonique, puis vient la résolution des membres et le ronflement; chacune est précédée par une sorte de petit cri initial. Les mouvements cloniques sont surtout prononcés du côté droit. La pression ovarienne et les frictions le long de la région spinale n'ont aucune influence sur l'attaque; elles ne parviennent ni à l'enrayer ni à la modifier. Cette femme ne se mord jamais la langue, elle n'a que très rarement de l'écume à la bouche, elle n'urine jamais dans son lit pendant le cours de ses attaques. Enfin, les accès chez elle se groupent par séries de 30 à 40 attaques, quelquefois même davantage, se succédant, comme nous l'avons dit tout à l'heure, sans aucun intervalle et se terminant par un réveil tout à fait particulier, comme vous allez le voir dans quelques instants. Ce réveil, en effet, est caractérisé pour ainsi dire par la phase passionnelle : cette femme bondit au pied de son lit, se cache pendant quelques secondes la tête sous ses couvertures et revient aussitôt à elle, éprouvant simplement une fatigue plus ou moins grande, et se plaignant d'avoir trop chaud, d'être en transpiration, et c'est tout. Enfin, au bout de quelques instants, elle rentre dans un état de santé à peu près normal. Ces crises épileptiformes offrent le contraste le plus frappant avec les attaques épileptiques vraies, lesquelles se terminent toujours par un coma profond.

La crise à laquelle notre malade est en proie date du 2 de ce mois, jour où elle a eu 113 attaques; le lendemain, celles-ci se sont élevées à 230, divisées en cinq séries; le 4, elle en a eu 380 en neuf séries; hier enfin, elle en a eu 700 et quelques dans les 24 heures. Aujourd'hui enfin, la crise à laquelle vous venez d'assister a été constituée par 43 attaques sans aucun intervalle entre elles.

Ce qui est remarquable chez cette femme, c'est non seulement la forme épileptiforme que revêtent les accès, mais encore leur disposition en séries, toujours précédées, non pas d'une *aura*, mais simplement d'un malaise caractérisé par un peu de mal de tête, quelques battements pénibles dans les tempes et une sorte de bruit de sifflement dans les oreilles, malaise auquel succède immédiatement l'attaque.

Il ne s'agit donc pas d'épilepsie chez elle, mais bien d'une hystéro-épilepsie transformée, de l'état de mal que j'ai appelé l'état de mal hystéro-épileptique épileptiforme. Le diagnostic est très important à faire, car, dans le premier cas, des attaques d'une pareille durée ne pourraient persister au delà de quelques jours sans se terminer par la mort, tandis que, dans le second cas, l'issue est toujours favorable.

La thermométrie est un excellent élément de diagnostic; en effet, dans l'hystéro-épilepsie, vous ne voyez pas la température dépasser 38°,2 ou 38°,4. Ici elle a atteint une seule fois 38°,6; au contraire, dans l'épilepsie vraie, dès le second jour, le thermomètre monte rapidement à 39°, puis à 40, 41 et même à 42° les jours suivants. Vous voyez déjà combien grande est la différence entre les deux affections.

Ce n'est pas le premier cas d'hystéro-épilepsie épileptiforme que j'observe. J'ai déjà eu l'occasion d'en rencontrer trois autres cas. Tous trois étaient semblables à celui-ci. Dans tous, j'ai remarqué cette *aura* rudimentaire caractérisée par un simple malaise; dans tous, j'ai constaté l'absence de morsures de la langue; dans tous, l'absence de mictions in-

volontaires; dans tous enfin, les crises se terminaient par le réveil immédiat, et les malades rentraient aussitôt dans la vie commune, sans que l'état de mal laissât aucune trace.

Malgré cette conviction d'une terminaison heureuse de ces séries d'attaques épileptiformes, le tableau est tel que l'on ne peut y assister sans émotion.

Quelques mots maintenant sur l'histoire de ces crises chez notre malade. C'est il y a sept semaines qu'elle a été prise pour la première fois de pareilles crises. Cette première phase a duré 14 jours, débutant le premier jour par 84 attaques dans les 24 heures. Le chiffre total de ces attaques a été pour les 14 jours de 4,516 (quatre mille cinq cent seize)! La température, comme je vous l'ai déjà dit, n'a jamais dépassé pendant tout ce temps 38°,4, sauf un jour où elle a atteint 38°,6. La crise s'est parfaitement terminée. Le lendemain seulement, nous avons noté un petit incident, une élévation de la température à 40°. Mais nous en avons eu l'explication dans un peu d'embarras gastrique, dans une constipation pendant les séries d'attaques, et nous en avons eu immédiatement raison par l'administration d'une dose de calomel.

Voilà pour la première phase; quant à la seconde, c'est celle qui est en cours depuis quatre jours. Depuis le 2 de ce mois, jour du début de ces nouvelles séries, la température oscille entre 37°,5 et 38°,2.

Ces attaques hystéro-épileptiques épileptiformes sont de celles sur lesquelles la thérapeutique n'a malheureusement aucune prise. Tous les moyens possibles ont été essayés, mais tous en vain. D'abord, comme nous l'avons déjà dit, nous n'avons aucune notion sur les voies hystérogènes.

D'autre part, le bromure de potassium donné à haute dose, à 12, à 13 et même à 14 grammes, n'a absolument rien produit sur les attaques; du reste, il ne fait rien dans l'hystéro-épilepsie. Le chloroforme, qui quelquefois est heureusement employé dans l'hystéro-épilepsie, n'a eu non plus aucune influence sur les attaques; il en a été de même pour tous les autres médicaments employés. En résumé, nous nous trouvons en face d'une forme rare d'hystéro-épilepsie dont les séries d'attaques, malgré leur intensité, n'offrent heureusement aucun danger et dont le pronostic doit être considéré comme bénin.

CONSIDÉRATIONS

SUR L'HISTOIRE ET LA GÉOGRAPHIE DE LA FIÈVRE JAUNE (1)

Par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD,

Directeur du service de santé de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine.

VI

B. *Le Brésil est-il un foyer générateur de la fièvre jaune?* — Ici comme toujours dans l'histoire de la fièvre jaune, nous trouvons deux et même trois opinions absolument opposées. Les uns disent oui; les autres disent non. La troisième catégorie essaie de mettre les deux autres d'accord en croyant que, jusqu'en 1849, la maladie n'était pas endémique au Brésil, mais que depuis les choses ont absolument changé; et elle base son dire sur ce fait que, depuis 1850, on voit chaque année plus ou moins de cas de typhus amaril à Rio-Janeiro, et que dans plus d'une circonstance, en 1873, 1874, 1876, par exemple, il est manifeste que la maladie n'est pas venue du dehors. Donc, pour les partisans de cette manière de voir, il faudrait croire que désormais Rio-Janeiro, comme la Havane, comme la Vera-Cruz, est un foyer initial de contamination.

Pour ma part, me basant sur ce que la maladie avait sévi au Brésil au moins à deux et probablement à plusieurs autres reprises dans le XVIIe siècle déjà, et qu'elle est restée ensuite jusqu'en 1849 sans y reparaître, je suis arrivé à penser que la fièvre jaune, malgré sa fréquence extrême à Rio-Janeiro depuis quelques années, n'est pas endémique au Brésil; et, avec des médecins brésiliens très distingués, je crois fermement que quand on la voit surgir en dehors des importations étrangères, c'est seulement par le fait de la repullulation de germes d'une épidémie précédente, lesquels ont sommeillé un ou deux ou trois ans.

Disons, en passant, que cette manière de voir a une grande importance dans la question, car, en effet alors, au Brésil comme à Sierra-Leone on peut logiquement penser que par une désinfection suffisante des locaux contaminés on arriverait à un moment donné à débarrasser le pays de la fièvre jaune, de telle sorte que la maladie ne s'y représenterait plus ensuite si les précautions sanitaires étaient désormais toujours observées sévèrement à l'égard des importations étrangères. Je dirai donc pour conclure que, si j'en crois mon impression, le Brésil doit être considéré comme n'étant pas un pays amarilogène, malgré les épidémies annuelles dont Rio-Janeiro est le théâtre depuis près d'un demi-siècle.

C. *Le littoral méridional des États-Unis est-il un foyer générateur de fièvre jaune?* — Nombre de médecins pensent que oui, et incriminent la Nouvelle-Orléans à l'égal de la Havane et de la Vera-Cruz. Ils en donnent pour preuve que la maladie est observée très fréquemment de nos jours dans cette ville, et qu'elle est aussi souvent partie de là que de la Havane et de la Vera-Cruz pour aller contaminer d'autres pays et donner naissance à des épidémies plus ou moins meurtrières.

Le raisonnement présenté ainsi est très attaquable et ne juge pas la question; car, tout en admettant que de nos jours c'est très souvent de la Nouvelle-Orléans qu'on a vu partir des navires ou des marchandises capables d'aller engendrer des épidémies de fièvre jaune au loin, je suis disposé au contraire, et pour cause, à ne pas considérer la Nouvelle-Orléans et la côte méridionale des États-Unis comme un des foyers générateurs du typhus amaril. On va voir que j'ai pour cela d'excellentes raisons bien capables de fixer l'opinion d'une manière assurée.

Dans le mémoire de Toner nous trouvons quelques indications utiles pour le sujet qui nous occupe ici, et, en particulier, voici la liste des années où la fièvre jaune a été observée ou a manqué dans la ville de la Nouvelle-Orléans :

Épidémie de 1791 . . .	1 an.	Repos de 1813 à 1816 .	4 ans
Repos, 1792.	1 —	Épidémie de 1817 à 1820	4 —
Épidémie de 1793 à 1797	5 —	Repos, 1821.	1 —
Repos, 1798.	1 —	Épidémie de 1821 à 1858	36 —
Épidémie de 1799 à 1802	4 —	Repos de 1859 à 1861 .	3 —
Repos, 1803.	1 —	Épidémie de 1862 à 1864	3 —
Épidémie, 1804.	1 —	Repos de 1865 à 1866. .	2 —
Repos de 1804 à 1808. .	4 —	Épidémie de 1867. . . .	1 —
Épidémie, 1809.	1 —	Repos de 1868 à 1869 .	2 —
Repos, 1810.	1 —	Épidémie de 1870 à 1873	3 —
Épidémie de 1811 à 1812	2 —		

Résumé :

Épidémies.	61 ans.
Repos.	20 ans.

En somme, l'on voit par ce tableau qu'il s'écoule parfois deux, trois, quatre ans sans que la maladie soit observée à la Nouvelle-Orléans; et si nous songeons que très souvent aussi les épidémies y ont éclaté après une importation bien avérée, nous sommes autorisés déjà à pencher vers l'opinion qu'en réalité la fièvre jaune n'est pas endémique dans la contrée.

D'ailleurs, si la fièvre jaune était endémique dans la contrée

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 septembre 1884.

qui nous occupe, les diverses villes qui avoisinent la Nouvelle-Orléans devraient, comme elle, être fréquemment le siège d'épidémies ou au moins d'atteintes isolées de la maladie. Or, nous savons cependant qu'il n'en est pas ainsi; et, en effet, diverses cités de la Louisiane sont restées quatre-vingt-treize années exemptes de fièvre jaune (1698-1791).

La province du Texas ne l'a connue qu'en 1839 pour la première fois. Les villes d'Algiers, Centreville, Mandeville, Baton-Rouge, Opélousas, Francklin et cent autres centres d'habitations passent cinq, dix, vingt ans sans voir la maladie. Nous savons aussi que lorsque la fièvre jaune vient dans ces villes, on peut saisir l'agent de contamination. Nous voyons d'autre part que la maladie va suivant dans son développement non pas la latitude, la longitude, l'altitude, la direction des cours d'eau, du vent, etc.; mais seulement les courants humains, de telle sorte que les centres le plus souvent et le plus largement en communication sont les premiers atteints, etc.

Nous savons en outre que, même au moment où la maladie fait rage dans la ville de la Nouvelle-Orléans, elle ne sévit pas dans les habitations de la campagne environnante; et enfin ajoutons que jamais on n'a vu la fièvre jaune débuter dans la contrée par un autre endroit que la ville même; bien plus, que dans cette ville, jamais on ne l'a vue frapper ses premiers coups ailleurs que dans tel quartier, telles rues, tel établissement; et ajoutons aussi que ses premières victimes ont toujours été des individus appartenant à une profession spéciale : marin, portefaix, étranger, douanier.

Or, on en conviendra, ou bien il est impossible d'avoir une opinion sur n'importe quoi en étiologie, ou bien cette accumulation de coïncidences nous prouve que nous n'avons pas affaire ici à une véritable endémie, mais bien au contraire à une contamination par des germes morbides apportés accidentellement dans le pays par une voie toujours la même : — les transports maritimes.

Les États-Unis sont du reste arrivés à démontrer de la manière la plus positive que sur quatre-vingt-huit épidémies qui ont été étudiées sur leur territoire, soixante-dix-sept reconnaissaient pour cause l'importation (Toner), de sorte qu'il sera admis par tout le monde que lorsque cette importation n'a pu être constatée, c'est parce que les recherches n'ont pas été heureuses, et non pas parce que la maladie avait pris naissance sur les lieux.

D'autre part, je dirai que Faget, dont la grande autorité en cette matière ne saurait être contestée, a soutenu hardiment que la fièvre jaune n'est pas endémique à la Nouvelle-Orléans, et qu'elle y est toujours importée. Il le démontre d'ailleurs de la manière la plus péremptoire en se basant sur l'étude des six épidémies de 1817, 1819, 1839, 1847, 1853, 1858. En 1817, le cutter anglais *Phénix* arrive le 18 juin de la Havane, et le 30 juin le docteur Kerr constata que quatre de ses matelots étaient atteints de la fièvre jaune (deux moururent). Le 20 juillet, le polacre *Virgin del Mar* arriva aussi de la Havane, ayant perdu plusieurs hommes de la maladie pendant la traversée; et ce n'est qu'après ces deux intrusions que la fièvre jaune se répandit en ville.

En 1819, plusieurs navires arrivent de la Havane où régnait la fièvre jaune; ils présentaient à la date du 1er juillet des cas de la maladie, alors qu'il n'y en avait aucun en ville; et ce n'est que par extension de proche en proche, de navire à navire, puis des navires à terre, que se fit la transmission qui aboutit à une épidémie sévère au mois d'août.

En 1839, la fièvre jaune fut encore importée de la Havane, et les premiers cas se transmirent de proche en proche sur les navires avant d'arriver à terre.

En 1853, un navire anglais, le *Camboden-Castle* prend la fièvre jaune à Kingston (Jamaïque), perd son capitaine et sept matelots pendant sa traversée du 2 au 17 mai, et arrive à la Nouvelle-Orléans, ayant subi les aspersions de chlorure de chaux. Le voilier *Augusta*, qui communique avec lui pendant vingt-quatre heures, est infecté à son tour et transmet la maladie à terre, où elle n'existait pas.

En 1847, la fièvre jaune fut importée par des navires venant de la Vera-Cruz, où elle était sévère en ce moment, et se propagea encore de la même manière de proche en proche des navires à la terre.

Enfin, en 1858, le navire *Elisabeth-Ellen* prend la fièvre jaune à Saint-Thomas, perd du monde de fièvre jaune pendant la traversée du 8 mai au 4 juin, et communique la maladie aux navires voisins du quai, où il avait été admis en libre pratique, à la Nouvelle-Orléans.

A ces données, ajoutons qu'à la Nouvelle-Orléans, le vulgaire dit que les épidémies de fièvre jaune cessent brusquement aux premiers froids, à la première gelée blanche. L'expérience y a démontré qu'en effet ce n'est qu'exceptionnellement et dans des conditions spéciales incapables d'infirmer la règle que la maladie ne cesse pas complètement alors.

Faget affirme que lorsqu'il y a eu de la glace en hiver à la Nouvelle-Orléans, une nouvelle importation par navire est indispensable pour la réapparition de la fièvre jaune, tandis que lorsque l'hiver a été doux, la maladie peut se reproduire de toutes pièces après avoir cessé, lorsque la saison chaude revient. Il nous donne ainsi une indication précieuse en faveur de la non-aptitude de la Nouvelle-Orléans à engendrer la fièvre jaune de toutes pièces.

Par ailleurs, Faget nous apprend que le blocus dont la Nouvelle-Orléans fut l'objet lors de la guerre de sécession, dans l'été de 1862, garantit parfaitement la ville de l'importation de la fièvre jaune, quoique cette ville fût encombrée par des milliers d'étrangers du Nord entassés dans de chaudes casernes, casernes difficiles à bien ventiler. Il ajoute de la manière la plus affirmative que, dans une pratique de vingt ans à la Nouvelle-Orléans, il ne croit pas avoir vu un seul cas de fièvre jaune en dehors des épidémies.

La conclusion qui s'impose, on le voit, c'est que la Nouvelle-Orléans n'est pas un foyer générateur de la fièvre jaune. La maladie y est toujours apportée peut-on penser; car, si Faget a pu démontrer cette importation pour des épidémies qu'un grand nombre d'auteurs ont considérées comme nées sur place, il est hors de doute qu'on découvrirait probablement cette importation pour toutes celles qui ont régné dans le pays, si on y regardait de suffisamment près.

C'est intentionnellement que j'ai parlé de la Nouvelle-Orléans; en effet, si je suis parvenu à montrer que ce pays, le plus incriminé entre tous ses voisins, n'est pas un foyer générateur de la maladie, *a fortiori* on admettra que Mobile, Pensacola, Savannah et Charleston ne sont pas susceptibles de voir la fièvre jaune se développer de toutes pièces dans leur intérieur. Donc, on le voit, l'aire des contrées amarilogènes se restreint singulièrement.

D. *Les Petites Antilles sont-elles un foyer générateur de la fièvre jaune?* — Dans mon livre sur les épidémies de fièvre jaune à la Martinique, j'ai étudié cette question très longuement et je n'ai conclu que d'une manière dubitative; c'est qu'en effet la chose est extrêmement difficile à élucider. J'ai fait remarquer que jamais la fièvre jaune n'avait été signalée à la Martinique à un moment où elle n'était dans aucun autre point des Grandes ou des Petites Antilles; — de sorte qu'on pourrait pencher vers l'idée de l'importation de la maladie; mais qu'en revanche, dans bien des cas, l'apport de la fièvre jaune n'avait pu être constaté, ce qui porte à penser, au contraire, qu'elle a pu se développer spontanément dans les pays. C'est donc oui ou non, au gré du lecteur, qu'on répond par des raisonnements pareils; — mais est-il possible d'être plus précis dans sa réponse? Non, à mon avis, et cela parce qu'on manque de renseignements assez positifs jusqu'ici là-dessus.

Je n'ai pu clore le débat lorsque j'ai écrit sur la fièvre jaune de la Martinique; je n'ai pas la prétention de le clore davantage maintenant. Mais cependant, comme je ne puis me dérober à la nécessité de formuler une conclusion, je dirai : dans la grande majorité des cas, la fièvre jaune ne naît pas spontanément dans les Petites Antilles; elle y est apportée du dehors; mais cependant il est possible, probable même, que dans un certain nombre de circonstances, rares j'en conviens, mais enfin ayant pu se présenter, la maladie s'est développée spontanément dans quelques-unes d'entre

elles. Dans tous les cas, ces éventualités sont assez rares pour que, dans la pratique, on puisse considérer ces Petites Antilles comme n'étant pas des foyers générateurs proprement dits et, par conséquent, il faut qu'elles se gardent par des mesures sanitaires très sévères vis-à-vis des provenances suspectes lorsqu'une épidémie règne dans un pays plus ou moins voisin.

REVUE DE LA PRESSE

L'iodoforme et les lésions organiques du cœur. — M. le professeur Testa a expérimenté avec succès, après Moleschott, l'action curative de l'iodoforme dans les lésions organiques du cœur, non pas contre les lésions elles-mêmes, qui ne sont pas curables; mais contre les troubles fonctionnels qui en dépendent. La dose d'iodoforme à laquelle il a eu recours est de sept centi-mmes par jour, en quatre pilules, données dans la journée de n deux heures et continuées pendant un certain temps, qui, malade, a duré près d'un mois. Sept observations ont été tées par M. Testa, dont deux en 1879 dans la *Gazette médi- Padoue* et cinq en 1883. L'iodoforme a surtout pour action de uer le nombre des battements du cœur tout en augmen-sion artérielle. (*Giornale di medica è terapia di Messine.*)

ysipèle et le phénol trichloré. — Dans l'une des der- séances de la *Société chirurgicale russe de Pirogow* qui siège aint-Pétersbourg, M. le docteur W. Papow a communiqué les résultats qu'il a obtenus de l'emploi du phénol trichloré dans le traitement de l'érysipèle. De ses observations cliniques il conclut que l'application externe de ce médicament sur les points affectés arrête le développement de l'érysipèle. Les effets de ce phénol sont dus à ce que ce médicament produit une action destructive sur les organismes microscopiques dont dépend le développement de la maladie.

M. W. Papow applique le phénol trichloré, à l'aide d'un pinceau, en solution à 10 p. 100. (*Semaine médicale.*)

Un nouveau fait de transposition des organes. — M. le docteur P. Guttmann a rapporté, à la Société de médecine de Berlin, un nouveau fait de transposition des organes thoraciques et abdominaux. Il s'agit d'un homme, âgé de soixante-deux ans, qui succomba aux progrès de la tuberculose. Pendant sa vie on avait constaté que les battements du cœur s'effectuaient du côté droit et non à gauche. De même, la percussion avait permis de reconnaître que le foie siégeait dans l'hypocondre gauche, tandis que la rate se trouvait dans l'hypocondre droit. L'autopsie a complètement vérifié ces ectopies et a montré en même temps que le cardia était placé à gauche et que la transposition existait également pour les poumons. (*Gazette médicale de Paris.*)

Imperforation de l'anus. — Un enfant du sexe masculin, âgé de deux jours, fut amené certain jour au docteur Rowan, à Melbourne, pour une imperforation de l'anus. Le ventre était météorisé, tendu. D'autre part, aucune dépression n'indiquait la place de l'anus. Néanmoins le chirurgien australien pratiqua une incision dans le point correspondant normalement à l'orifice anal et, après une dissection laborieuse, prolongée jusqu'à deux pouces et demi anglais de profondeur, il arriva sur le rectum. L'ouverture de la partie terminale de l'intestin donna immédiatement issue à une grande quantité de méconium. La plaie fut pansée et deux ou trois jours plus tard une bougie-sonde fut passée dans le trajet.

Le docteur Rowan n'avait plus entendu parler de cet enfant, lorsque, six mois après cette opération, il lui fut ramené dans les conditions les plus misérables. En effet, depuis trois mois, on avait négligé de placer la bougie, si bien que depuis deux mois les matières avaient cessé de passer par l'ouverture anale artificielle et qu'elles s'écoulaient par l'urètre. De là certains accidents et, depuis quarante-huit heures, la miction était devenue des plus difficiles. Le trajet anal était complètement oblitéré à un pouce de l'orifice externe; de plus, du côté de la verge il existait un phimosis très étroit. M. Rowan pratiqua la circoncision, rétablit et élargit le conduit rectal et peu après les fèces cessaient de sortir par le canal de l'urètre pour reprendre leur voie naturelle. (*Revue médicale.*)

Le cancer en Angleterre. — Dans l'une des dernières séances de la *Royal medical and chirurgical Society*, M. le docteur J.-B. Jessett a attribué l'augmentation du nombre des cas de cancer relevés dans les statistiques, non à une plus grande précision du diagnostic, mais à une plus grande fréquence réelle de la maladie. En compulsant le registre général de statistique pour ces dernières années, on trouve 9,945 décès par cancer en 1872 et 13,542 en 1881; soit une différence en plus de 3,597 entre ces deux années. En 1872, la proportion était de 431 cancéreux décédés sur 1 million d'habitants ou 1 sur 2,320; en 1882, cette proportion s'élevait à 520 ou 1 sur 1,923 habitants seulement.

On voit aussi que la proportion des morts est plus grande dans les pays marécageux que partout ailleurs. Le cancer est, en effet, plus grand dans les pays bas et humides; mais M. Jessett croit que l'hérédité entretenue par les mariages consanguins a probablement beaucoup plus d'influence que les conditions de milieu. Enfin, il fait aussi entrer en ligne de compte les préoccupations morales qu'amène la lutte pour l'existence, lesquelles viennent s'ajouter encore à la prédisposition héréditaire. Ces soucis et les inquiétudes morales constituent sans doute, dit-il, une cause d'affaiblissement organique. (*Revue scientifique.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, publiée sous les auspices de l'administration de l'Assistance publique (1).

Par Léon Brièle, archiviste de l'Administration.

VI

En 1735, parut un nouveau règlement pour le service médical; à ce propos, il n'est pas sans intérêt de passer en revue toutes les modifications subies par ce service depuis plus d'un siècle. A la fin du xvie siècle, l'Hôtel-Dieu ne possédait qu'un seul médecin, aux appointements de 1,200 livres par an. Dans les premières années du xviie, un adjoint fut nommé, qui partagea les appointements avec le titulaire. — En 1638, les médecins résidents furent supprimés et remplacés par trois médecins de la ville qui reçurent 600 livres chacun. A ces trois médecins ordinaires il est adjoint quatre médecins expectants en 1651. — En 1656, nous trouvons quatre médecins ordinaires, portés à sept en 1661 et réduits à six à la fin de la même année. — 1666. Les six médecins ordinaires sont conservés, mais les médecins expectants sont supprimés. — Quelque temps après, sur la proposition du premier président Lamoignon, il est décidé qu'il n'y aura plus de médecins titulaires, mais que chaque année il en sera nommé de nouveaux; cet usage déplorable ne dura heureusement que peu d'années, car, en 1679, nous retrouvons six médecins ordinaires fixes et un médecin expectant, porté à deux en 1684. — 1693. Suppression des médecins expectants et réduction à cinq des médecins ordinaires. — 1707. Nous retrouvons six médecins ordinaires et trois expectants, réduits à deux au commencement de 1709, mais que la fameuse épidémie de cette année fit porter à quatre. — 1714. Il y a sept médecins ordinaires et deux expectants, portés à sept en 1721. Le bureau, dans sa délibération de 1735, maintint les choses telles que et décida que les médecins, tout en ne résidant pas à l'hôpital, ne seraient pas moins à poste fixe. Le règlement suivant fut ensuite adopté. Les médecins ordinaires feront, tous les jours, à

(1) Voir le numéro du 2 septembre 1884.

sept heures du matin en été et huit heures en hiver, une visite de deux heures dans leurs salles respectives et, dans ces visites, ils seront accompagnés du médecin expectant qui leur sera attaché. De plus, ce médecin expectant fera à son tour une deuxième visite chaque soir des mêmes malades, ainsi que de ceux entrés dans la journée. Les appointements du médecin ordinaire sont fixés à 800 livres et ceux du médecin expectant à 200. Enfin, au moins une fois par mois et à jour fixe, tous les médecins, tant ordinaires qu'expectants, se réuniront et tiendront un registre des observations curieuses qu'ils auront pu recueillir.

L'année d'après, en 1736, une autre délibération est prise par le bureau, au sujet de l'étiquette qui doit être observée par les médecins dans leurs rapports avec le bureau. Il est décidé que lorsque les médecins auront été appelés pour donner leur avis devant l'assemblée des administrateurs, « on les fera asseoir », mais, quand il s'agira de leurs fonctions et de l'exécution des règlements, « ils seront entendus debout ». Cet usage, si peu en harmonie avec nos mœurs d'aujourd'hui, n'avait rien d'extraordinaire ni même de vexatoire pour l'époque, car, ne l'oublions pas, les chefs de l'administration de l'Hôtel-Dieu étaient les premiers présidents des trois cours souveraines, le cardinal-archevêque de Paris, le prévôt des marchands, le lieutenant général de police, c'est-à-dire les plus hauts personnages de l'État.

En 1737, une partie des bâtiments de l'Hôtel-Dieu est détruite par un incendie, il faut faire des quêtes pour reconstruire les bâtiments et renouveler les approvisionnements perdus.

En 1739, tous les médecins de l'Hôtel-Dieu se présentent devant l'assemblée des administrateurs et lui soumettent le recueil des formules qui doivent servir à la composition des remèdes dont on doit faire usage dans la maison. Ce recueil signé de tous porte les noms de Chomel, Lémery, Herment, Bertrand, Col de Villars, Bailly et Afforty, comme médecins ordinaires, et Peaget, Bourdelin, Lehoc, Hunault, Fontaine, Belot et Cochu comme médecins expectants.

Deux de ces médecins étant morts, leur remplacement donna lieu à de très sérieuses plaintes contre la façon peu scrupuleuse avec laquelle ces messieurs faisaient leur service. Jamais, dit-on, les malades n'ont été plus mal soignés par les médecins que depuis le règlement de 1735; les visites, qui devraient durer deux heures, se font en une demi-heure et même dix minutes, avec tant « d'indécence et de rapidité que les malades en gémissent ». Enfin les absences des médecins n'ont jamais été si longues et si fréquentes : des mois entiers se passent sans qu'ils mettent les pieds dans leurs salles. Il faut remédier à un tel état de choses, et pour cela exercer une surveillance sur les médecins. Cette surveillance rentra dans les attributions d'un « inspecteur des salles de l'Hôtel-Dieu » dont l'emploi fut créé en 1752.

En 1754, une épidémie de scorbut plus terrible encore que celles de 1709 et 1729 se déclara ; l'Hôtel-Dieu en contient 1,239 ; les greniers en sont remplis jusqu'à ce que l'ouverture de Saint-Louis soit décidée, ce qui eut lieu le 9 mai 1754. L'Hôtel-Dieu ne conserva que les malades envoyés par les maisons de force et il n'y a pas d'excès auxquels ils ne se soient livrés pour parvenir à s'évader ; en juin, des hommes se révoltent, tuent leur gardien et inspirent une telle crainte que les médecins et les serviteurs de la maison refusent de pénétrer dans les salles Martine et Saint-Landry, consacrées à ces malades. En l'espace de deux mois, il y eut, tant chez les hommes que chez les femmes, cinq révoltes.

Un tel état de chose ne pouvait subsister longtemps : l'Hôtel-Dieu fait observer qu'il n'est pas une prison, que les malades de force ne doivent pas y être envoyés et refuse, le 13 juin 1754, de recevoir les malades que lui envoie la prison du Châtelet. Il faut que le roi, par l'intermédiaire du comte d'Argenson, prie le bureau de revenir sur son refus, offrant de mettre à sa disposition la force armée pour maintenir l'ordre. Alors s'établit entre le roi d'une part et le bureau d'autre part une interminable correspondance; en réponse à la demande du souverain, les administrateurs de l'Hôtel-Dieu répondent que leur maison est ouverte à tous et que chacun peut entrer et sortir librement, rien n'est préparé pour y recevoir les prisonniers qu'on y envoie et qui sont une source de préoccupations pour tout le monde. La vie de ceux qui les soignent est en danger et personne ne veut plus s'en occuper. En présence de ces considérations, le bureau supplie Sa Majesté de ne pas insister pour obliger l'Hôtel-Dieu et Saint-Louis à se charger des malades des maisons de force. Les administrateurs de l'Hôtel-Dieu entraient donc en lutte avec le chef de l'État; ce fut lui qui céda en proposant, comme transaction, de n'envoyer désormais que ceux, parmi les malades, qui étaient retenus dans les maisons de force, pour « dettes seulement » ; quant aux autres, l'Hôtel-Dieu n'aurait plus à s'en occuper. Cette proposition témoignait d'un grand esprit de conciliation, mais telle était la puissance du bureau et sa ténacité dans les questions de principe, qu'il protesta de nouveau contre la décision royale et maintint son refus.

Sur ces entrefaites arrive un long mémoire des directeurs de l'hôpital général démontrant que l'Hôtel-Dieu s'est engagé à recevoir tous les malades qui lui seraient envoyés et que la chose s'est ainsi pratiquée de tout temps. A quoi le bureau répond, par un autre mémoire non moins long, qu'il est vrai, en effet, que l'Hôtel-Dieu doit recevoir les malades de l'hôpital général et qu'il est tout disposé à le faire, mais que les prisonniers formant une classe à part, nécessitant pour les garder des maisons spéciales, appelées maisons de force, il persiste dans son refus en faisant valoir que l'Hôtel-Dieu est par excellence une maison ouverte. Nous n'en finirions pas si nous voulions reproduire ici tous les mémoires, lettres, procès-verbaux de toutes les réunions qui eurent lieu à ce sujet; pendant des années, on s'efforça de part et d'autre de prouver ses droits; tous les hauts personnages du gouvernement s'en occupèrent. Enfin l'Hôtel-Dieu finit par avoir gain de cause. En 1760, les maisons de force sont tellement encombrées de malades qu'il est impossible de les soigner; l'Hôtel-Dieu refusant de les accepter, le lieutenant général de police est forcé pour les y faire admettre de rendre la liberté à tous ceux qui pouvaient la recouvrer.

Malgré cela, ce ne fut qu'en 1767 qu'une solution définitive fut donnée à cette affaire, par une décision affectant l'hôpital Sainte-Anne aux malades des maisons de force. L'Hôtel-Dieu avait lutté pendant treize ans (1754-1767) pour obtenir satisfaction.

Nous avons déjà dit qu'en 1606 (1) les administrateurs de l'Hôtel-Dieu, pour stimuler le zèle de ceux qui soignaient les malades, avaient obtenu comme un privilège, qu'après six ans de service dans l'hôpital comme premier compagnon, les chirurgiens auraient droit à la maîtrise. Nous avions en outre laissé pressentir que cette faveur serait le point de départ de grandes discussions entre ces chirurgiens et ceux qui seront nommés après examen devant la Société des chirurgiens de Paris. C'est en 1757 que nous trouvons la première délibération ayant trait à ce sujet : il s'agit du refus opposé au premier compagnon « Bernard » pour l'admettre comme maître chirurgien à Paris, malgré ses vingt-deux ans de service à l'Hôtel-Dieu, s'il ne consent pas à soutenir d'abord une thèse devant la Société des maîtres chirurgiens et s'il ne paie ensuite 600 livres en argent, 21 jetons, tous les frais de la thèse et les droits du président, dont le total peut s'élever environ à une somme de 1,200 livres. Or nous savons que ces exigences étaient contraires aux privilèges de l'Hôtel-Dieu, d'après lesquels les gagnants maîtrises devaient être reçus « maîtres » chirurgiens sans être forcés de subir aucun examen, faire aucune expérience, ni payer aucune somme.

Ce refus constituait donc une attaque contre les droits de l'Hôtel-Dieu et nous savons déjà avec quelle opiniâtreté et quelle autorité il savait les défendre : une députation fut donc envoyée chez ceux des chirurgiens préposés à la réception des candidats au titre de maître, pour les sommer de se conformer aux privilèges de la maison, sinon une requête sera immédiatement adressée au Parlement pour en ordonner l'exécution. Que devint cette affaire? Nous n'en savons rien. Les privilèges de l'Hôtel-Dieu restèrent-ils les maîtres de la situation? Oui, mais pas aussi complètement que

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1883, p. 758.

les administrateurs l'auraient désiré. Il se créa deux camps : l'un forma la communauté des chirurgiens de Paris, l'autre se composa des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu.

Dans des questions aussi épineuses, et où de chaque côté de grandes personnalités étaient engagées, on abandonnait volontiers au temps le soin d'aplanir les difficultés.

Ce qui nous prouve que de part et d'autre les prétentions étaient toujours les mêmes, c'est une délibération du 30 juillet 1766, dans laquelle nous voyons le bureau menacer de la perte de tous les privilèges qu'il a pu gagner à l'Hôtel-Dieu un gagnant maîtrise, le sieur Cabany, qui, voulant être reçu « en la communauté des maîtres chirurgiens de Paris », consentait à soutenir une thèse devant ces derniers.

Cette délibération prouve que les chirurgiens de Paris ne considéraient pas, comme faisant partie de leur corporation, ceux qui gagnaient simplement la maîtrise à l'Hôtel-Dieu.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Voici les chiffres fournis par la mortalité cholérique depuis notre dernier bulletin :

Toulon. — Du 4 au 5 septembre, 1 décès cholérique. — Le 5, à l'hôpital Bon-Rencontre, 6 malades en traitement, ni décès, ni sortie, ni entrée. A l'hôpital Saint-Mandrier, ni entrée, ni sortie, 1 décès et 22 malades en traitement. — Du 5 au 6 septembre, 3 décès, dont 2 en ville et 1 à l'hôpital Bon-Rencontre. — Le 6, à l'hôpital Bon-Rencontre, 2 entrées, 0 sortie, 1 décès, 8 malades en traitement. A l'hôpital Saint-Mandrier, 1 entrée, 2 sorties, 0 décès, 21 malades en traitement.

Marseille. — Du 4 au 5 septembre, 5 décès cholériques. — Du 5 au 6 septembre, 4 décès. — Du 6 au 7 septembre, 5 décès.

Aix. — Du 4 au 7 septembre, 6 décès.

Arles. — Du 4 au 6 septembre, 1 décès.

Var. — *La Seyne*, 11 décès. — *Brignoles*, 1 décès. — *Carnoules*, 1 décès. — *Beausset*, 1 décès. — *Tourves*, 1 décès. — *Solliès-Pont*, 3 décès et plusieurs nouveaux cas graves.

Bouches-du-Rhône. — *Tarascon*, 3 décès. — *Tholonet*, 1 décès.

Vaucluse. — *Avignon*, 2 décès.

Haute-Garonne. — *Toulouse*, 1 décès.

Hérault. — *Béziers*, 4 décès. — *Florensac*, 1 décès. — *Fabrègues*, 1 décès, 2 cas graves. — *Mèze*, 1 décès. — *Agde*, 2 décès. — *Cette*, 2 décès, dont 1 au lazaret. — *Cazouls*, 1 décès.

Gard. — *Nîmes*, 1 décès. — *Bouillargues*, 1 décès et 1 nouveau cas grave. — *Bessèges*, 3 décès et 1 cas grave. — *Vallabrègues*, 2 décès.

Aude. — *Carcassonne*, 6 décès. — *Narbonne*, 3 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 10 décès. — *Vernet-les-Bains*, 1 décès. — *Rodes*, 1 décès. — *Thuir*, 3 décès. — *Catlar*, 2 décès. — *Argelès-sur-Mer*, 1 décès. — *Amélie-les-Bains*, 1 décès. — *Ille*, 2 décès. — *Montalba*, 1 décès. — *Canet*, 1 décès. — *Prades*, 3 décès. — *Arles-sur-Tech*, 1 décès.

Gironde. — On signale, depuis quinze jours, à *Bordeaux*, 3 cas de choléra nostras sans aucun caractère épidémique, dit-on.

Paris. — Le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* nous apprend que le service de statistique a reçu avis, du 29 août au 4 septembre, de 2 décès qualifiés de choléra sporadique par les médecins traitants. L'un de ces deux cas a été insuffisamment observé, la malade ne s'étant décidée à se faire soigner qu'au cinquième jour de sa maladie. Dans l'autre cas, le malade a été complètement observé, et le médecin a pu justifier son diagnostic.

Italie. — *Le Bulletin sanitaire officiel* enregistre les chiffres suivants relativement à l'épidémie cholérique dans les provinces contaminées de Bergame, Campobasso, Crémone, Cuneo, Gênes, Massa, Modène, Naples, Parme, Pavie, Reggio d'Emilia et Turin :

Le 4 septembre 1884, 251 cas et 105 décès, parmi lesquels la *Spezzia* compte 23 cas et 14 décès; *Naples*, 142 cas et 53 décès.

Le 5 septembre, 302 cas et 160 décès, parmi lesquels la *Spezzia*, 30 cas et 25 décès; *Naples*, 168 cas et 93 décès. Ces derniers sont relatifs à 24 cas anciens et à 69 cas nouveaux.

Le 6 septembre, 356 cas et 147 décès, parmi lesquels la *Spezzia*, 37 cas et 20 décès; *Naples*, 231 cas et 95 décès.

Espagne. — Les renseignements sont incomplets; nous savons cependant que l'épidémie sévit à *Lerida*, où l'on signale 16 cas et 8 décès; à *Novelda*, 27 cas et 11 décès; à *Anglesola*, 3 décès; à *Balaguer*, 21 cas; à *Villena*, 2 décès; à *Montforte*, 15 cas et 6 décès; au lazaret de *Getalfe*, 2 cas.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Brun est nommé chef des travaux anatomiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

M. Berlioz, interne en pharmacie, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié.

— M. le docteur Dejérine, médecin des hôpitaux, suppléant M. le professeur Vulpian à l'Hôtel-Dieu, fera des conférences cliniques le mercredi et le vendredi, à dix heures du matin, dans la salle Saint-Denis. Le jeudi, à la même heure, clinique des maladies nerveuses.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16690.

N° 105. — JEUDI 11 SEPTEMBRE 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 11 SEPTEMBRE 1884. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.** ».	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. Ulcération syphilitique du voile du palais, division, staphylorraphie. — Hémorragies de la paume de la main. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe SESSION, 1884). Congrès de Blois. — Chronique et nouvelles scientifiques.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Bouchardat a continué et terminé hier l'exposé de ses vues sur l'étiologie du choléra indien et sur l'hygiène rationnelle qui s'en suit, exposé qu'il avait commencé dans la séance du 26 août et qu'avait interrompu la discussion des conclusions du rapport de M. Brouardel, dans la dernière séance.

Ce travail n'est lui-même qu'une suite et un complément des précédentes études de l'éminent hygiéniste sur le même sujet, publiées en 1832. Il s'y est proposé d'étudier le parasite spécifique du choléra, non pas le bacille en virgule dont la spécificité est grandement en question aujourd'hui, mais un parasite à peine entrevu encore, soupçonné seulement, sorte d'être de raison qui se déduit beaucoup moins d'observations directes à peine ébauchées et en quête de leur objet, que des observations médicales recueillies pendant le cours de nos cinq épidémies parisiennes. Dans cette première partie de son exposé, M. Bouchardat s'est attaché surtout à distinguer très nettement du choléra asiatique, qui règne en ce moment, le choléra nostras, dans lequel on a confondu, suivant lui, des maladies très différentes les unes des autres, et qu'il considère comme devant disparaître de la pathologie, du jour où on saura en distinguer les causes diverses.

Dans la seconde partie de son exposé, qui a fait le sujet de sa lecture d'hier, M. Bouchardat, entrant dans le fond même de son sujet, s'est particulièrement proposé d'établir la contagiosité du choléra et « par conséquent » son origine parasitaire ou l'existence d'un bacille cholérigène importé. D'où, « comme autre conséquence, » l'utilité d'un système quarantenaire destiné à préserver l'Europe de l'importation et, si l'invasion n'a pu être évitée, l'institution de règles hygiéniques auxquelles on devrait s'adresser pour préserver les populations, et au premier rang desquelles doivent figurer celles qui sont relatives aux boissons, aux aliments, à l'habitation de nuit au milieu de foyers cholériques, à la désinfection des vêtements et objets ayant appartenu aux cholériques ainsi que des locaux habités par eux.

Mais, quels sont les meilleurs moyens de désinfection? M. Dujardin-Beaumetz est venu à point pour fournir la réponse à cette question, dont la solution restait en suspens, en communiquant à l'Académie les résultats de recherches qu'il a entreprises à ce sujet avec MM. Pasteur et Roux. Elimination faite d'une foule de substances réputées désinfectantes, mais dont, pour diverses raisons, l'usage ne pouvait devenir pratique, telles que le brome, les vapeurs d'acide hypo-azotique, le chlore, MM. Beaumetz, Pasteur et Roux se sont arrêtés, comme devant donner les meilleurs résultats, à l'acide sulfureux obtenu par divers procédés dont on trouvera la description dans le compte rendu de la séance.

Nous renvoyons également au compte rendu pour deux intéressantes communications, l'une de M. Bourgoin sur la solubilité de l'iodure mercurique dans l'eau et dans l'alcool, l'autre de M. Maurel sur les causes de l'exacerbation vespérale de la température physiologique.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

Ulcération syphilitique du voile du palais, division, staphylorraphie.

Je vais vous parler aujourd'hui d'un malade auquel j'ai pratiqué ces jours-ci la staphylorraphie.

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années, d'un ancien marin, qui a eu jadis, dans sa jeunesse, quelques démêlés sérieux avec Vénus. De là est résultée pour lui une ulcération du voile du palais. Mais, fait intéressant, cette ulcération a déterminé peu à peu une division du voile sans participation du tissu osseux. En somme, la perte de substance était minime, et c'est là une condition favorable pour les résultats opératoires, d'autant plus que dans les mouvements de déglutition du malade nous voyions les deux moitiés séparées du voile du palais se rapprocher l'une de l'autre.

Ajoutons que nous avions affaire à un homme résolu, parfaitement décidé à se faire opérer, afin qu'il puisse être remédié au nasonnement qu'avait entraîné peu à peu la lésion palatine.

Dans ces conditions, j'ai décidé de faire la staphylorraphie, et voici comment j'ai procédé. J'ai d'abord pratiqué l'avivement; ce premier temps a été fort long, il n'a pas duré moins de vingt à vingt-cinq minutes, à cause du saignement des surfaces. L'hémorragie a été considérable, en raison même de l'épaisseur des lèvres de la division palatine. De là, une grande fatigue du malade et un long retard dan-

l'opération. Dans un second temps, nous avons passé les sutures avec un chasse-fils doué d'une certaine courbure à 45°, qui généralement rend facile le passage des fils métalliques. Ici encore, néanmoins, nous avons éprouvé certaines difficultés dues à l'épaisseur des lèvres de la plaie, à la perte de sang et aux suffocations qui en résultaient. Nous avons serré les quatre fils d'argent au moyen d'un bouton d'argent et d'un petit coulant, procédé plus sûr, plus commode, et d'une application très facile. En résumé, l'opération a duré bien près d'une heure en tout.

A propos de ce fait clinique, je désire exprimer ici quelques réflexions. Autrefois, dans la staphylorraphie, j'ai fait chez un de mes malades intervenir le fer rouge, et je m'en suis bien trouvé, à cause de l'artère palatine postérieure, artère d'un volume assez important, qui alimente la muqueuse palatine, et qui, étant coupée, avait donné un jet de sang très énergique; j'avais eu une hémorragie très considérable. Depuis lors, je n'ai plus eu l'occasion d'y recourir.

D'autre part, je traite les fistules vésico-vaginales et je fais la périnéorraphie non plus par l'avivement au bistouri, mais par le fer rouge. Le procédé n'est pas de moi, mais bien d'un chirurgien américain. Du reste, autrefois déjà, Lallemand avait, le premier, remis en honneur aussi l'avivement par les caustiques. J'ai donc pris un des côtés de cette pratique dont je parle, c'est-à-dire l'avivement soit par les caustiques, soit par le cautère actuel, tandis que, d'autre part, j'ai conservé la suture métallique. Ainsi l'opération en question est devenue, par ce procédé, très simple et très facile et n'exige pas un arsenal bien compliqué; c'est là un point que je vise aussi toujours avec soin dans les méthodes opératoires. J'ai donc adopté cette pratique pour la périnéorraphie, pour le traitement des fistules vésico-vaginales; j'en puis d'autant mieux parler que j'ai bien actuellement traité plus de cent vingt de ces fistules. Or, antérieurement, le premier temps était toujours très difficile, car on était aveuglé par l'écoulement du sang; tandis que rien de pareil ne se produit si on a recours à l'avivement soit par les caustiques, soit par le fer rouge. Ainsi j'opère ces fistules en deux temps, c'est-à-dire en deux séances, la première pour l'avivement, la seconde pour les sutures.

Aussi, en présence des difficultés considérables que j'ai éprouvées chez le malade auquel j'ai fait, ces jours-ci, la staphylorraphie; en présence de l'hémorragie et des phénomènes de suffocation qui en étaient forcément la conséquence, je me disais que dorénavant je n'hésiterais plus à endormir mon malade et à faire pour la staphylorraphie ce que je fais habituellement pour la périnéorraphie, c'est-à-dire une opération en deux séances : la première, consacrée à l'avivement avec le thermo-cautère; la seconde, quand les surfaces granuleuses seraient mûres pour la réunion des parties, consacrée aux sutures métalliques, après anesthésie du malade, si celui-ci la réclamait.

Quoi qu'il en soit, le résultat que nous sommes en droit d'espérer sera, je le dis d'avance, excellent. Depuis l'invention de la staphylorraphie, au siècle dernier, depuis sa mise en honneur, surtout au commencement de ce siècle, vers 1817 à 1820, une lutte des plus curieuses s'est établie entre la chirurgie sanglante et la prothèse. Les mécaniciens-dentistes — que ce mot de mécaniciens ne soit pas pris en mauvaise part, je ne l'emploie que pour mieux exprimer ma pensée, — sont devenus très habiles, et dès lors qu'ils ont perfectionné leurs appareils prothétiques, on a délaissé la staphylorraphie; mais aussi, dès que les chirurgiens ont à leur tour modifié et perfectionné les procédés opératoires, on a délaissé à leur tour les appareils prothétiques; si bien que les malades se sont peu à peu partagés en deux camps, ceux qui aiment mieux recourir à une intervention chirurgicale, et ceux qui lui préfèrent un appareil.

Au point de vue des résultats de la staphylorraphie, touchant la prononciation, nous ne devons pas oublier que le succès dépend des rapports du voile du palais avec la partie postérieure du pharynx. Aussi, lorsqu'un adulte ou les parents d'un enfant vous demandent d'intervenir par une opération, vous devez, si celle-ci ne paraît pas devoir assurer une amélioration véritable de la phonation, refuser une opération, en somme à peu près inutile, et conseiller au contraire de recourir à quelque appareil prothétique capable de permettre à l'individu, atteint de division du voile du palais, de mieux parler. Du reste, les plus beaux succès opératoires sont surtout assurés aux individus chez lesquels il s'agit de remédier à une lésion accidentelle, c'est-à-dire chez lesquels, avant cette lésion purement fortuite, les parties offraient une conformation normale. C'est ainsi que se présentait à nous le malade atteint d'une division du voile du palais, suite d'une ulcération syphilitique, que nous avons opérée ces jours derniers; c'est pourquoi aussi, lorsqu'il est venu dans notre service pour réclamer une intervention chirurgicale, capable de lui rendre la phonation si profondément modifiée par sa lésion palatine, j'ai consenti sans hésitation aucune à l'opérer, après un examen attentif de la région bien entendu, sûr d'avance du succès qui devait couronner notre opération.

En résumé, avant d'intervenir dans les cas de division du voile du palais, il faut bien examiner les parties afin de s'assurer du pronostic à émettre, et prévenir les gens des résultats possibles de l'opération. Enfin, je pense qu'il y a lieu de voir, dès maintenant, si l'on ne devrait pas appliquer à la staphylorraphie la méthode en deux temps avec l'avivement non sanglant.

HÉMORRAGIES DE LA PAUME DE LA MAIN.

AVANTAGES DE LA PINCE HÉMOSTATIQUE.

Par M. le docteur BOISSARIE (de Sarlat), correspondant de la Société de chirurgie.

Les hémorragies traumatiques de la paume de la main constituent souvent un accident sérieux, peuvent comporter dans la pratique de graves difficultés, ou laisser au moins le chirurgien indécis sur la conduite qu'il doit suivre. S'il est encore fait mention dans les traités classiques de la ligature des artères de l'avant-bras ou du bras, il est bien entendu que c'est une ressource extrême qui ne doit pas compter dans nos prévisions ordinaires.

La ligature dans la plaie et la compression constituent les deux méthodes de traitement et semblent répondre à toutes les indications. Toutes les deux pourtant présentent des difficultés ou des inconvénients parfois sérieux et peuvent être d'une application difficile.

La ligature au fond d'une plaie étroite, au milieu de tissus mortifiés ou enflammés, peut devenir une opération assez importante, qui nécessitera l'emploi du chloroforme, des débridements plus ou moins étendus et dont les conséquences doivent être prises en considération. Le malade s'y refuse souvent et le chirurgien, cédant à une résistance qui paraît légitime, temporise le plus souvent aussi.

La compression, exercée sur la plaie ou sur les artères de l'avant-bras, ne donne le plus souvent qu'une sécurité trompeuse. C'est avec

la compression que l'on observe le plus souvent ces hémorragies dites secondaires, et qui tiennent à des moyens hémostatiques insuffisants. Enfin, chose plus grave, la compression, si on l'applique avec trop de rigueur, peut amener des gangrènes locales souvent très étendues. J'ai amputé une jeune femme de vingt et un ans, atteinte d'une gangrène complète de la main et de l'avant-bras, et qui avait, pendant trois jours, conservé un appareil compressif audessus du poignet pour arrêter une hémorragie de la paume de la main. Si tous les médecins n'ont le souvenir de faits analogues, tous certainement n'emploieront la compression qu'avec une sage réserve. Souvent on a cherché le moyen de parer à ces divers inconvénients. M. le docteur Ledouble (de Tours), dans un mémoire sur le traitement des hémorragies de la paume de la main (1877), veut que l'on introduise profondément dans la plaie une éponge préparée et qu'on l'y abandonne jusqu'à ce qu'elle soit expulsée par le travail de cicatrisation. Ce procédé, dit-il, est un peu plus long que les autres modes de traitement, mais n'amène jamais à sa suite ni gangrène, ni phlegmon diffus. Ce procédé pourtant doit être très douloureux; on n'introduit pas impunément une éponge préparée au milieu de tissus malades et aussi serrés, et l'immunité contre le phlegmon ne paraît pas bien assurée. Les exemples d'hémorragies de la main arrêtées par la compression se sont pourtant multipliés depuis quelques années; les docteurs Sorbets (d'Aire), Sonrier, médecin principal, Guinier (de Cauterets) ont publié dans la *Gazette des hôpitaux*, 1878, 1879, des faits nombreux qui paraissent concluants dans ce sens. Mais si l'on pouvait faire le plus souvent la ligature sans difficultés, sans débridement, sans aide, sans chloroforme, la ligature deviendrait le procédé de choix, et ses indications dans les plaies de main ne seraient pas discutables. La pince hémostatique nous permet d'obtenir tous les bénéfices de la ligature et nous met à l'abri de ses inconvénients. Nous l'avons employée de la façon suivante dans deux cas que nous allons résumer.

« Après avoir entouré l'avant-bras avec une bande de caoutchouc, lavé et débarrassé de tout caillot la plaie de la main, nous avons progressivement relâché la bande jusqu'à ce que le jet artériel ait recommencé à jaillir; introduisant alors la pince au fond de la plaie, nous avons saisi les tissus en tâtonnant et lorsque le sang a cessé de couler sous la pression du mors, nous avons abandonné la pince fortement serrée au fond de la plaie. »

La main est ensuite enveloppée d'une forte couche de ouate pour éviter tout choc ou tiraillement. De la sorte, on n'a besoin ni d'isoler l'artère, ni de passer un fil. — Quelques heures de cette pression continue arrêtent définitivement l'hémorragie. — On enlève la pince, on panse à plat et la cicatrisation s'opère rapide et sans accidents.

C'est une application aux plaies de la main de ce que l'on fait pour les vaisseaux de l'abdomen dans les ovariotomies; application précieuse à retenir, puisqu'il est plus difficile de passer un fil dans la main que sur la surface plane du péritoine; c'est un avantage de plus à inscrire à l'actif des pinces hémostatiques.

C'est cette difficulté de passer le fil après avoir saisi l'artère qui nous a conduit, presque malgré nous, à l'application de ce procédé.

Un enfant de dix ans est tombé, le 10 décembre dernier, le poignet droit sur un éclat de verre. Il se fait une plaie profonde dans la paume de la main qui intéresse l'arcade palmaire superficielle. Pendant quinze jours on essaie la compression sous toutes les formes; l'hémorragie reparaît de temps à autre, l'enfant est pâle et très affaibli. Je le vois à ce moment; en enlevant de nombreux tampons d'amadou, je fais jaillir un jet artériel assez volumineux. Aidé de la bande de caoutchouc, j'essaie de lier l'artère, mais je ne puis y parvenir. Je me décide alors à endormir l'enfant, à débrider la plaie et à rechercher plus directement l'artère. L'enfant endormi, je promène mes pinces au fond de la plaie, et je m'aperçois que j'arrête assez facilement l'écoulement sanguin. Mais lorsque je veux passer un fil, je ne puis faire basculer la pince qui lâche prise ou déchire les tissus. Pour ne pas prolonger plus longtemps ces tentatives inutiles, j'abandonne les pinces au fond de la plaie jusqu'au lendemain; j'entoure tout le membre dans une épaisse couche de ouate. Le lendemain je retire mes pinces; l'hémorragie est définitivement arrêtée; la cicatrisation de la plaie commence à se faire, lentement il est vrai, et à mesure que les parties mortifiées sont éliminées, la compression, le perchlorure de fer ayant déterminé une attrition ou une cautérisation assez étendue; mais enfin la guérison se fait sans autre accident.

Il y a deux mois je traitais de la même façon une jeune femme qui avait reçu un coup de couteau dans la main et avait eu depuis quinze ou vingt jours des hémorragies très abondantes que la compression ne pouvait arrêter. Comme dans le cas précédent, aidé de la bande de caoutchouc avec la pince, je saisis l'artère au milieu des tissus, j'arrête l'écoulement sanguin, et il me suffit de laisser quatre ou cinq heures la pince en place pour porter définitivement remède à cet accident.

Ainsi donc il est possible dans les plaies de la paume de la main de saisir au fond de la plaie l'artère blessée avec une pince hémostatique, et en laissant en place la pince fermée d'arrêter définitivement l'hémorragie.

C'est un moyen aussi simple que précieux et qui rentre dans la méthode de torsion des artères, justement remise en honneur par le docteur Tillaux, ou encore dans les moyens d'hémostase que l'ovariotomie a rendus familiers.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 septembre 1884. — Présidence de M. LARREY.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° plusieurs communications relatives au choléra; — 2° un pli cacheté déposé par M. le docteur Isoard (accepté); — 3° une observation de syphilis vaccinale adressée par M. le docteur Moré (de Berneuil); — 4° une note de M. le docteur Netter (de Nancy), sur les effets pernicieux de l'opium contre la diarrhée initiale du choléra; — 5° une note de M. le docteur Nicolas Duranty (de Marseille), sur les injections intra-veineuses dans le traitement du choléra.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. BOUCHARDAT, avant de reprendre sa communication sur le choléra, fait une courte réponse à M. J. Guérin, pour lui montrer qu'il ne s'est pas mépris sur ses opinions en ce qui touche l'athrepsie, en reproduisant textuellement ce qu'il a dit dans la précédente séance.

Ayant achevé ce qu'il avait à dire du choléra nostras, il va parler du choléra indien. Il s'occupera d'abord de la contagion.

Dans les premières épidémies de 1832, de 1835 et de 1847, l'opinion générale des médecins était anti-contagionniste. Aujourd'hui, on ne compte plus guère de non-contagionnistes. On va voir que les dangers de cette contagion, qui, bien à tort, cause tant d'appréhension, peuvent être considérablement atténués, en s'éclairant des faits de rigoureuse observation recueillis durant les sept épidémies qui ont régné en France.

Choléra parasitaire. — Si le choléra indien est contagieux, il est parasitaire. M. Bouchardat ne reviendra pas sur les preuves qu'il a données dans son mémoire sur la nature des maladies contagieuses pour établir cette loi fondamentale : que toutes les maladies contagieuses, hormi celles par imitation, sont déterminées par l'évolution, par la transformation d'organites normaux ou par l'invasion du dehors de parasites souvent ultra-microscopiques (ferments organisés et vivants).

Il a toujours reconnu le choléra contagieux indien pour une maladie déterminée par un ferment morbide. Les recherches nouvelles ne confirment pas l'existence d'un parasite dans le sang, mais peut-être a-t-on observé trop tard. Il persiste à croire qu'il faut recommencer ces études avec des microscopes suffisants; les recommencer aux différentes phases de la maladie.

Après des citations de Virchow et des recherches de MM. Roux et

Straus, M. Bouchardat ajoute qu'après des contradicteurs aussi autorisés, on doit être perplexe pour reconnaître comme démontrée la spécificité cholérigène du bacille en virgule de Koch. Si on l'admet, il n'en faudra pas moins rechercher s'il n'existe pas primitivement dans l'économie sous un autre état.

Les études anatomo-microscopiques ne sont encore qu'à leur début pour le choléra asiatique comme pour plusieurs autres maladies contagieuses du même ordre.

Que ce soit le bacille en virgule ou un autre micro-organisme, dès que la contagion du choléra asiatique a été rigoureusement constatée, on peut affirmer que c'est une affection parasitaire.

Si les naturalistes ne nous ont pas encore convenablement éclairés sur la nature du parasite, nous connaissons par la clinique les particularités les plus intéressantes de son existence et nous pouvons baser sur ces observations une prophylaxie parfaitement rationnelle.

Même pour diagnostiquer la maladie, la découverte du bacille n'a pas d'importance.

Question de localité. — Il est un premier fait établi par l'observation médicale universelle, c'est que le choléra contagieux ou parasitaire ne s'est jamais développé spontanément en Europe. Le parasite y a toujours été importé du lieu où il a pris naissance ou des contrées où il avait été transporté.

C'est sur cette loi de genèse du micro-organisme spécifique dans une localité déterminée qu'est basé aujourd'hui tout notre système quarantenaire qui, perfectionné et bien appliqué, peut et doit produire, pour notre Europe, les plus heureux effets de préservation.

Extinction en Europe du micro-organisme spécifique. — Après un temps qu'on parviendra à déterminer, le parasite du choléra indien ne se propage plus dans notre Europe, même parmi les plus grandes agglomérations humaines. Parti du foyer primitif, il ne se multiplie plus que par fissiparité et il s'éteint quand il est arrivé au dernier terme de cette fissiparité.

Sur cette extinction certaine, M. Bouchardat établit des prescriptions hygiéniques auxquelles il attache une grande importance.

Il admet, comme parfaitement indiquée, la désinfection, dans une étuve convenablement chauffée, des matelas, des vêtements, des couvertures et de tous les objets ayant servi aux cholériques. Mais il engagerait, quand cela sera possible, de ne mettre de nouveau ces objets en service que quelque temps après l'extinction du parasite dans la ville envahie.

Il serait encore plus sévère pour ne laisser habiter de nouveau les garnis encombrés dans lesquels se seraient développés des foyers intenses.

La durée de la faculté de propagation hors du foyer de genèse du micro-organisme cholérigène nous permettra, lorsqu'elle nous sera bien connue, de prévoir l'étendue des dangers qu'il fait courir à notre Europe pour chaque épidémie spéciale limitée par cette extinction.

Foyers intenses. — Dès la première épidémie de choléra à Paris, M. Bouchardat avait déjà été frappé par le danger qu'on courait d'habiter ces foyers intenses ; l'épidémie de 1849 nous a présenté des exemples d'une terrible évidence.

M. Bouchardat passe ensuite successivement en revue les points suivants : conditions de formation de foyers intenses du choléra, l'inacclimatation, l'alcoolisme comme cause prédisposante, les agents de propagation du micro-organisme spécifique, le mode le plus ordinaire de transmission, etc.; puis il termine en ces ermes :

On le voit, la clinique nous a parfaitement fait connaître les plus importantes particularités de l'existence du micro-organisme cholérigène. Toutes les règles d'hygiène positive sont ou doivent être basées sur ces connaissances; en mettant en pratique celles que j'ai indiquées, les dangers de la contagion peuvent être évités ou considérablement atténués.

M. **JULES GUÉRIN** dit que M. Bouchardat discute, non pas même sur les éléments figurés qu'on a vus, mais sur des parasites qu'on ne voit pas, sur des éléments imaginaires; il ne saurait le suivre dans ces pérégrinations. Relativement à l'athrepsie, M. Bouchardat attribue une influence à la chaleur sur l'apparition du choléra chez les athrepsiques; M. Guérin fait observer que cette influence se fait sentir sur tout le monde et dans tous les pays. Elle n'a donc pas l'importance que lui accorde M. Bouchardat.

LECTURES

Température physiologique, son exacerbation vespérale. — M. **MAUREL** donne lecture du résumé d'un mémoire sur les causes qui produisent l'exacerbation vespérale de la température physiologique. Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° On peut à volonté déplacer le maximum de la température nychthémérale et le faire passer du soir au matin, et réciproquement. Il suffit pour cela de modifier les conditions d'existence de l'animal.

2° Ce maximum de température varie de 0°,5 à 0°,9.

3° Trois influences concourent à le produire : les repas, l'éclairage, le mouvement.

4° De ces trois influences, c'est celle des repas qui est la plus importante. Elle l'est à ce point que, même opposée aux deux autres, elle n'en conserve pas moins la prépondérance. Elle se traduit par une différence de 0°,3 à 0°,5.

5° L'influence de l'éclairage est manifeste; mais elle ne se traduit que par une différence de 0°,2. Cette influence est complexe; on peut se demander si c'est celle de la lumière ou celle de la chaleur qui l'emporte. L'auteur pense que c'est celle de la lumière.

6° L'influence du mouvement s'est traduite également dans les expériences de M. Maurel par 0°,2 environ. Mais il la croit variable, et pense qu'à l'état de pleine liberté elle pourrait dépasser ces faibles proportions.

7° Les autres influences que l'on pourrait invoquer pour expliquer l'exagération de la température normale ne paraissent jouer qu'un rôle tout à fait secondaire.

Solubilité de l'iodure mercurique. — M. **BOURGOIN** communique une note sur la solubilité de l'iodure mercurique dans l'eau et dans l'alcool. En résumé, dit en terminant M. Bourgoin :

1° A la température ordinaire, un litre d'eau dissout environ quatre centigrammes d'iodure mercurique.

2° La solubilité est doublée lorsqu'on additionne l'eau de 10 p. 100 d'alcool à 90°.

3° La quantité dissoute augmente avec la température.

4° Elle est d'autant plus grande dans l'alcool que celui-ci est plus concentré.

COMMUNICATIONS

Des moyens de désinfection. — M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** communique de vive voix à l'Académie les termes d'un rapport fait à la Préfecture de police au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Pasteur et Roux, sur les meilleurs moyens de désinfection des locaux qui ont été habités par des malades atteints d'affections contagieuses.

De nombreuses expériences ont été faites dans deux baraques de l'hôpital Cochin représentant assez exactement les logements des classes pauvres. Chacune de ces chambres mesure 100 centimètres cubes. Les désinfectants qui ont été successivement expérimentés sont le brome, le sulfate de nitrosine, le chlore et l'acide sulfureux.

Le brome a dû être écarté d'emblée, parce qu'il ne pénètre pas dans les objets infectés; le sulfate de nitrosine, parce qu'il détruit tous les objets; le chlore, parce qu'il exige des procédés de laboratoire.

L'acide sulfureux doit seul être conservé parce qu'il est un excellent désinfectant et pénètre parfaitement tous les objets. Il peut s'obtenir par trois procédés : 1° la combustion du soufre; 2° l'emploi de l'acide sulfureux liquéfié par le procédé de Raoul Pictet (de Genève) ; 3° la combustion du sulfure de carbone.

Combustion du soufre. — La dose aseptique est de 20 grammes par mètre cube. A cette dose, tous les bouillons de culture placés dans la chambre sont stérilisés, sauf celui du charbon. Le virus vaccin lui-même est rendu stérile. Mais les inconvénients de ce procédé sont la possibilité d'un incendie et l'altération des objets métalliques.

Emploi de l'acide sulfureux liquéfié. — L'emploi du siphon d'acide sulfureux liquide est un procédé très commode et très avantageux qui n'a pas, comme le précédent, l'inconvénient d'altérer les parties métalliques. Il faut un siphon par 20 mètres cubes. Mais ce procédé est très coûteux, chaque siphon revenant à 5 francs.

Combustion du sulfure de carbone. — A l'aide d'un appareil assez simple et fort ingénieux on obtient une combustion parfaitement régulière du sulfure de carbone. 2,500 grammes de sulfure de carbone équivalent à 2 kilogrammes de soufre. Grâce à cet appareil, la combustion peut se prolonger pendant douze heures. C'est un procédé très économique, d'un pouvoir désinfectant et d'une pénétration très énergiques, sans aucun inconvénient au point de vue des objets métalliques ou autres, détruisant très bien tous les virus. Toutefois, les croûtes de vaccin, les microbes desséchés conservent leur action. Il y a là un point qui demande à être étudié de nouveau.

M. LEGOUEST rappelle que l'acide sulfureux est depuis longtemps employé dans l'armée comme désinfectant. On trouvera tous les détails relatifs à ce mode de désinfection dans les bulletins de médecine militaire ou dans le livre de M. Vallin. Les armes, la literie, ne sont pas altérées à moins qu'elles ne soient mouillées.

M. LE ROY DE MÉRICOURT demande à M. Dujardin-Beaumetz s'il pense qu'il serait possible d'appliquer ce mode de désinfection aux navires, sans crainte d'altérer les armes, la machine, etc.

M. JULES GUÉRIN reconnaît toute l'importance des expériences dont vient de parler M. Beaumetz, au point de vue chimique. Mais jusqu'ici la question clinique n'a pas été abordée ; il n'est pas démontré que, par ces procédés, on ait détruit les éléments miasmatiques de la maladie. Il faudrait trouver moyen de prouver que l'élément contagieux a été bien véritablement détruit. Ce côté clinique de la question n'a pas été abordé par M. Dujardin-Beaumetz.

M. LEGOUEST peut répondre au desideratum signalé par M. Jules Guérin. Plusieurs casernes désinfectées par ce moyen ont été occupées immédiatement après la désinfection, sans qu'il se soit produit aucun nouveau cas de la maladie (fièvre typhoïde) qui y existait auparavant.

M. MÉHU a désinfecté les salles d'hôpital où existaient la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, et il peut affirmer que la désinfection a été efficace au point de vue clinique.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ répond à M. Legouest que la commission a rendu justice aux travaux faits dans l'armée ; à M. Le Roy de Méricourt, qu'il pense que le procédé par le sulfure de carbone serait parfaitement applicable à bord ; enfin à M. Jules Guérin, que la destruction, par ce procédé, du virus vaccinal prouve bien quelque chose au point de vue clinique.

La séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe SESSION, 1884.)

Congrès de Blois.

I

L'ouverture de la treizième session de l'Association française pour l'avancement des sciences a eu lieu jeudi dernier, 4 septembre 1884, dans la salle des États du Château de Blois, sous la présidence de M. Bouquet de La Grye, membre de l'Institut, dont le discours avait pour titre : « Les Progrès de l'hydrographie en France », l'usage voulant qu'à l'ouverture de chacun des congrès de l'Association le président vienne exposer les progrès de la science dont il s'est le plus occupé.

Nous en retiendrons les passages suivants :

L'Association française est arrivée à la treizième année de son existence, et — nous pouvons le proclamer avec quelque orgueil — chacune des étapes marquées par un congrès lui a donné un surcroît de vigueur, d'expansion, ajoutons-le sans fausse honte, de fortune.

Notre Société a su conserver, et nous espérons qu'elle gardera toujours cette activité et cette jeunesse d'allures que lui ont imprimées ses fondateurs. Mais, en voyageant, elle a mieux appris ce qu'il convenait d'encourager ; elle sait mieux le bien qu'elle fait naître, et les douze expériences, tentées et réussies sur divers points du territoire, lui donnent maintenant l'assurance que, partout où elle tiendra ses assises, partout le mouvement scientifique, qu'elle n'a plus à créer, s'accentuera.

Nous sommes donc certains que le bien que nous suscitons est absolu, le passé en est garant ; mais notre conviction s'appuie aussi sur ce que les études poursuivies par nos collègues sont de l'ordre de celles qui les soustraient, au moins temporairement, aux agitations de la vie, leur donnent une force véritable pour lutter contre ses misères et une consolation dans les grandes afflictions.

En venant ici, quelques-uns pourtant ont manifesté des doutes. La ville, disait-on, si mollement assise sur les rives de la Loire, située au milieu d'une contrée chère aux artistes, et qui a vu naître nombre d'historiens, aurait quelque peu oublié dans un doux repos les traditions savantes du XVIe et du XVIIe siècle. Je n'en puis rien croire, parce que le génie d'une province ne s'évanouit pas, et parce que le soin mis par vous à rechercher et à fêter le souvenir du premier inventeur de la navigation à vapeur en est un autre garant. Vous pouvez d'ailleurs citer en témoignage les fabriques que vous élevez de tous côtés, et cette autre industrie si scientifique et si artistique que vous avez créée en vous inspirant des plus beaux modèles de la Renaissance. Non, tout cela n'indique pas un sang qui s'appauvrit, une vitalité qui décline.

Le Blaisois a cela, au contraire, de particulier que son activité a su se produire à la fois sur plusieurs théâtres. Il n'a point eu de défaillance dans nos jours sombres, j'en prends à témoin le commandant du 17e corps, lorsqu'il parlait avec émotion du courage de ses mobiles du Loir-et-Cher. Il a vécu d'une grande vie artistique qui seule permettait d'entasser ces trésors d'architecture que l'on nomme Chambord, Chaumont, Amboise, et cette autre merveille qui nous abrite aujourd'hui ; enfin sa vie scientifique a été attestée par une école célèbre de médecine. . . . .

. . . .

. . . .

Vous avez donc bien peu à envier à vos voisins, mais le reflet de la capitale vous a peut-être fait illusion sur vos mérites. Regardant votre lampe de travail à la lumière produite par un nouvel éclairage, vous n'avez point songé que trop d'éclat peut éblouir, qu'un creuset est bon pour affiner les métaux alors pourtant qu'ils y perdent de leur poids, enfin qu'il est utile d'être écarté d'une capitale pour se livrer au travail lent, patient, à celui qui seul permet de créer des œuvres durables.

Mais ce que vous avez par-dessus tout, nous dit l'histoire, c'est une bienveillance et une politesse laissées par les raffinés des siècles passés, et de celles-là encore, nous en avons eu les preuves dans nos rapports avec votre comité à qui je suis heureux d'adresser ici mes remerciements.

Messieurs, notre secrétaire et ami, M. Gariel, va tout à l'heure vous entretenir d'un projet qui sera soumis cette année à vos délibérations et l'an prochain à vos votes. J'en dirai quelques mots en avouant qu'il réaliserait un de mes vœux les plus chers.

Une Société ayant le même objectif que la nôtre existait à Paris

depuis 1864 (1). Elle était donc notre aînée; mais, si son but était identique, son mode d'action différait absolument du nôtre. L'une tendait à faire converger sur Paris le mouvement scientifique de la province; elle appelait pour cela, chaque hiver, à la Sorbonne de nombreux auditeurs. Nous, Messieurs, nous avons essayé de transporter la Sorbonne en province, et, sous une impulsion renouvelée à chaque déplacement par de nouveaux organes, de vous grouper dans un même sentiment scientifique et aussi très patriotique.

Nos fondateurs savaient que bien des savants travaillent à l'écart, sans but intéressé, sans même rechercher la notoriété. Ceux-là, nous les entraînons à titre d'auditeurs, car ils se déclarent, comme notre doyen M. Chevreul, étudiants toute leur vie; nous forçons leur modestie, nous les sollicitons et ils se laissent aller à exposer les résultats de recherches qui, souvent, constituent les feuillets d'or de nos volumes.

En fusionnant nos deux Associations, en nous réunissant à des collègues dont la plupart sont d'anciens amis, nous compléterons l'œuvre rêvée par nos devanciers et nous pourrons marcher d'un pas plus ferme dans la voie qui nous a été si bien tracée.

. . . .

. . . .

M. Grimaux, secrétaire général, prenant ensuite la parole, est venu présenter le rapport annuel sur l'histoire de l'Association française pendant l'exercice 1883-1884. Parmi les morts, malheureusement nombreux, dont il a salué la mémoire, nous citerons le regretté professeur de la Faculté de médecine de Paris, Ad. Wurtz, dont il a retracé, dans les lignes suivantes, la part si considérable que l'éminent chimiste a prise à la fondation de l'Association, Wurtz succombant dans toute la maturité de son esprit, frappé en plein combat, arraché aux mille devoirs qu'il imposait à son incroyable activité :

. . . .

. . . .

Qu'il nous est difficile de parler du maître regretté dont la perte se mesure chaque jour plus cruelle, à nous ses élèves, ses amis, qui vivions près de lui, mêlés à cette existence qui ne connut jamais une heure inoccupée!

Wurtz réunit en lui, comme son maître Dumas, toutes les qualités du grand chimiste.

Esprit créateur aux conceptions vigoureuses, expérimentateur habile apportant dans ses recherches une rigueur telle que son œuvre reste debout tout entière, Wurtz savait encore exposer ses grandes découvertes avec une admirable clarté, une netteté sans pareille dans le récit des faits et la discussion des idées. Il ne se contenta pas de marquer puissamment son empreinte dans la science moderne par l'inattendu et l'originalité de ses recherches, il embrassa en maître l'ensemble de la chimie et se plaça au premier rang des théoriciens, des remueurs d'idées, il eut cette gloire enviée de s'élever au rang de chef d'école.

Rien ne manquait à Wurtz pour remplir ce rôle. Orateur à la parole chaude et entraînante, faisant passer dans son enseignement le feu qui l'animait, joignant l'imagination du poète à l'exactitude du mathématicien, il était, non le professeur disert et élégant qui arrondit harmonieusement sa période, mais le tribun qui sent la vérité gronder en lui.

Ce qu'il fut comme orateur, il le fut comme écrivain; tantôt maniant la langue précise du savant qui raconte simplement les faits, tantôt s'élevant au grand style quand il expose la marche des idées en chimie, qu'il nous en trace le tableau depuis Lavoisier, qu'il discute ses chères théories ou qu'il rappelle l'œuvre glorieuse de ses contemporains Laurent et Gerhardt.

Enfin, Wurtz fut encore le véritable créateur de l'Association française. En 1871, un de ses amis, le plus éminent de ses disciples, pense à réunir en un seul faisceau les forces vives de la science française; il en parle au maître. Celui-ci, avec sa rapidité de conception, son ardeur pour les choses utiles, adopte avec enthousiasme et fait sienne l'idée généreuse de M. Friedel; prêt à tous les devoirs et à tous les dévouements, il se donne tout entier à l'Association française, et ses efforts, secondés par ceux des hommes illustres que sa conviction entraîne, sont couronnés d'un succès tel que, dès le mois d'août 1872, l'Association tient à Bordeaux sa première session. Mais il ne suffit pas à Wurtz d'avoir vu se réaliser cette heureuse conception; il continue de prodiguer ses soins à la jeune Société, il est sans cesse occupé des progrès de l'œuvre nouvelle, il est partout présent à nos congrès, aux séances du conseil, il préside avec éclat la session de Lille; quelques jours encore avant l'heure où il devait nous être enlevé, il défendait les intérêts de l'Association dans les pourparlers qui avaient pour but de fondre, avec notre Société, l'Association scientifique de France établie par Leverrier en 1864.

(1) L'Association scientifique de France, établie par Leverrier.

. . . .

. . . .

Puis, M. le docteur Dufay, au nom du maire de Blois, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès, rappelant dans sa gracieuse et spirituelle allocution que dans un des premiers congrès scientifiques qui aient été tenus dans les murs de cette ville, en 1836, l'une des questions du programme de la section de médecine était ainsi formulée :

« La marche suivie par le choléra en France nous a-t-elle suffisamment instruits de son mode de propagation pour que l'on puisse modifier les lois sanitaires en ce qui le concerne? »

Mais elle n'a pas été discutée, et peut-être est-il permis à un médecin d'avouer avec humilité qu'elle n'est pas encore résolue avec certitude, et qu'elle est plus que jamais à l'ordre du jour.

Puis, il ajoute un peu plus loin :

La découverte de la grande loi naturelle de l'évolution et de l'hérédité, celle d'un grand nombre de phénomènes biologiques jusqu'à présent mystérieux, et les applications innombrables du dynamisme électro-magnétique, à la fois cause et effet de tout mouvement, tels seront aux yeux de la postérité les titres de gloire du XIXe siècle.

A vous, missionnaires de la science, de répandre la bonne parole et, par votre exemple, d'exciter au travail actif et aux études sérieuses nos intelligences rendues un peu paresseuses par notre doux climat, dit-on.

Enfin, M. Masson, le sympathique trésorier de l'Association française, a rendu compte de la situation financière qui chaque année devient de plus en plus prospère, non seulement par le nombre des adhérents chaque jour plus considérable, mais encore par les legs qui lui sont faits par de généreux donateurs, au nombre desquels nous devons citer, pour cette année, celui de M. Girard. C'est ainsi qu'aujourd'hui l'Association compte tout près de 4,000 membres et possède un capital dépassant 500,000 francs.

A l'issue de la séance d'inauguration, les membres du Congrès se sont rendus directement dans leurs sections respectives pour procéder à l'élection des bureaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Depuis notre dernier bulletin, l'épidémie cholérique a atteint les chiffres suivants :

Toulon. — Du 7 au 8 septembre, 1 décès dans les faubourgs. — Le 7 septembre, à l'hôpital Bon-Rencontre, 0 entrée, 0 sortie, 0 décès, 7 malades en traitement. A Saint-Mandrier, 1 entrée, 0 sortie, 1 décès et 21 malades en traitement. — Du 8 au 9 septembre, 1 décès. — Le 8, hôpital Bon-Rencontre, 2 entrées, 0 sortie, 0 décès, 9 malades en traitement. Saint-Mandrier, ni entrée, ni sortie, ni décès, 21 malades en traitement. — Le 9 septembre, hôpital Bon-Rencontre, 2 entrées, 1 sortie, 1 décès, 9 malades en traitement. Saint-Mandrier, 0 entrée, 2 sorties, 0 décès, 19 ma-

lades en traitement, lesquels peuvent être tous considérés comme convalescents.

Marseille. — Du 7 au 8 septembre, 2 décès cholériques. — Du 8 au 9 septembre, 5 décès cholériques.

Var. — *La Seyne*, 9 décès. — *Vins*, 4 décès. — *Brignoles*, plusieurs cas foudroyants. — *Solliès-Pont*, 3 décès. — *Sainte-Anne-d'Evenos*, 1 décès.

Bouches-du-Rhône. — *Tarascon*, 2 décès.

Vaucluse. — *Le Thor*, 3 décès.

Aude. — *Carcassonne*, 2 décès.

Gard. — *Bességes*, 7 décès. — *Robiac*, 2 décès. — *Nîmes*, 1 nouveau cas et 2 décès. — *Sauve*, 1 décès.

Hérault. — *Fabrègues*, 2 décès et 5 malades en traitement. — *Bédarieux*, 2 décès. — *Cette*, 6 décès et 2 malades entrés au lazaret. — *Clermont*, 1 décès. — *Agde*, 4 décès. — *Port-Vendres*, 1 décès. — *Pignan*, 1 décès. — *Béziers*, 1 décès. — *Montpellier*, 1 décès.

Ardèche. — *Saint-Remèze*, 16 décès cholériques dans les journées des 7 et 8 septembre et 10 malades en traitement. — *La Villedieu*, 5 malades en traitement. Depuis le 21 juillet jusqu'à ce jour on compte 52 décès cholériques sur une population de 1,000 habitants environ. *Vogué*, plus éprouvée encore, a eu 53 décès cholériques sur 700 habitants, dans l'espace de vingt-deux jours, c'est-à-dire du 27 juillet au 18 août. Enfin, *Ruoms*, village voisin de cette localité, a eu aussi une quarantaine de décès.

Italie. — Le choléra sévit avec une intensité considérable dans la ville de Naples où, du jour au lendemain, le nombre des cas et des décès s'est trouvé plus que doublé. Voici d'ailleurs les chiffres enregistrés par le *Bulletin sanitaire officiel* pour les provinces contaminées d'Alexandrie, Aquila, Bergame, Campobasso, Caserte, Cosanza, Cremone, Cuneo, Gênes, Lucques, Massa, Naples, Parme, Reggio d'Emilia, Salerne, Turin, etc.

Le 7 septembre 1884, 477 cas nouveaux et 167 décès, parmi lesquels la *Spezzia* compte 38 cas et 18 décès; *Naples*, 346 cas nouveaux et 113 décès. De plus on signale à *Rome* un cas suspect suivi de mort; il s'agit d'un individu arrivé de Naples.

Le 8 septembre, 765 cas nouveaux et 345 décès, parmi lesquels la *Spezzia*, 20 cas et 15 décès; *Naples*, 633 cas nouveaux et 275 décès.

Espagne. — Le *Bulletin officiel* relate seulement 20 cas nouveaux et 11 décès pour la journée du 7 septembre, et 6 cas nouveaux et 5 décès pour celle du 8 septembre dans les localités de Novelda, Monforte, Elche, Anglesola et Balaguer.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort à Sainte-Marie-aux-Mines (Haute-Alsace), de M. le docteur Scheffel, médecin-major au 101e régiment d'infanterie, récemment nommé médecin en chef de l'hôpital militaire de Lille.

— Nous apprenons avec regret la mort à Bucharest, de M. le docteur Davila, ancien chirurgien dans l'armée française, inspecteur général du service sanitaire de l'armée roumaine, décédé le 7 septembre 1884.

On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Émile Blanc (de Lyon).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16706.

N° 106. — SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 13 SEPTEMBRE 1884. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. — Association française pour l'avancement des sciences (xiiie session, 1884). Congrès de Blois. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Chronique et nouvelles scientifiques.— Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Histoire d'un diabétique rapportée par lui-même.

Il y a un peu plus de trois mois, je bouclais mes malles pour prendre mon congé annuel, lorsque notre cher directeur me fit remettre une brochure, presque un volume in-8° (de 90 pages), ayant pour titre : « *Du diabète, sa nature, son traitement, lettre à MM. les docteurs X..., X..., X...*, par le docteur Rousselot-Beaulieu, médecin de l'hôpital de Périgueux. » Cette lettre n'est autre que l'histoire ou mieux l'odyssée pathologique de notre confrère lui-même, odyssée pleine d'incidents, d'imprévus, de dangers et de péripéties à travers lesquelles notre malheureux confrère a longtemps louvoyé avant d'arriver, de surprises en surprises, de révélations en révélations, toutes plus ou moins chèrement achetées, à une guérison sinon absolue, du moins relative, dont nous lui souhaitons sincèrement la continuité. La lecture de ce document personnel si intéressant demandait du temps. Je dus l'ajourner. Au retour, je la reprends et j'y trouve, outre l'intérêt qu'inspirent et le fait lui-même et le « sujet », des éléments d'enseignement pratique qui assignent naturellement sa place ici à l'analyse, peut-être un peu difficile, tant les détails abondent, que nous allons essayer de faire de cette curieuse relation. Je n'ai pas à m'excuser de faillir à la discrétion en étalant ici et le nom et les longues souffrances de notre confrère, ne faisant en cela que répéter ce qu'il a livré lui-même tout au long à la publicité dans un intérêt scientifique.

Fils de parents arthritiques, étant, comme il le dit lui-même, une bonne valeur arthritique, notre confrère, rentré après ses études terminées, en 1865, dans sa ville natale et soumis à un régime un peu plus succulent que celui des pensions bourgeoises du quartier Latin, ne tarda pas à s'apercevoir, mais sans s'en inquiéter, que son vase de nuit contenait tous les matins une assez grande quantité d'acide urique. Quatre années se passèrent sans qu'il eût éprouvé autre chose que des fatigues passagères, inhérentes à la profession, lorsqu'une nuit il fût réveillé par de violentes douleurs dans le rein gauche, avec retentissement testiculaire; un violent frisson avait précédé cette attaque néphrétique. Il garda la fièvre et les douleurs huit jours, urinant très peu et ne pouvant aller à la garde-robe, malgré les purgatifs les plus énergiques. La crise se termina par une abondante sécrétion urinaire sans émission de graviers et d'abondantes évacuations alvines.

Au bout d'un temps assez long il revint à la santé et put reprendre sa clientèle.

Deux ans après, en 1871, il commença à ressentir certaines fatigues dans les jambes ; le soir, en se couchant, il tombait dans son lit comme une masse inerte, ayant peine à se mouvoir ; la nuit, il était réveillé par des régurgitations acides, se terminant souvent par des vomissements, sans douleurs d'estomac; ses forces viriles étaient languissantes. De 1871 à 1877, il était pris, en été, d'une soif excessive, buvant coup sur coup deux bouteilles de bière ou quatre à cinq verres d'eau, avec une telle avidité, qu'un de ses confrères présent ne put s'empêcher de lui faire remarquer qu'il buvait comme un diabétique. Ce mot le frappa. Il fit examiner ses urines qui donnèrent à l'analyse environ 10 grammes de sucre par litre, ce qui revenait environ à 30 grammes par jour. Une nouvelle analyse faite le lendemain ayant été négative, M. R. B... ne pensait plus à son diabète, continuant seulement à boire beaucoup d'eau. Ses forces diminuaient, il se sentait lourd, vite fatigué, en proie à des migraines fréquentes, de violentes névralgies cervicales, des poussées d'eczéma aux jambes et sur la poitrine, constipation, congestions hémorroïdaires très douloureuses. De 1869 à 1879, M. R. B... avait été trois ou quatre fois à Vichy, et après chaque traitement, pendant lequel il n'avait noté aucun incident, il s'était toujours trouvé mieux. Au mois d'août 1879, il est pris tout à coup d'un évanouissement qui dure quelques secondes, l'anéantit et l'oblige à suspendre son occupation actuelle ; dans la même journée il éprouve de vives douleurs dans les genoux et une grande faiblesse dans les jambes, qui le forcent à renoncer à tout travail ; il perd l'appétit, devient lourd, fatigué après le repas, a une propension continuelle à dormir. Il fait faire un nouvel examen de ses urines, qui y décèle la présence de sucre en assez grande quantité. Il maigrissait; s'étant fait peser, il constata une diminution de 16 livres sur son poids ordinaire.

Convaincu, dès ce moment, qu'il était bel et bien diabétique, il partit pour Vichy, dans un état de dépression physique et morale aisé à comprendre. Il commença immédiatement le régime et le traitement : deux verres des Célestins par jour et une douche froide. Au bout de quatre jours de ce traitement, il survint, au milieu de la nuit, un frisson d'une violence extrême, suivi d'une sueur abondante, de diarrhée, en un mot, un violent accès de fièvre. Suspension

du traitement. Nouvel accès de fièvre la nuit suivante, à la même heure; se renouvelant les nuits suivantes. Dans les intervalles des accès, M. R. B... était pris d'une faim dévorante et presque insatiable. Pendant cette période, l'examen des urines ne donna plus de sucre. La fièvre continua malgré des doses élevées de sulfate de quinine et l'usage de douches froides. Rentré à Périgueux après un séjour de deux semaines à Vichy et un traitement interrompu et repris, par conséquent irrégulièrement suivi, la fièvre continuant toujours avec la même exagération d'appétit, malgré des prises réitérées de sulfate de quinine à doses élevées, sans en être incommodé, mais aussi sans en obtenir d'effet, M. le docteur R. B... se mit à l'usage de l'arsenic pendant un mois et demi, sans aucun résultat. Le sucre avait reparu dans les urines et sa quantité s'élevait à des proportions énormes lorsqu'il revenait aux farineux; les émotions en augmentaient sensiblement les proportions.

Pendant tout l'hiver de 1879 à 1880, M. R. B... prit des douches froides et environ 125 à 150 grammes de quinine. En 1880, il contracta la scarlatine, compliquée vers le troisième jour d'une congestion hépatique des plus intenses avec ictère et urines ictériques. La congestion hépatique se dissipa, mais le rhumatisme scarlatineux envahit toutes les articulations. Après un mois et demi la convalescence s'établit, mais la fièvre, les insomnies persistaient toujours. A ce moment, les manifestations diabétiques avaient cessé, et déjà notre confrère commençait à s'en féliciter, bénissant la scarlatine; mais il devait, malheureusement pour lui, donner raison à cette observation de Scudamore que pendant la scarlatine les symptômes diabétiques sont suspendus pour revenir après sa guérison. C'est ce qui eut lieu en effet.

Il partit pour Cauterets où il resta vingt jours et vingt-cinq jours à Saint-Jean-de-Luz sur les bords de la mer. Pendant tout ce temps la fièvre ne le quitta pas; les nuits étaient sans sommeil, les urines étaient redevenues abondantes, le sable avait disparu, la dose du sucre était de 10 grammes par litre.

Vers la fin de septembre 1880, les forces et l'embonpoint étant revenus avec l'appétit, il crut pouvoir reprendre ses occupations; mais à partir de ce moment, un nouveau symptôme vint augmenter ses inquiétudes. La douleur qu'il ressentait en arrière des fausses côtes, à droite, devint permanente, les garde-robes devinrent grises. Comprenant que le foie était en jeu, il se mit au lait (3 et 4 litres par jour), tout en continuant son régime diabétique peu sévère. Avec ce régime il exista toujours du sucre, mais en petite quantité. La dose de l'urée a diminué.

Au mois d'août 1881, nouveau séjour à Cauterets, puis sur les bords de la mer; retour de sables dans les urines, mais en moindre quantité que l'année précédente.

Dans l'hiver de 1882, notre confrère acquiert la conviction qu'il est atteint d'une affection hépatique, et considérant que la goutte et la colique hépatique ne font qu'un, il prit à plusieurs reprises du colchique qui lui procura des garde-robes jaunâtres, des urines foncées et diminuées de quantité, laissant déposer de l'acide urique pur et ne contenant qu'une minime quantité de sucre.

Au mois d'avril 1882, de retour en Périgord après un court séjour à Paris, où lui fut donné le conseil de boire peu de vin, d'éviter les crudités et de manger modérément, il essaya de supprimer complètement le vin, le café, l'eau-de-vie, et de ne manger que des viandes blanches. Le résultat de ce régime fut la disparition du sucre, l'augmentation de la fièvre et des sensations douloureuses de la faim. Il prit alors la résolution de revenir au colchique (4 centigrammes par jour d'extrait de semence de colchique). On était au 1er mai. Le sucre disparut complètement des urines, qui devinrent foncées et rares et déposaient de grandes quantités d'acide urique pur; il survint d'abondantes transpirations; la fièvre prit un accroissement extraordinaire; les nuits se passèrent sans sommeil, les sensations douloureuses de faim s'accrurent; il y eut de véritables crampes, et les garde-robes devinrent moins blanches; amaigrissement.

Malgré cet appareil symptomatique peu encourageant et nonobstant les incitations de sa famille qui l'engageaient à interrompre une médication aussi effrayante dans ses résultats, M. le docteur R. B... persista, décidé à ne s'arrêter que lorsque les garde-robes seraient redevenues naturelles. Chose étrange, avec cette déchéance réelle de l'organisme, jamais il ne s'était senti mieux. A mesure que son sang se débarrassait de ce grand excès d'acide urique, il sentait comme le soulèvement d'un voile épais qui depuis longtemps enveloppait son cerveau; ses fonctions génitales, à peu près endormies, se réveillaient comme d'un long sommeil. Il était alerte, dispos, ne sentant plus la fatigue, quoique transpirant continuellement et ne dormant jamais, ayant un pouls incomptable, maigrissant à vue d'œil, et, malgré cet état général, menant la vie professionnelle la plus active qu'ait jamais menée médecin de ville et de campagne.

Cependant, comprenant qu'il lui était impossible, avec cette transpiration, de continuer ses occupations, vers la fin du mois de mai il partit pour la campagne, où il se livra à un véritable entraînement, faisant, sans fatigue, 20, 25 kilomètres par jour, quoiqu'il mangeât peu, buvant 5 litres de lait par jour. Après un mois et demi de transpiration, de nuits sans sommeil et d'une nourriture des plus légères, il était arrivé à son but, il avait recouvré l'intégrité des fonctions hépatiques, ses selles avaient repris leur coloration normale, les urines, de foncées, étaient devenues claires et abondantes, ne contenant plus un atome de sucre, et il se sentait beaucoup mieux qu'avant cet entraînement, bien qu'il eût maigri de 25 livres. Toutefois il ne pouvait plus faire un pas sans être pris de faiblesse et d'accès de fièvre d'une violence inouïe, revenant le soir à cinq ou six heures et le matin à une heure. La quinine à haute dose, jusqu'à 4 grammes par jour, et 10 grammes d'extrait mou de quinquina, pendant vingt-cinq à trente jours, firent tomber la fièvre et ramenèrent un peu de sommeil. Pour combattre l'extrême faiblesse où il était tombé, il fut obligé de recourir au vin vieux, concurremment avec les viandes, jus et œufs pris en grande quantité. Mais, sous l'influence de cette médication, les urines diminuèrent de nouveau de quantité, devinrent foncées, fortement chargées d'acide urique, et, à partir de ce moment, il entra dans une série de crises sur crises, de sueurs sur sueurs, d'accès fébriles, et les selles se décolorèrent par dégradation successive, comme devant.

Toute médication fut suspendue, et M. R. B... ne s'alimenta plus que de biftecks, de côtelettes, de quelques légumes herbacés, de pain en petite quantité, d'eau et de lait, et, dans l'intervalle des repas, de 150 à 200 grammes de poudre de viande.

Grâce à ce régime le sommeil fut meilleur, les sueurs disparurent à peu près, les garde-robes devinrent normales, les urines restèrent assez abondantes, laissant déposer des

urates et de gros grains d'acide urique, sans trace de sucre. Les accès de fièvre persistaient encore, mais beaucoup moins forts. « Il semble enfin, disait à cette époque notre confrère, que j'assiste aux derniers grondements d'une chaudière en ébullition. »

Ici s'arrête la première phase de la maladie de notre confrère. Nous en ferons connaître les suites dans notre prochaine Revue.

Luxation traumatique du gros orteil.

Il y a deux ans, le 3 août 1882, M. Pluyette, alors interne, maintenant chef de clinique du service de M. le professeur Chapplain à l'Hôtel-Dieu de Marseille, nous communiquait la relation d'un cas de luxation latérale de la phalangine sur la phalange de l'annulaire droit, dont l'intérêt consistait surtout dans la rareté du fait. Aujourd'hui il nous adresse l'histoire d'une luxation traumatique du gros orteil, recueillie également dans le service du même maître, M. Chapplain. Ce n'est pas, cette fois, le même motif de rareté qui nous vaut cette nouvelle communication et qui en constitue l'intérêt principal; mais c'est par le mécanisme de production de cette luxation et par les particularités de sa réduction que ce nouveau fait se recommande particulièrement à l'attention.

Voici d'abord l'histoire de ce blessé. Nous laisserons ensuite la parole à notre confrère pour l'exposé des commentaires et des enseignements qui en ressortent :

Le nommé X..., âgé de soixante-quatre ans, employé aux tramways, était, le 16 juin 1884 au matin, debout sur le marchepied de sa voiture, quand une charrette vint à frôler le tramway : X... se trouvait donc entre les deux véhicules. Pendant qu'il recevait une contusion à la partie supérieure de la jambe, son pied se trouvait pressé d'une part contre le rebord du marchepied et d'autre part contre la roue de la charrette; cette pression se produisant aux deux extrémités, au talon et à la pointe des orteils, le pied tendit à se raccourcir.

Amené immédiatement à la clinique de M. le professeur Chapplain, on constate une plaie contuse au tiers supérieur de la jambe gauche et une déformation du pied. Le gros orteil paraît plus élevé, et, comparé à celui du côté droit, il semble raccourci. La saillie qu'on observe à la face dorsale n'est autre que la base de la première phalange et, en effet, immédiatement en arrière on sent la cupule articulaire; à la face plantaire la tête du premier métatarsien est reconnaissable à l'exploration; les téguments ont gardé leur intégrité; tous les mouvements du gros orteil sont abolis. Le diagnostic ne peut être douteux : c'est une luxation traumatique complète de la première phalange du gros orteil sur le métatarse.

M. le professeur Chapplain tente de suite la réduction par le procédé le plus simple, c'est-à-dire en tirant directement, à l'aide d'un lacs, dans l'axe même du gros orteil, pendant qu'un aide refoule avec les pouces la base de la phalange luxée. Après quelques tentatives infructueuses, on dut songer à un autre procédé. C'est alors que M. Chapplain imagina d'exagérer la luxation par une forte flexion dorsale, de façon à amener la base de la première phalange en avant sur la surface articulaire du métatarsien. Cette manœuvre est facilitée par la traction directe de haut en bas au moyen d'un lacs appliqué directement sur l'extrémité postérieure de la phalange luxée. Presque aussitôt l'on perçoit le craquement caractéristique de la réduction, et un appareil est placé pour immobiliser l'articulation. Le 26 juin le malade sort complètement guéri.

Ce n'est pas ici, comme dans le fait rappelé plus haut, la rareté de la lésion qui en fait l'intérêt, ainsi que nous venons de le dire. En effet, ainsi que le fait justement remarquer notre correspondant M. Pluyette, Malgaigne a rapporté dans son ouvrage (1) sept cas de luxation du gros orteil, de la variété qui nous occupe (en haut et en arrière); Paulet(2) en compte treize, et depuis le nombre s'est accru; mais, ajoute-t-il, il nous a semblé que dans le mécanisme de la luxation et dans le traitement de la réduction, se trouvaient certaines particularités dignes d'être signalées. Ici nous lui laissons pleinement la parole :

« Et tout d'abord, remarquons en passant l'âge du blessé, soixante-quatre ans. C'est surtout avant la trentaine, comme l'ont indiqué et Malgaigne et Follin (3), que se produisent les luxations traumatiques du gros orteil. Hamilton (4), cependant, rapporte un fait de luxation chez un homme de soixante ans, mais celle-ci siégeait sur la première phalange du second orteil, et surtout se compliquait d'une fracture des deux cuisses.

Quant au mécanisme indiqué par les auteurs, on peut le réduire aux trois causes suivantes : 1° le gros orteil est fortement renversé en arrière, comme dans l'action de donner un coup de pied ; 2° le poids du corps porte brusquement sur la face plantaire de l'orteil, comme lorsqu'un cavalier se dresse sur ses étriers ou saute à terre ; 3° une pression violente agissant sur le bord interne du pied abaisse le métatarsien, comme le passage d'une roue de voiture ; ce n'est plus ici la phalange qui est refoulée en haut, c'est le métatarsien qui est déjeté en bas.

Or, dans l'observation que nous publions, il n'y a rien de tel ; le mécanisme est tout différent. Le pied, violemment comprimé dans son diamètre antéro-postérieur, ne pouvait échapper à une fracture ou à une luxation : les os ont résisté, c'est l'articulation métatarso-phalangienne qui a cédé. Pressé entre deux forces contraires, le métatarsien n'a pu conserver ses rapports, et sa tête a glissé sur le cartilage articulaire de la phalange; la disposition en voûte de la région plantaire nous explique pourquoi dans ce glissement la tête du métatarsien s'est portée en bas et non en haut, ce qui n'a du reste jamais été observé. Ce mécanisme n'a point encore été décrit, croyons-nous. Paulet semble pourtant l'avoir entrevu, car il écrit : « On serait tenté de supposer que la pression, qui tend ainsi à raccourcir l'axe du pied, a pour effet de pousser la première phalange d'avant en arrière, et de la faire chevaucher sur le métatarsien; j'ai quelque raison de croire que dans la plupart de ces cas, sinon dans tous, cette preesion agit en déterminant l'extension forcée de l'orteil. »

Quant au mode de réduction, le procédé qui s'impose le premier à l'esprit est celui qu'on a tenté tout d'abord : la traction directe. Michon a réussi par ce moyen; Bernard, et plus récemment John H. Packard (de Philadelphie), lui ont dû chacun un succès, mais leurs malades étaient sous l'influence, l'un du chloroforme, l'autre de l'éther. A côté

(1) Malgaigne, *Traité des fractures et des luxations*, t. II, p. 1088.
(2) *Dictionnaire encyclopédique des sciences méd.*, art. *Orteil*, p. 654.
(3) Follin, *Path. ext.*, t. III, p. 408.
(4) Hamilton, *Traité des fractures et des luxations*, traduit par Poinsot, 1884, 1221.

de ces trois succès, que d'échecs! Ne sait-on pas, en effet, combien sont grandes les difficultés, puisque certains chirurgiens n'ont pas craint de proposer, les uns la section des ligaments, les autres la ténotomie, quelques-uns même la résection de l'os?

Ces difficultés sont d'autant plus grandes, que, triste aveu de nos classiques, les causes en sont encore inconnues. Adaü Lawrie les rattache à la présence des os sésamoïdes, et Paulet, très affirmatif à cet égard, leur attribue l'irréductibilité; Brunache place la difficulté dans une boutonnière formée par le ligament latéral interne en dedans, et le tendon du court fléchisseur en dehors; pour Michel (de Nancy), l'interposition du ligament glénoïdien est le seul obstacle à la non-réduction. Peut-être, à notre avis, ne tient-on pas assez compte des saillies osseuses : le bord postéro-inférieur de la phalange, en venant accrocher le bord supérieur de la poulie métatarsienne, oppose aux tractions directes une résistance invincible, résistance qui, dans le cas actuel, a cédé aussitôt que, par une flexion dorsale exagérée, les deux bords osseux ont été, pour ainsi dire, désengrénés.

D'ailleurs, et quelle que soit l'explication, le procédé auquel M. le professeur Chapplain a eu recours est l'analogue de celui que Roser, Vidal (de Cassis), Hunter, avaient indiqué pour le pouce, et que M. Farabeuf a décrit sous le nom de « traction sur la phalange redressée ».

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe SESSION, 1884).

Congrès de Blois (1).

II

Les sciences médicales se sont, comme l'an dernier, divisées en deux sections : 1° celle des sciences médicales proprement dites; 2° celle d'hygiène et de médecine publique (2). Le bureau de chacune d'elles a été constitué de la manière suivante :

1° SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Président : M. Nicaise (de Paris).
Vice-présidents : MM. Dufay (de Blois), Decès (de Reims), Ollivier (de Paris) et Bouchard (de Paris).
Secrétaires : MM. Meunier (de Blois), Régis (de Bordeaux), L.-H. Petit (de Paris), Piqué (de Paris) et Jouliard (de Paris).

2° SECTION D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE PUBLIQUE

Président : M. Lunier.
Présidents d'honneur : MM. Bouley et Pasteur.
Vice-présidents : MM. Émile Trélat et Yvonneau.
Secrétaires : M. Bouchereau.

COMMUNICATIONS

De la nature épidémique et contagieuse de la pneumonie franche. — La connaissance de la nature de la pneumonie franche intéresse tous les médecins. Pour bien soigner une maladie il importe de connaître son étiologie.

La plupart des médecins admettent encore que la pneumonie est une inflammation du poumon causée par le froid. Mais déjà on se prend à douter de ce vieux dogme. Partout, en Angleterre, en Allemagne, en Amérique, en France même, on s'est demandé pourquoi l'on croyait, et l'on n'a plus cru.

Dès 1860, Parkes se demandait si la pneumonie n'est pas une maladie *totius substantiæ*. Plusieurs auteurs ont discuté cette question. Aujourd'hui il y a deux opinions sur ce sujet. Les uns, avec Parkes, Loomis, etc., prétendent que la maladie est due à plusieurs poisons; les autres, parmi lesquels Flint, de New-York, et Jürgensen, de Tübingen, croient qu'il s'agit d'un poison unique, spécifique (voir les communications de Jürgensen au Congrès de Berlin, nov. 1883, et Encyclopédie de Liemssen).

La marche cyclique de la maladie, sa manière d'être, sa guérison sans médicament ou malgré le médicament, l'impossibilité de la produire par le traumatisme, l'existence dans les poumons des pneumoniques d'un microbe spécifique inoculable, telles sont les principales raisons qui font ranger la pneumonie parmi les maladies infectieuses.

Tous les auteurs disent que la pneumonie est une maladie sporadique, et cependant, si tous les médecins, surtout ceux qui exercent à la campagne, ceux qui exercent seuls sur un certain rayon, voulaient prendre note de tous les cas de pneumonie qu'ils sont appelés à soigner, ils verraient facilement qu'elle est toujours épidémique.

Depuis cinq ans, M. le docteur Edmond Chaumier (du Grand-Pressigny) a donné des soins à cent un pneumoniques; il a toujours vu la maladie se développer par séries, avec un ou plusieurs mois d'intervalle. Il divise ses malades en douze séries. Les deux dernières sont les plus nombreuses et les plus intéressantes. L'une commence à se développer sur des enfants avant de s'étendre aux adultes; sur dix-huit malades il y a moitié d'enfants. La maladie s'étend à deux communes seulement envahies l'une après l'autre. Dans la dernière, sur trente-trois malades, il y a vingt-trois enfants. La maladie s'étend à trois communes.

Le docteur E. Chaumier a rarement vu la contagion directe, il ne cite guère que trois ou quatre faits certains; mais il a vu souvent la maladie se développer dans des maisons où avaient habité des pneumoniques. Il s'agit là probablement de la conservation des germes dans les habitations, comme cela a lieu également pour d'autres maladies, la diphtérie par exemple. Il cite un grand nombre d'auteurs qui ont apporté des preuves de la contagion et de l'épidémicité.

De sa longue communication M. le docteur Edmond Chaumier tire les conclusions suivantes :

1° La pneumonie est une maladie toujours épidémique. La contagion directe est rarement observée.

2° La conservation des germes dans les habitations paraît certaine : ces germes se développent sous l'influence de certaines conditions cosmiques inconnues aujourd'hui.

3° Ce sont les mêmes influences qui font que la pneumonie, en cela semblable aux autres maladies épidémiques, sévit parfois particulièrement sur une certaine catégorie d'individus, parfois les enfants, parfois les adultes.

4° La pneumonie étant épidémique et contagieuse, on devra la traiter comme les autres maladies infectieuses, variole, rougeole, etc.

De l'emploi en chirurgie de l'ongle chirurgical. — M. Motais, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Angers, présente un instrument qu'il désigne sous le nom d'*ongle chirurgical*. L'idée de cet instrument est loin d'être nouvelle. Celui-ci se rapproche même beaucoup de celui d'Amussat; mais il en diffère par une disposition importante. Le bord libre de l'ongle touche la pulpe du doigt, au lieu d'en être éloigné d'un centimètre au moins. Le doigt sent donc très nettement les tissus sur lesquels l'ongle métallique appuie. L'ongle chirurgical a rendu de grands services à l'auteur dans toutes les opérations pratiquées dans des régions qui devenaient inaccessibles à l'œil, soit par leur

---

(1) Voir le numéro du 11 septembre 1884.

(2) Dans notre compte rendu des travaux nous maintiendrons ces deux sections confondues sous un seul et même titre.

profondeur, soit par l'abondance de l'hémorragie : ablation de ganglions axillaires dans le cancer du sein, rugination du périoste, polypes utérins, décollement de tumeurs adhérentes, etc.

Anatomie et physiologie comparées de l'appareil moteur de l'œil. — M. Motais fait une étude approfondie des muscles de l'œil et de la capsule de Ténon chez l'homme et dans la série des vertébrés. Nous nous bornerons ici à faire connaître les points principaux de cet important travail.

Chez les *poissons* (*Téléostéens*) les muscles s'insèrent toujours dans un canal sphénoïdal plus ou moins complet qui prolonge parfois l'orbite (scomber) jusqu'à l'articulation occipito-vertébrale. L'ordre d'insertion des muscles est presque constant et déterminé par l'auteur. Cette disposition remarquable n'est pas spéciale aux poissons. Chez le cheval, un faisceau du muscle choanoïde se prolonge assez loin dans la fente sphénoïdale. L'insertion scléroticale des muscles chez les *Téléostéens* a lieu très près du pôle postérieur du globe pour les muscles droits supérieur, inférieur et antérieur; le muscle droit postérieur seul s'insère sur le bord de la cornée. La raison physiologique de ce mode d'insertion qui n'est défavorable qu'en apparence réside dans la direction de l'axe du globe et des muscles. Les *Plagiostomes* offrent des insertions toutes différentes. Le globe est supporté,— non par un coussinet adipeux ou gélatineux comme chez les autres vertébrés, — mais par une longue tige cartilagienne terminée par une capsule qui reçoit le globe. Cette tige présente d'ailleurs des variétés très importantes. Elle donne insertion aux muscles.

Chez les oiseaux, les muscles sont très courts et très minces. Le peu de mobilité de l'œil qui en résulte est compensé par la mobilité extrême du cou. Le *sulo Bassana* est cependant une exception remarquable à cette règle. Tous les muscles sont bien développés et s'insèrent sur l'hémisphère antérieur du globe.

Chez les reptiles (*boa, crocodile*), les muscles sont peu développés comme le globe lui-même, mais ils se rapprochent, comme insertion et direction, des muscles des mammifères.

Chez les mammifères comme chez les reptiles, on observe un muscle particulier, le muscle choanoïde, qui présente des dispositions intéressantes dans ses insertions orbitaires et scléroticales. Ce muscle disparaît chez les singes élevés. On en retrouve quelques faisceaux chez le cynocéphale.

Le mode d'insertion des muscles obliques mérite d'être signalé chez les différents vertébrés. Chez les mammifères seuls, le muscle oblique supérieur s'insère au fond de l'orbite; dans tous les autres vertébrés, il s'insère, non au rebord orbitaire comme le disent la plupart des auteurs, mais à l'angle des parois interne et inférieure, assez loin du rebord orbitaire. L'insertion bulbaire a lieu de la manière suivante : chez tous les poissons, les deux muscles obliques s'insèrent *en avant* des deux muscles droits correspondants. Chez les oiseaux, le muscle oblique supérieur *en avant*, le muscle oblique inférieur *en arrière*. Chez les mammifères, les deux muscles obliques en arrière des muscles droits. M. Motais a observé chez les mammifères et les poissons des connexions musculaires entre les muscles obliques et les muscles droits, qui ont attiré son attention sur des connexions semblables entre le muscle oblique supérieur et le muscle droit supérieur, et le muscle oblique inférieur et le muscle droit inférieur chez l'homme, qui ne laissent pas que d'être embarrassantes, quant à leur interprétation physiologique.

Les auteurs classiques sont loin d'être d'accord dans la description de la capsule de Ténon. Par ses recherches d'anatomie comparée, M. Motais a été amené à une description différente qui s'applique non seulement à l'homme, mais à tous les vertébrés. Cette description, pour être bien comprise, demanderait à être exposée complètement et suivie sur des figures. Nous dirons seulement que l'auteur divise la capsule de Ténon en deux membranes bien distinctes : la capsule bulbaire et la capsule musculaire. Cette nouvelle manière d'envisager la capsule de Ténon pourra entraîner des applications chirurgicales, notamment dans la strabotomie.

M. Motais présente un grand nombre de pièces préparées, dans toutes les classes de vertébrés, démontrant les détails anatomiques exposés dans sa communication.

Idiotie congénitale. — M. le docteur Doutrebente (de Blois) présente trois crânes ayant appartenu à des sujets idiots et de taille gigantesque.

Le premier est celui d'un garçon de quatorze ans, dont la taille ne mesurait pas moins, à cet âge, de 1m,40 de hauteur et qui, complètement idiot, fut rebelle à toute tentative d'éducation. Il mourut du scorbut. A l'autopsie, on trouva une hydrocéphalie ventriculaire et rachidienne considérable, une dilatation du premier ventricule et de l'aqueduc de Sylvius ; les circonvolutions du cerveau étaient larges, plates, étalées, peu sinueuses. L'encéphale pesait 1,205 grammes, l'hémisphère droit, 525, le gauche, 534, la protubérance, le cervelet et le bulbe, 146 grammes.

Le second crâne est d'une dureté et d'une épaisseur énormes. Il appartenait à une femme idiote, âgée de trente-quatre ans, qui est morte d'un kyste de l'ovaire multiloculaire à sphères concentriques. Ici, l'hémisphère gauche, également prépondérant, pesait 519 grammes, tandis que le droit ne pesait que 505 grammes; le bulbe, la protubérance et le cervelet pesaient 175 grammes. Chez cette femme on a constaté un développement considérable du muscle temporal droit. La taille de cette femme était de 1m,53.

Enfin, le troisième crâne est également celui d'un idiot, fils d'un alcoolique, ayant un frère idiot aussi. La taille de ce troisième sujet mesurait 1m,70 de hauteur. Chez lui, l'encéphale pesait 1,267 gr 50. L'hémisphère droit du cerveau pesait 555 grammes et l'hémisphère gauche, cette fois moins lourd que son congénère, pesait seulement 551 grammes. Cet homme est mort à l'âge de vingt-huit ans, après avoir vécu, pendant de longues années, accroupi sur lui-même, mais sans que ses articulations se soient ankylosées, grâce aux promenades qu'on l'obligeait à faire en s'appuyant sur deux hommes.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXII

Nous parcourûmes les longues galeries voûtées de la *Corderie*, où des ouvriers en très petit nombre étaient occupés à fabriquer des câbles; la *Salle d'armes*, très bien approvisionnée de fusils, de pistolets, de sabres; la salle des *Modèles*, où l'on voit la représentation, sur une petite échelle, des diverses parties du navire et des machines usitées dans la marine; la *Mâterie* et la *Voilerie* dans un édifice non encore terminé. On nous fit descendre dans le *bassin de Grognard*, vaste réservoir qui porte le nom de son inventeur et sert à contenir les navires qu'on veut radouber. A cet effet, le réservoir se remplit d'eau et se vide à volonté; on restaurait un bâtiment génois. Enfin, on nous montra le *bagne*, édifice où sont enfermés les forçats ou criminels condamnés; ceux-ci sont employés aux travaux les plus rudes, enchaînés par couple et menés le bâton à la main; je remarquai que tous ces malheureux, du moins ceux qui travaillent, jouissent de la santé la plus robuste.

17 juin. — A trois heures du matin, nous nous rendons sur le port, et, aussitôt que la cloche a sonné l'ordre d'enlever les chaînes qui barrent l'entrée de la rade, nous montons sur un canot et nous nous faisons conduire prestement au vaisseau l'*Annibal*. L'escadre devait appareiller aujourd'hui pour faire une excursion en pleine mer, et il était convenu avec l'obligeant commandant Duranteau que nous serions de la partie. Déjà toutes les voiles étaient déployées, on n'attendait que le vent et le signal du chef de l'escadre pour lever l'ancre; mais un maudit calme plat persévéra toute la

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 septembre 1884.

matinée. Nous dûmes renoncer à l'espoir de cette expédition; nous déjeunâmes à bord et nous passâmes le reste du jour à promener sur rade et à terre avec le commandant Duranteau et le capitaine Péridier. Nous visitâmes le vaisseau le *Borée*, monté par le commandant de la division Sénesse, puis à la frégate la *Pomone*, dontle commandant, M. Charier, avait été précédemment sous les ordres de Jérôme-Napoléon. Sa cabine est ornée avec luxe, tous les meubles y sont en acajou, l'or et les glaces brillent partout. On nous débarqua au Polygone, où nous assistâmes à l'exercice du boulet et de la bombe; nous visitâmes en détail le fameux fort de Lamalgue appelé, depuis la Révolution, fort Joubert. Ce fort, situé à l'est de Toulon, domine toute la rade et est armé de 400 bouches à feu; le tombeau du général Joubert a été construit dans son enceinte. Nous dînâmes à la table de l'*Annibal* avec tous les officiers; le repas, très confortable, fut assaisonné par une gaieté charmante; on nous engagea à passer la nuit à bord afin de tenter encore une sortie demain, nous nous y décidâmes sans peine; on nous fit coucher dans des hamacs ou petits lits semblables à de longues corbeilles, suspendus par des crochets au plafond de l'entrepont de manière qu'ils suivaient les mouvements du vaisseau : j'y dormis à merveille.

A Porquerolles et à Hyères.

18 juin. — Nous nous levons avec le jour: cela pouvait-il être autrement avec le tapage épouvantable qu'on faisait sur le ciel de nos lits, sur la dunette du vaisseau? Nous apprenons avec peine que le contre-ordre du chef de la division s'oppose à la sortie de l'escadre. Désireux de compenser cette contrariété, nous résolûmes d'aller aux îles d'Hyères voir notre compatriote Lagardère qui en est le gouverneur. Jamais projet ne fut formé plus à propos et plus heureusement exécuté; car, à peine descendus à terre, nous apprîmes que le bateau de service de l'île de Porquerolles était en rade et allait repartir : nous pûmes nous faire conduire immédiatement au bateau et nous faire recommander au patron.

A neuf heures, on lève l'ancre, on part; le ciel était sans nuages, le vent soufflait de l'Est et se trouvait contraire à notre marche. La barque était munie d'une voile latine à l'ombre de laquelle mon ami ne manqua pas d'aller s'étendre pour éviter le soleil; on louvoya péniblement pendant deux heures avant de pouvoir sortir de la rade; le patron nous dit même que nous risquions de passer la nuit à la belle étoile si le vent ne changeait pas de direction. Mon ami, très pessimiste, voyait déjà un naufrage tout formé dans son esprit, ou, au plus favorable, il se voyait voué à être capturé par les Anglais et en route pour Portsmouth. Vers onze heures, nous franchîmes l'entrée de la rade. Cette entrée est resserrée à droite par le cap Sépet, dont la crête offre une vigie au pied de laquelle est placé le tombeau de l'amiral La Touche-Tréville; à gauche par le cap Corquerane qui fait suite à des récifs très escarpés sur lesquels les vagues viennent se briser. A peine eûmes-nous gagné la pleine mer qu'il s'éleva un vent d'Ouest, bon frais, qui s'établit constamment et accéléra singulièrement notre marche. Bientôt le roulis se fit sentir; je n'en fus incommodé que par un léger mal de tête, mais une jeune fille se mit bientôt à plat ventre sur le tillac, en proie aux angoisses du terrible mal de mer; mon ami commença aussi à prendre la même posture, sa tête reposant sur le bord du bateau; la salive inondait sa bouche, sa mine était toute défaite, il faisait la plus triste figure. Je n'étais pas sans quelque crainte sur mon propre compte, mais le patron me raffermit en me disant que, si nous passions le cap d'Escampebare, sans que mon malaise augmentât, je n'avais plus rien à craindre; il était une heure lorsque nous doublâmes ce cap qui termine la presqu'île de Giens, unie au continent par une grande plage sablonneuse.

La prédiction du patron se confirma, la santé revint aux endoloris, mon ami se sentit notablement soulagé; il fut même assez heureux pour ne pas payer son tribut gastrique comme sa voisine, qui fut la plus éprouvée. Un brick génois passa à portée de voix de notre barque, on se souhaita le bonjour de part et d'autre; nous aperçûmes aussi dans le lointain une frégate et beaucoup de bateaux pêcheurs. L'oiseau que les marins appellent *oiseau de tempête* (pétrel, *Procellaria pelagica*) passa au-dessus de nos têtes sans que la mer et l'air en fussent troublés; je vis aussi un *poisson volant* (*Exocetus volitans*) s'élancer du sein des eaux pour retomber après un vol très court.

Vers cinq heures, nous mouillâmes dans la petite baie de Porquerolles; aussitôt que nous fûmes débarqués, nous courûmes embrasser le brave colonel Lagardère qui était occupé à commander l'exercice aux canonniers de la petite garnison. Notre visite, tout à fait imprévue, lui causa la plus agréable surprise; il nous fit l'accueil le plus amical, le plus franc, le plus compatriotique. A la chute du jour, il nous ramena sur le bord de la mer pour nous procurer le plaisir de la pêche; nous arrivâmes fort à propos pour cela : on tirait le filet; il y avait fort peu de chose. J'eus la satisfaction d'examiner de près l'exocet volant, remarquable par les reflets azurés et argentins qui rehaussent la teinte bleu foncé des nageoires. Au souper, je goûtai de cette rareté, malgré ma répugnance pour toute espèce de poisson; je ne le trouvai pas meilleur que les autres. Nous projetons d'aller demain à Hyères pour visiter ses bois d'orangers.

19 juin. — Nous nous embarquons avant le lever du soleil pour descendre sur le continent. La mer était calme, l'air frais et à peine agité, l'horizon superbe; on aborde, à force de rames, près de la *Tour fondue*, espèce de vieux fort situé sur la presqu'île de Giens; à ma grande satisfaction, on met pied à terre et nous marchons jusqu'à la ville, distante de deux bonnes lieues. Je laissai mes compagnons suivre tout simplement le sentier étroit et solitaire qui traverse ce pays aussi habité qu'inhabitable : j'étais trop désireux de faire connaissance avec la nature maritime de ces lieux pour les suivre sur la route vulgaire. Les richesses naturelles que je moissonnai abondamment sur la plage me firent bientôt perdre de vue mes compagnons, et je me serais volontiers oublié dans ce fertile désert si la voix du colonel que j'entendis dans le lointain ne m'eût averti que l'on m'attendait. Je les rejoignis au *Pesquier*, vaste étang salé renommé par la grande quantité de poisson qu'on y pêche. On traversa une plaine moitié cultivée, moitié sauvage, et, vers huit heures, nous arrivâmes à Hyères. Cette petite ville brûlante, misérable et d'une saleté révoltante, est située, comme Toulon, au pied d'une chaîne de montagnes qui la préserve des influences du Nord. Après le déjeuner, le colonel nous conduisit chez M. Filhe, propriétaire de la plus riche plantation d'orangers de tout le pays; nous parcourûmes son immense jardin qui renferme quinze mille pieds d'orangers en pleine terre et qui donne un produit annuel de trente à trente-cinq mille francs. La récolte des oranges était déjà faite, ce qui nous priva de l'admirable coup d'œil que doivent produire ces myriades de pommes d'or; mais les arbres étaient chargés de jeunes fruits, et l'air était embaumé par le parfum suave des fleurs.

Lorsque la floraison est dans toute sa force, on ramasse par jour jusqu'à douze quintaux de fleurs tombées. Ces fleurs passent dans les alambics des confiseurs et des distillateurs, qui en composent ces essences si agréables à tous les nez et à tous les palais. Au-devant de la belle maison de M. Filhe, il y a une jolie terrasse et un parterre charmant. J'y remarquai, entre autres végétaux, un superbe pied d'*hortensia* sur lequel je comptai vingt-cinq bouquets tous fleuris, des *dattiers* chargés de fruits, un grand *bananier*, le *parasol chinois* ou *Sterculia*, bel arbre couvert de fleurs, un *Andrachne* haut de vingt-cinq pieds et dont l'écorce d'un rouge presque carmin est si unie, si lisse que lorsqu'on y promène la main, on croit toucher de l'ivoire; plusieurs plantes exotiques que l'on conserve partout ailleurs dans les serres végètent ici en pleine terre, fleurissent et fructifient à merveille.

Après une heure d'agréable promenade dans ce jardin des Hespérides, mes compagnons jugèrent à propos de retourner à l'auberge pour y faire la sieste; Flore et les insectes me rappelaient à la plage que je n'avais fait que traverser ce matin et où j'avais entrevu de quoi faire une précieuse récolte en histoire naturelle. J'achetai donc une rame de papier gris, et, armé de mon filet, je

pris seul la route de Pesquier, où il était convenu que la barque viendrait nous prendre. J'eus le loisir d'errer pendant trois heures sur ce théâtre varié de la nature; j'enrichis mon herbier et ceux de mes amis d'une foule de plantes rares, et ma boîte fut bientôt garnie d'insectes la plupart nouveaux ; jamais je n'avais fait en aussi peu de temps une récolte aussi abondante et aussi précieuse. Que d'objets n'eus-je pas le regret d'abandonner parce que je ne pouvais me charger de tout mon butin !

Au déclin du jour, on voulut mettre à la voile, mais un vent des plus violents rendit la mer impraticable : on craignit même d'être obligé de passer la nuit au Pesquier ou à Hyères. J'étais déjà tout consolé du contretemps qui m'aurait permis de parcourir encore la plage et d'y faire de nouvelles découvertes. Après le coucher du soleil, la houle se calma un peu et nous nous embarquâmes. Mon ami était à demi mort : chaque fois que la barque se précipitait du sommet des vagues, il poussait les cris les plus lamentables et craignait sérieusement d'être englouti; ni les exhortations de courage que je lui insinuais dans la conque de l'oreille, ni la vue de la sécurité de l'équipage, ni le sang-froid imperturbable d'une femme sexagénaire qui était à son côté, rien ne pouvait le rassurer; à chaque oscillation du bateau, il croyait toucher au moment fatal du voyage sous-marin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Voici les chiffres fournis par la mortalité cholérique en France et à l'étranger depuis notre dernier bulletin :

Toulon. — Du 9 au 10 septembre 1884, 1 seul décès, il a eu lieu dans les hôpitaux. — Le 10 septembre, à l'hôpital Bon-Rencontre, 2 entrées, 0 sortie, 1 décès, 10 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 2 entrées, 1 sortie, 0 décès, 20 malades en traitement. — Du 10 au 11 septembre, 3 décès dont 1 en ville. — Le 11 septembre, à l'hôpital Bon-Rencontre, 1 entrée, 0 sortie, 1 décès, 10 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 0 entrée, 0 sortie, 1 décès, 19 malades en traitement.

Var. — *Aix*, 1 décès à l'Asile des Aliénés. — *La Seyne*, 2 décès. — *Tourves*, 7 décès. — *Brignoles*, 1 décès. — *Solliès-Pont*, 1 décès.

Hérault. — *Montpellier*, 1 décès et 3 cas nouveaux. — *Béziers*, 1 décès. — *Agde*, 1 décès. — *Cette*, 6 décès, dont 2 au lazaret. — *Estréchoux*, 2 décès.

Gard. — *Nîmes*, 3 décès. — *Bességes*, 5 décès. — *Sauve*, 1 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Port-Vendres*, 1 décès. — *Pignan*, 1 décès. — *Perpignan*, 7 décès. — *Prades*, 2 décès. — *Arles-sur-Tech*, 1 décès. — *Vinça*, 1 décès. — *Catlar*, 1 décès. — *Esthoer*, 14 décès et 30 malades en traitement. — *Ille*, 3 décès. — *Baixas*, 1 décès. — *Castelnau*, 3 décès. — *Tresserre*, 1 décès. — *Rodes*, 1 décès.

Aude. — *Carcassonne*, 2 décès. — *Mailhac*, 1 décès.

Charente-Inférieure. — *Royan*, 1 décès.

Italie. — L'épidémie cholérique fait de plus en plus de ravages à Naples, où dans l'espace de quarante-huit heures le nombre des cas nouveaux a dépassé 1700 et celui des décès 800. Voici d'ailleurs les chiffres qui nous sont fournis par le *Bulletin sanitaire officiel*, pour les journées des 9 et 10 septembre, pour les provinces contaminées d'Avellino, Aquila, Bergame, Campo-Basso, Caserte, Crémone, Cuneo, Gênes, Massa, Naples, Novare, Parme, Pérouse, Potenza, Reggio d'Emilia, Salerne, Turin, etc.

Le 9 septembre 1884, 883 cas nouveaux et 450 décès. Dans ces chiffres la ville de *Naples*, à elle seule, est comprise pour 750 cas nouveaux et 358 décès, et la *Spezzia* pour 27 cas nouveaux et 20 décès.

Le 10 septembre, 1,088 cas nouveaux et 550 décès, chiffres dans lesquels la ville de *Naples* est comprise encore pour 966 cas nouveaux et 474 décès, et la *Spezzia* pour 26 cas nouveaux et 17 décès.

Espagne. — Le *Bulletin officiel* signale 45 cas nouveaux et 18 décès pour les deux dernières journées dans les localités d'Alicante, Novelda, Torre de Segro, Balaguer, Elche, le lazaret de Getafe et Monforte. Dans cette dernière ville on compte depuis le commencement du mois de septembre jusqu'à ce jour 48 cas et 28 décès.

— Lundi dernier, M. Rolland, président de l'Académie des sciences, a félicité publiquement l'illustre chimiste M. Chevreul, de son entrée dans sa quatre-vingt-dix-neuvième année et a prononcé à cette occasion, dans ladite séance de l'Académie les paroles suivantes que nous reproduisons textuellement :

« Mes chers confrères, permettez-moi d'interrompre un instant vos travaux pour vous adresser quelques paroles qui recevront certainement votre assentiment unanime.

« Notre illustre confrère M. Chevreul vient d'entrer dans sa quatre-vingt-dix-neuvième année. Je saisis avec empressement cet anniversaire, où une année nouvelle vient de s'ajouter à sa longue et glorieuse vie, pour lui renouveler, au nom de l'Académie et en mon nom personnel, l'expression des sentiments d'affection et de profond respect que nous lui avons dès longtemps voués.

« Nous sommes heureux de constater aujourd'hui la continuation de la brillante santé de notre illustre doyen, dont la puissante organisation physique et intellectuelle semble à l'abri des atteintes du temps.

« Nous pouvons donc avoir la confiance que, pendant de longues années encore, nous aurons le bonheur de voir, chaque lundi, notre vénéré confrère venir, avec l'exactitude dont il a toujours donné l'exemple, prendre dans nos séances la grande et glorieuse place qu'il y occupe depuis plus d'un demi-siècle, aux applaudissements du monde scientifique tout entier. »

— M. le docteur Dorveaux est nommé bibliothécaire de l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Le Mercier, démissionnaire.

— M. le docteur Netter, bibliothécaire de la Faculté de médecine de Nancy, est nommé blibliothécaire de la bibliothèque universitaire de cette ville.

— Un concours s'ouvrira le lundi 10 novembre prochain à l'Hôtel-Dieu de Marseille pour la nomination à une place de médecin-adjoint des hôpitaux de cette ville. Pour être admis à concourir, les candidats doivent avoir deux années de pratique comme docteurs en médecine de l'une des Facultés de France ou avoir été soit interne des hôpitaux de Marseille, soit interne des hôpitaux de l'une des villes possédant une Faculté de médecine.

— L'Association française pour l'avancement des sciences a clos sa treizième session, hier jeudi, 11 septembre 1884.

Dans sa dernière séance, il a été procédé à l'élection du bureau pour le prochain congrès qui se tiendra en 1885 à Grenoble. M. le professeur Verneuil a été nommé président et M. le docteur Napias secrétaire général.

Enfin la ville de Nancy a été désignée comme lieu où devra siéger le congrès de 1886.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du Rhumatisme oculaire et de ses principales manifestations, par le docteur Albert Boquin. In-8° de 96 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1884, A. Maloine.

Étude comparée sur le lait de la femme, de l'ânesse, de la vache et de la chèvre, suivie de tableaux d'analyse, par Henri Fery, chef des travaux chimiques du laboratoire de la clinique des maladies des enfants. In-8° de 44 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, 1884, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16717.

N° 107. — MARDI 16 SEPTEMBRE 1884. 57e ANNÉE. MARDI 16 SEPTEMBRE 1884. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital des Enfants-Malades. De la diphtérie. — Considérations sur l'histoire et la géographie de la fièvre jaune. — Association française pour l'avancement des sciences (xiiie session, 1884). Congrès de Blois. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Rendu

De la diphtérie.

La diphtérie était autrefois rare à Paris. M. Axenfeld me disait un jour que le professeur Grisolle, arrivé à sa quatrième année d'internat des hôpitaux, n'avait pas encore vu un seul cas de croup. Aujourd'hui, au contraire, la maladie est de plus en plus répandue, les cas sont de plus en plus nombreux, en même temps que leur gravité augmente.

Si nous consultons à ce sujet les registres de statistique de l'Assistance publique, nous voyons que, de 1860 à 1880, le nombre des cas de diphtérie ou de croup a quadruplé et s'élève actuellement à 9,000 ou 9,500 cas par an. De même pour la mortalité, qui autrefois était de 50 p. 100 et s'élève aujourd'hui à 70 ou même à 80 p. 100 dans les mauvais mois.

Ce qui est vrai pour Paris l'est également pour le monde entier : ainsi à Berlin, pour une population d'un million d'habitants environ, le chiffre annuel des décès de diphtérie est de 1,100; à Vienne, en Autriche, il est de 650 pour 700,000 habitants; enfin, à Rome, on compte 300 décès pour 300,000 âmes. Ces chiffres nous prouvent encore que la latitude et les climats humides n'ont pas seuls de l'influence sur cette affection et que la distribution géographique de la diphtérie ne nous offre rien de particulier.

C'est ainsi qu'en Espagne, à Séville, à Cadix, à Malaga, elle sévit avec la même violence qu'à Paris ou à Berlin. Dans le Nouveau-Monde, où elle était inconnue il y a cinquante ans à peine, elle est aussi commune qu'ici. Ainsi à New-York, sur un million d'habitants, on compte 1,000 décès diphtéritiques, c'est-à-dire plus même, proportionnellement, qu'à Paris.

En résumé, à l'inverse de certaines affections épidémiques qui s'éteignent d'habitude avec le temps et finissent par disparaître, la diphtérie va croissant de plus en plus sur toute la surface du globe.

Pendant longtemps, cette maladie a été considérée comme une inflammation pure et simple; aujourd'hui, certains médecins la regardent comme une inflammation de nature particulière, et les Allemands la divisent en inflammation croupale ou superficielle et en inflammation diphtéritique ou interstitielle, division mauvaise qui ne donne qu'une fausse idée de cette affection. Ce qui est vrai seulement et ce qui nous est prouvé par la clinique, c'est qu'il s'agit au début d'une inflammation. En effet, elle reconnaît pour cause une impression de froid, elle commence par un frisson, par un mal de gorge avec rougeur tout d'abord, puis exsudat; enfin, elle évolue comme une inflammation. En second lieu, cette exsudation fibrineuse est caractéristique, dans une certaine mesure, de l'inflammation. D'où je conclus que l'on ne saurait éliminer l'hypothèse d'inflammation. Cependant cette conception est fausse, parce qu'en réalité la diphtérie est une affection générale, infectieuse, septique, ainsi que l'ont démontré un grand nombre d'observateurs français. Cette idée s'impose aujourd'hui partout, voire même en Allemagne, et c'est un véritable succès pour la doctrine française.

D'ailleurs, il est facile de comprendre que la diphtérie, maladie infectieuse, se caractérise par un processus inflammatoire, comme la fièvre typhoïde par exemple. En somme, il existe deux éléments, un élément septique et un élément inflammatoire, et aujourd'hui la diphtérie semble devoir rentrer dans la classe des maladies parasitaires non créées par l'organisme, mais que celui-ci subit.

En effet, on voit qu'au début elle a procédé sous la forme de grandes épidémies; il nous suffit, pour en avoir la preuve, de signaler celles qui sévissaient au moyen âge, au xvie siècle, en France, en Hollande, dans le Danemark, en Italie, en Portugal, etc. Aujourd'hui, il est difficile de suivre ces grandes épidémies, d'autant plus que la maladie, grâce aux communications si nombreuses établies entre tous les pays du globe, sévit endémiquement, comme je le disais plus haut, un peu partout. Cependant, dans certaines petites localités éloignées, on observe encore de temps à autre des épidémies dont on peut retrouver l'origine certaine par contagion.

Un autre fait remarquable, c'est de voir que la diphtérie procède comme le choléra : d'abord, tous les cas sont mortels, puis on s'acclimate, les cas deviennent moins graves; enfin, sans que l'on sache pourquoi, la maladie s'éteint. Dans les villes, il est plus difficile de suivre la marche d'une épidémie, si ce n'est dans un rayon très circonscrit, tel qu'une même maison.

En somme, ce qui ressort de tout ceci, c'est que la contagion est la grande cause de la diphtérie; les faits les plus nombreux le prouvent surabondamment, et tous les auteurs l'ont admis. Mais ce qui est moins connu, c'est la façon

dont la contagion se produit. Tous les auteurs, ou à peu près tous, admettent la contagion par contact direct de la fausse membrane et citent la mort si malheureuse de Valleix, recevant une fausse membrane et contractant la maladie. Pour moi, au contraire, c'est là un procédé des plus rares. Ce qui me semble vrai, au contraire, dans la contagion, c'est que celle-ci se produit par la respiration de l'air expiré par les diphtéritiques. On a imaginé aussi le fait d'enfants diphtéritiques qui ont donné, en tétant, la diphtérie à leur nourrice; je ne connais qu'un seul fait vrai, celui qu'a rapporté Bretonneau, et je considère tous les autres comme résultant de la respiration de l'air des diphtéritiques.

En réalité, la grande porte d'entrée de la maladie est le contage par les voies respiratoires. Du reste, ne voyons-nous pas dans les hôpitaux le mal s'étendre de proche en proche d'un lit au lit le plus voisin? Ne voyons-nous pas un enfant placé dans le lit d'un ancien diphtéritique contracter plus facilement la diphtérie, malgré toutes les précautions prises, bien que rideaux et literie aient été changés? Disons encore que chez l'enfant qui respire par le nez, la maladie débute par le pharynx; s'il respire par la bouche, elle débute par la gorge; le larynx est aussi l'un des points où les poussières diphtéritiques respirées se fixent aisément. Tout cela semble bien prouver que la contagion se fait par les voies aériennes De plus, toute solution de continuité, exposée à l'air, est également une porte ouverte à la contagion. En un mot, le contage se fixe partout où il trouve une disposition favorable.

Nous devons encore ajouter que chez les diphtéritiques l'intégrité absolue des voies digestives nous montre que les eaux potables, même contenant des fausses membranes, n'ont aucune influence. Du reste, le tube digestif est toujours indemne chez les sujets atteints de diphtérie.

Autre question : l'inoculation du sang d'un individu atteint du croup peut-il porter la maladie? On a rapporté quelques faits qui tendraient à le prouver, mais leur interprétation me paraît très douteuse. Les expériences que j'ai entreprises à ce sujet sur des lapins, avec M. Labbadie-Lagrave, ne m'ont rien donné de probant, pas plus, du reste, que celles de M. Homolle.

Le contage diphtéritique serait un parasite animé qu'on ne connaît pas encore. Ce que l'on sait, c'est que lorsqu'on examine une fausse membrane, on y trouve des micro-organismes extrêmement nombreux, sans qu'il soit possible encore de dire lequel est capable d'engendrer la diphtérie.

Nous ne pouvons donc nous en tenir encore qu'à ce que nous connaissons, soit, quoi que j'aie dit plus haut au sujet de la distribution géographique de la maladie, aux conditions climatériques. Nous savons que l'hiver, avec ses temps froids et humides, est la saison où le croup est plus commun et plus grave; nous savons aussi que les épidémies locales débutent presque toujours par le froid et l'humidité, tandis que la chaleur leur est contraire. C'est ainsi également que le mal guérit mieux en été qu'en hiver. L'encombrement dans les écoles, dans les crèches, partout enfin, est une mauvaise condition pour échapper au mal. Mais tout cela n'est rien encore comparé aux conditions personnelles des individus exposés au contage. Le mal frappe surtout, comme maladie primitive, les enfants depuis l'âge de deux ou trois ans jusqu'à huit ans. Comme maladie secondaire, on observe surtout la diphtérie dans la rougeole, puis dans la coqueluche, dans la scarlatine, la pneumonie du sommet, en somme dans les cas d'affections catarrhales intéressant les voies aériennes.

Les sujets débilités déjà par des affections constitutionnelles y sont aussi plus prédisposés, en ce sens que déjà ils présentent des excoriations ou des lésions, lesquelles sont un terrain tout préparé pour la germination du contage. De plus encore, le mal se développe plus facilement dans certaines familles que dans d'autres. Il y a donc, en réalité, des conditions particulières de réceptivité.

L'espace de temps exigé pour le développement du contage est difficile à indiquer, et les expériences à ce sujet sont encore bien douteuses. Les uns ont parlé de deux à trois jours, d'autres un peu moins, d'autres un peu plus. M. H. Roger a réuni dix-sept ou dix-huit faits parfaitement observés, desquels il a conclu à une période pouvant osciller entre deux et huit jours, dans les uns le développement ayant été rapide, dans d'autres, s'étant fait lentement.

Je terminerai par l'observation suivante qui m'est personnelle. Je soignai un jour une femme du monde pour une pharyngite qui, pendant une quinzaine de jours, fut assez sérieuse. Elle avait plusieurs enfants. Dès le début de la maladie, ceux-ci quittent Paris pour aller habiter Châlons. Ma malade guérie, la pièce où elle avait été soignée est complètement désinfectée, nettoyée de fond en comble, le papier lui-même est changé, et pendant les cinq semaines qui suivent les fenêtres restent largement ouvertes. Enfin, au bout de six semaines, les enfants rentrent à Paris dans leur famille. Eh bien, huit jours ne s'étaient pas écoulés que l'un de ces pauvres enfants était atteint de diphtérie et succombait!

CONSIDÉRATIONS

SUR L'HISTOIRE ET LA GÉOGRAPHIE DE LA FIÈVRE JAUNE (1)

Par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD,

Directeur du service de santé de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine.

VII

E. *L'île de Cuba et la côte du Mexique sont-elles des foyers générateurs de la fièvre jaune?* — Très généralement ceux qui s'occupent de fièvre jaune penchent pour l'affirmative, et on cite des cas aussi nombreux que parfaitement certains, où, au mois de juin par exemple, on a vu éclater la fièvre jaune dans un de ces pays alors que pas un seul arrivage antérieur suspect ne pouvait être incriminé. Je crois pour ma part qu'en effet, il est arrivé très souvent que, la maladie, faisant défaut depuis le mois de janvier, s'est développée ainsi de toutes pièces sur place. La chose me paraît donc devoir être mise absolument hors de doute.

Mais peut-on en inférer que certainement l'île de Cuba et la côte du Mexique sont des foyers générateurs proprement dits de la maladie? — Je ne puis dire non, car enfin, quand on revient de faits en faits à la genèse d'une épidémie, il faut bien admettre qu'elle est née quelque part et puisque, par des éliminations successives, je suis arrivé à restreindre la zone amarilogène jusqu'à ces seuls points, je ne puis leur contester cette funeste propriété. Mais cependant je ne puis être bien affirmatif, et on va voir que c'est parce que des raisons d'une certaine importance m'y obligent. En effet, le 12 juin 1857, il n'y avait pas un seul cas de fièvre jaune à la Havane lorsque le navire anglais *le Mary* arrive de Saint-Thomas avec quatre hommes malades de typhus amaril et ayant perdu trois individus pendant la traversée; on envoie à bord de ce navire

(1) Fin. — Voir le numéro du 9 septembre 1884.

une partie de l'équipage de l'*Hannibal*, et ce second navire fut contaminé à son tour. Cette intrusion de la maladie par le *Mary* fut l'origine d'une des épidémies les plus meurtrières et les plus longues qu'ait subies la Havane (Belot, Paris, 1865, p. 93).

Ce fait n'est pas isolé, on l'a vu dix, vingt fois se produire à la Havane comme à la Vera-Cruz, de sorte qu'on est obligé d'admettre que si quelquefois la maladie se développe spontanément dans ces pays, quelquefois aussi elle est apportée du dehors.

D'autre part, il n'est pas rare de voir toute une saison chaude, une année tout entière même s'écouler sans qu'on ait signalé un seul cas de fièvre jaune dans une de ces deux localités, et, si la chose est plus rare à mesure que les relations commerciales vont en augmentant, il n'en est pas moins vrai que le fait s'est présenté et assez souvent pour pouvoir être mis hors de doute. Pour le prouver, j'invoque le travail de mon sympathique collègue Bouffier (*Arch. de méd. nav.*, t. III) qui nous montre que la fièvre jaune s'est conduite de la manière suivante à la Vera-Cruz de 1802 à 1865 :

Épidémie, 1802 à 1805...	4 ans.	Épidémie, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830.....	5 ans.
Repos, 1807, 1808, 1809.	3 —	Repos, 1831, 1832......	2 —
Épidémie, 1809, 1810....	2 —	Épidémie, 1833 à 1847..	15 —
Menace, 1811, 1812, 1813.	3 —	Inconnue, 1848 à 1853..	6 —
Repos, 1814, 1815.......	2 —	Épidémie, 1854........	1 —
Épidémie, 1816, 1817....	2 —	Repos, 1855...........	1 —
Menace, 1818...........	1 —	Épidémie, 1856 à 1858..	3 —
Épidémie, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823......	5 —	Repos, 1859, 1860......	2 —
Menace, 1824, 1825......	2 —	Épidémie, 1861 à 1865..	5 —

C'est-à-dire qu'en résumé, sur cinquante-sept années, il faut compter quarante-deux années d'épidémie, neuf années d'absence absolue de la maladie et six années où les atteintes étaient peu nombreuses et à l'état pour ainsi dire de menace épidémique. On a vu à la Vera-Cruz trois années consécutives s'écouler sans qu'il y eût un seul cas de maladie, et cela même quand il y avait dans le pays (1807, 1808) une grande affluence d'étrangers.

Or, rapprochant ces deux termes : A, que parfois on a vu la maladie venir manifestement du dehors; B, que parfois aussi une saison chaude, plusieurs années même se sont écoulées sans qu'elle fût observée, on arrive à se demander si, quand on voit des atteintes qui semblent être nées sur place, on ne se trouve pas en présence non pas de cas spontanés proprement dits, mais de cas où des germes déposés antérieurement et restés plus ou moins longtemps inertes ont tout à coup fait leur évolution morbide. On ajoutera que la Havane et la Vera-Cruz étant des foyers éminemment propices à la maladie, on voit très fréquemment les germes de l'année précédente évoluer soit pendant l'hiver, soit dès que la saison chaude revient, et cela avec une régularité telle qu'on pourrait de prime abord croire que la naissance spontanée est bien manifeste, alors que c'est seulement une preuve que le pays est très favorable à la fécondité et à l'évolution de germes amarils qui y sont apportés du dehors au début.

Quelques auteurs ont voulu préciser d'une manière pour ainsi dire mathématique les points de naissance du typhus amaril. C'est ainsi que Heinemann, par exemple, a cru pouvoir conclure que la fièvre jaune n'est endémique qu'en cinq endroits de la côte du Mexique : A. Vera-Cruz; B. Alvarado; C. Tlalcotalpan; D. Laguna; E. Campeche. Mais les raisons sur lesquelles il se base ne me paraissent pas suffisantes pour entraîner l'opinion, de sorte que je ne fournis son dire que pour mémoire.

Pour ce qui est de l'île de Cuba, nous pourrions aussi incriminer uniquement : A. La Havane; B. San-Iago; C. Manzanilla; mais ce serait, je crois, s'arrêter à des vues exclusives de l'esprit, au lieu de rester dans le champ de la réalité.

Si le lecteur a suivi les raisonnements que j'ai dû faire jusqu'ici pour exposer ce que nous savons sur la question qui nous occupe, il a vu que j'avais bien raison de dire en commençant que *a priori* rien ne semble plus facile de déterminer quelles sont les régions amarilogènes et que cependant, en y regardant de plus près, on finit, en allant d'élimination en élimination, à trouver que rien n'est plus difficile en réalité. On était disposé à considérer tout d'abord un grand nombre de localités comme amarilogènes, et voilà qu'en définitive nous arrivons à mettre en doute la triste prérogative attribuée à la Havane et à la Vera-Cruz. — Le pays générateur de la fièvre jaune serait comme le Protée de la mythologie, il irait se dérobant à mesure qu'on essaie de l'atteindre!

Eh bien, il n'est pas impossible que, pour le saisir, il faille aller plus loin que la Havane et la Vera-Cruz; il faille aller placer son siège dans ces vastes hauts-fonds qui avoisinent le cap Graçias di Dios sur le littoral du Honduras, dans ceux aussi qui bordent la côte nord du Yucatan, du cap Catoche à la Laguna de Terminos, près de la frontière du Mexique. Qui sait si ce ne sont pas seulement ces contrées qui sont réellement amarilogènes dans l'absolue acception du mot? Et qui sait si ce n'est pas de là que les germes partent, — frappant le plus souvent la Havane et la Vera-Cruz parce que ces localités sont dans la voie la plus habituelle du parcours de ces germes pouvant aller atteindre telle île des Petites Antilles, tel point de la côte du Mexique, des États-Unis, du Guatemala et même de la Colombie?

Cette manière de voir n'est qu'une hypothèse, il est vrai, et je sais qu'il y a beaucoup à dire pour et contre elle. Mais aussi on conviendra que cette hypothèse a au moins un côté séduisant : c'est d'expliquer plus d'une chose restée obscure avec les autres. Avec elle, la question de genèse de la maladie se comprend plus facilement qu'avant, et ces grandes questions de savoir si la côte méridionale des États-Unis, si les Petites Antilles sont réellement amarilogènes ou non, se trouvent remarquablement simplifiées.

Aussi aurai-je à la reprendre pour l'étudier plus en détail, si quelque jour je m'occupe à cette place de l'étiologie de la fièvre jaune. Pour le moment, il n'y a pas, il me semble, un grand inconvénient à l'accepter sous bénéfice d'inventaire, et en faisant toutes les réserves qu'on voudra. C'est une pure hypothèse à laquelle il ne faut prêter aucune confiance absolue, j'en conviens, mais c'est au moins une hypothèse commode pour l'étude de la maladie.

A ce titre, je l'adopte pour fixer les idées sur la géographie des points de genèse du typhus amaril.

De ces vastes hauts-fonds précités, considérés comme les foyers générateurs primordiaux, les germes de la fièvre jaune vont au loin; ils arrivent plus nombreux et évoluent plus facilement dans tel ou tel endroit, pouvant, dans ces endroits, être cultivés plus ou moins fructueusement, qu'on me passe le mot, par la présence accidentelle de plus ou moins d'individus dans certaines conditions et y conservant plus ou moins longtemps leur aptitude à la reproduction dans tel ou tel cas qui ont été spécifiés. Puis à mesure qu'on monte dans le nord ou qu'on descend vers le sud, les conditions seraient moins bonnes, et sans que j'entre dans bien des détails, on voit d'un seul coup d'œil tout ce qui touche à la géographie de la maladie.

Mais n'oublions pas qu'en médecine les hypothèses, quelque intéressantes et attrayantes qu'elles soient, ne sont qu'un détail secondaire; la chose principale, capitale, c'est le résultat pratique qui découle des investigations de la science dans cet ordre d'idées, de sorte qu'au point de vue pratique le mieux est de considérer comme contrées amarilogènes celles qui sont situées dans un espace compris entre le Rio-Grande-del-Norte, sur le littoral du Mexique (26e au 27e degré de latitude Nord), et le cap Gracias de Dios, dans le Honduras, aux environs du 15e degré de latitude Nord. Des extrémités de cette ligne tirons-en deux autres qui iraient se rencontrer à l'extrémité la plus orientale de Saint-Domingue et nous avons un grand triangle ayant sept cents lieues de base, c'est-à-dire du Rio-Grande-del-Norte a l'extrémité de Saint-Domingue, et ayant cinq cent vingt-cinq lieues de côté, à savoir : deux cent soixante-quinze du Rio-Grande au cap Gracias et trois cent cinquante lieues du cap Gracias à l'extrémité de Saint-Domingue.

Ce grand triangle peut-être considéré comme la zone réellement

amarilogène dans la pratique, et par conséquent c'est l'espace à surveiller quand on s'occupe d'épidémiologie de la fièvre jaune. Mais, ne nous y trompons pas, c'est là une appréciation tout à fait approximative, et comme, en matière sanitaire, il faut toujours dépasser de beaucoup les évaluations pour être certain de ne pas rester en dessous de ce qu'on vise pour la préservation des populations vis-à-vis d'une maladie endémique, pourquoi n'accepterions-nous pas de la zone amarilogène les contours de toute la mer des Antilles et tout le golfe du Mexique? — En lui donnant ces limites extrêmes, assurément trop vastes, nous sommes assurés de ne laisser en dehors aucun pays capable d'engendrer de toutes pièces la maladie.

4° *Quels sont les pays jusqu'ici indemnes de fièvre jaune qui peuvent être considérés comme exposés à l'avoir dans l'avenir?* — Quand l'esprit s'est lancé dans la voie de la détermination des pays non amarils, éventuellement amarils, fréquemment amarils, amarilogènes, que nous venons de tenter, il suit la pente naturelle et se demande, en se souvenant surtout de ce fait que la fièvre jaune semble avoir une tendance à l'extension, quels sont les pays qui pourront dans l'avenir être exposés à la maladie? — Quoique pareille étude appartienne tout à fait au champ de théorie et, par conséquent, des choses que la médecine doit laisser de côté le plus possible, je ne puis me défendre de m'y arrêter un instant. Je dirai donc que l'analogie porte à penser que la zone de tout le globe où la moyenne de température de la saison chaude est au-dessus de 25° peut être considérée comme exposée à de fréquentes atteintes de la maladie, pour le jour où les communications de pays à pays auront pris une suffisante extension.

En d'autres termes, il est aussi bien possible de voir le typhus amaril sévir dans l'océan Pacifique que dans l'Atlantique, en Asie qu'en Europe, etc., etc. Pour nous, en Europe, ce qu'il nous importe le plus de savoir, c'est que :

1° Du côté du midi, le littoral de la Méditerranée jusqu'à Smyrne et Salonique; tout le littoral de l'Adriatique jusqu'à Venise et Trieste; les rives du Bosphore et celles de la mer Noire peut-être même semblent logiquement être dans des conditions de réceptivité sensiblement analogues à celles de Livourne, Barcelone, Lisbonne, etc., etc., où la maladie a fait de terribles ravages. Et il faut espérer que les éventualités d'apport seront longtemps, sinon toujours, très rares dans ces pays; on serait assurément exposé à de terribles mécomptes si, le cas échéant, on ne prenait pas là de sérieuses précautions contre la possibilité d'un apport de germes morbides dans un moment donné:

2° Du côté du Nord, la côte atlantique de l'Espagne, du Portugal, de la France; les ports de la Manche jusqu'au delà de Calais; ceux de la mer du Nord jusqu'à Dunkerque; les villes maritimes de la Grande-Bretagne jusqu'au-dessus de Londres dans l'Est et de Dublin dans l'Ouest, possèdent à des degrés de plus ou de moins la réceptivité touchant la fièvre jaune, de sorte qu'il est prudent de surveiller perpétuellement les arrivages suspects pour éviter, dans l'avenir, les explosions épidémiques plus ou moins graves qu'on a enregistrées dans le passé.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIII[e] SESSION, 1884).

Congrès de Blois (1).

III

Traitement de la diphtérie par la combustion d'un mélange de goudron de gaz et d'essence de térébenthine. — Le nouveau travail présenté par M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne) vient compléter l'important mémoire qu'il a communiqué déjà à l'Académie de médecine, dans sa séance du 25 mars dernier (1). Il en diffère cependant par l'addition, aux premiers faits qu'il avait précédemment exposés, de vingt-neuf observations nouvelles, suivies de vingt-neuf succès, parmi lesquels il faut compter trois trachéotomies suivies de guérison, et onze autres cas de croup guéris également, quoiqu'ils fussent arrivés à la dernière période de la maladie, et guéris sans qu'il ait été nécessaire de faire l'ouverture de la trachée. Les quinze autres observations se rapportent à des cas d'angine couenneuse graves.

Toutes ces observations sont empreintes d'une grande rigueur scientifique. La plupart, dit l'auteur de la communication, ont eu pour témoins soit des médecins des hôpitaux, soit des professeurs de la Faculté.

Enfin, au point de vue prophylactique, les faits rapportés par M. Delthil sont particutièrements intéressants, en ce sens que, sur 182 assistants il n'a eu qu'un seul cas de contagion et encore ce cas fut-il bénin.

Sur ces vingt-neuf observations, onze appartiennent à des enfants âgés de deux ans et demi à quatre ans; onze, à des enfants de quatre ans et demi à treize ans; sept, à des adultes âgés de trente à soixante-quatre ans. Enfin, six malades ont présenté, comme accidents de la convalescence, une paralysie du voile du palais.

M. Delthil insiste, en terminant, sur les remarquables résultats qu'il a obtenus à l'aide de cette méthode, et tout en faisant loyalement connaître les quelques légers inconvénients auxquels elle peut donner lieu, il en fait ressortir tout l'intérêt et les bénéfices, tant au point de vue local qu'au point de vue de la désinfection générale.

Des manipulations et des mouvements thérapeutiques. — M. Dally expose que, sous le nom de massage, les manipulations thérapeutiques, dont il n'a cessé de s'occuper depuis 1859, ont pris dans les derniers temps, surtout en Autriche et en Angleterre, un développement considérable. Il cite l'exemple d'un certain nombre de praticiens bien connus à l'étranger, et regrette que les médecins français ne se soient pas appropriés personnellement les importantes ressources médicales des manipulations, dont le massage n'est que la forme la plus grossière.

Il indique les nombreuses applications au point de vue de la pathologie, tant interne qu'externe, que présente cette méthode thérapeutique, et insiste sur ce fait que ces pratiques sont éminemment résolutives. Jamais, dit-il, les manipulations ne sont, comme le croient nombre de médecins et de gens du monde, trophiques; elles ne le sont qu'indirectement.

Passant ensuite aux mouvements, à la gymnastique médicale, M. Dally en montre toute l'importance et exprime le vœu qu'un gymnase soit attaché à chaque Faculté de médecine. Ce gymnase, véritable laboratoire de physiologie, dit-il, servirait à l'étude et à la démonstration des principales fonctions : respiration, locomotion, etc., etc.

C'est là seulement que pourront se poursuivre avec fruit des études sérieuses sur la diététique, sur l'entraînement, sur la valeur comparative des diverses formes d'alimentation, etc. Indépendamment des avantages qu'il présenterait pour l'enseignement, ce laboratoire serait d'une grande utilité personnelle aux élèves en médecine. De là partiraient des hommes instruits dans la science cinésique, qui est, en quelque sorte, aujourd'hui encore, le monopole de l'étranger.

Déformations de la colonne vertébrale. — M. Dally, dans une seconde communication, décrit une espèce particulière de déformation de la colonne vertébrale chez les porteurs de palanquins dans les stations thermales. C'est surtout au Mont-Dore que cette déformation est manifeste; elle consiste en une forte dépression des dernières vertèbres cervicales sur laquelle s'applique la bricole. Une saillie considérable se remarque au niveau des premières dorsales. Le cou est oblique en

---

(1) Voir le numéro du 14 septembre 1884.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux* du 27 mars 1884, p. 294.

avant, le dos arrondi, les épaules en porte-manteaux. Le travail des porteurs est de deux à trois mois. Pendant le meilleur mois, il est prodigieux, commençant dès trois ou quatre heures du matin se prolongeant jusqu'à dix heures incessamment et reprenant partiellement de deux à cinq heures. Le salaire, pour la saison, est de 400 à 500 fr. La plupart des porteurs se croient obligés de boire dans la matinée de 4 à 6 litres de vin.

L'alcoolisme et les affections aiguës des voies respiratoires causent de sérieux ravages parmi eux.

M. Dally propose de remplacer le portage par un système de voitures à deux grandes roues sur l'essieu desquelles serait posée une chaise mobile munie de brancards. Le seul travail actif des porteurs consisterait à monter le patient dans sa chambre.

Pathogénie de l'angine herpétique.— M. Ollivier (de Paris) rapporte une importante observation à l'appui de la thèse qu'il a soutenue, en 1871, à la Société de biologie, c'est-à-dire que bon nombre d'angines herpétiques paraissent n'être qu'un zona de la branche moyenne du trijumeau.

Une jeune fille de quatorze ans est amenée au mois de juin de cette année à l'hôpital des Enfants-Malades, se plaignant d'un malaise général, céphalalgie, courbature, difficulté de la déglutition, douleur dans la gorge, vomissements bilieux. L'examen de la malade fait reconnaître de la rougeur et de la tuméfaction des amygdales, ainsi que la présence de petites vésicules blanchâtres sur celles-ci, de la fièvre, etc. Le lendemain et les jours suivants on observe de nouvelles poussées de vésicules, non seulement sur les amygdales, mais encore sur d'autres points, tels que la paroi postérieure du pharynx, le tiers postérieur et la pointe de la langue, surtout à gauche, puis hors de la cavité buccale, c'est-à-dire sur les ailes du nez, au pourtour de l'orifice des narines, sur la conjonctive oculaire du côté droit, près de la caroncule lacrymale, sur les lèvres et notamment au niveau de leurs commissures. Quatre jours plus tard la rougeur des amygdales ainsi que l'éruption vésiculeuse tendent à s'effacer, à se flétrir et se dessécher si bien que, onze jours après son entrée, la jeune malade peut se considérer comme guérie et quitter l'hôpital.

M. Ollivier complète sa communication par deux autres observations d'angine herpétique coïncidant : l'une, avec une arthropathie rhumatismale comme si elle n'était autre qu'une manifestation de cette diathèse ; l'autre, avec un zona développé sur le trajet du nerf sous-occipital, c'est-à-dire d'un autre nerf que le trijumeau.

En résumé, dans les trois cas, l'éruption herpétique s'est déclarée sur des territoires innervés par le trijumeau et le glosso-pharyngien, et a suivi exactement le trajet de ces nerfs ; elle vient donc confirmer l'opinion qui tend à donner à cette angine une origine nerveuse et à la considérer comme un véritable zona.

Quant à la question du dédoublement dudit zona, c'est-à-dire de ses manifestations sur le trajet de deux nerfs différents, M. Ollivier l'expliquerait surtout par l'existence de rameaux anastomotiques entre le trijumeau et le glosso-pharyngien, bien que l'anatomie et la physiologie ne l'aient cependant pas encore démontrée.

De l'assainissement des salles d'hôpital. — Depuis longtemps, dans les constructions neuves, on se préoccupe de placer les salles de malades dans les meilleures conditions hygiéniques.

Dans les vieilles constructions, là où il y a encombrement de malades, où des typhiques, des rubéoliques, des phtisiques se trouvent en contact et vicient l'air de façon à le rendre irrespirable, il y a des moyens spéciaux à employer.

Aussi, dès l'an dernier, M. Henrot (de Reims) a-t-il cherché à mettre ses malades dans les meilleures conditions hygiéniques en essayant de désinfecter l'air; il n'a pas la prétention d'employer des agents capables de détruire d'une façon absolue les différents microbes qui caractérisent chaque maladie contagieuse ; il sait que le bacille de la tuberculose est particulièrement résistant, mais les progrès immenses introduits dans la chirurgie par la méthode de Lister permettent de supposer qu'au point de vue médical, on peut faire beaucoup avec les désinfectants, même quand on ne connaît pas d'une manière absolue la manière d'être de chaque bacille.

Dans la dernière session du Congrès de La Haye, M. Corradi a résumé l'enquête qu'il a faite sur la contagion de la phtisie; tandis que M. le professeur Vallin a développé, avec un grand sens pratique, toutes les mesures préservatrices qu'il y avait lieu de prendre. Dans une salle de vingt lits qui souvent en contient trente et quelquefois quarante, et où il y a eu jusqu'à quatorze tuberculeux et catarrheux, M. Henrot a cherché à purifier l'air et à diminuer les chances de contagion en essayant en même temps d'agir utilement sur les ulcérations de la muqueuse des voies aériennes. Il a essayé successivement les pulvérisations avec des solutions de sulfate de cuivre, d'acide salicylique, de résorcine, de sublimé, d'acide borique.

Le sulfate de cuivre à 10/1000 est irritant, il provoque de la toux et salit l'appareil. La résorcine coûte trop cher. Le sublimé donne dans la bouche un goût amer ; l'acide borique dépose partout une légère couche pulvérulente. M. Henrot préfère la solution suivante : acide phénique, 10 grammes; glycérine, 20 grammes; eau de lavande, de mélisse, de sauge ou de romarin, 10 grammes; eau, 1000 grammes. Si l'air n'est pas absolument désinfecté, il n'impressionne pas l'odorat d'une façon désagréable; ces pulvérisations sont parfaitement supportées par tous les malades, quel que soit le genre de maladie qu'ils aient; de plus, pour tous les phtisiques et les catarrheux, en agissant d'une façon topique sur les lésions des bronches, elles exercent une action thérapeutique incontestée.

Le traitement des maladies pulmonaires par l'action directe des médicaments portés par des pulvérisations ou des inhalations est beaucoup trop négligé.

Dans plusieurs cas, il a pu faire cesser des quintes de toux, excessivement pénibles chez des phtisiques, par des inhalations d'iodoforme.

Le prix de revient par malade et par jour pour la pulvérisation de deux litres est d'environ cinq centimes.

Ce moyen exerce donc à la fois une action désinfectante et thérapeutique, et, point important, il n'occasionne aucune gêne aux malades atteints d'autres maladies.

De l'hémoglobinurie. — Le docteur Henrot rapporte, dans une seconde lecture, deux cas d'hémoglobinurie : le premier a été publié en 1881 ; il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, ayant eu la syphilis, malade depuis dix ans, présentant les accès caractéristiques de la maladie qui nous occupe.

A la fin de 1881, le malade a craché du sang et a eu de l'hématurie; à partir de ce moment, l'albuminurie, autrefois passagère, est devenue définitive ; le malade a succombé après une longue cachexie. Les poumons étaient remplis de cavernes, le foie était volumineux, toute la substance corticale des reins était remplacée par une substance cireuse. On peut donc distinguer chez ce malade trois périodes : une période prodromique sans caractères déterminés, ayant duré huit à neuf ans ; une période d'état ayant duré deux ans, pendant lesquels les accès se produisaient sous l'influence du froid et de l'exercice musculaire ; enfin une période cachectique ou néphrétique qui a duré deux ans.

Le second malade, âgé de trente-cinq ans, n'ayant pas eu la syphilis, a présenté, le 22 janvier 1884, son premier accès, et le 28 février, son quatrième et dernier accès.

Au point de vue étiologique, on ne peut invoquer dans ces deux faits ni la syphilis, ni le paludisme.

Si le froid produit l'accès, il faut aussi signaler l'exercice musculaire qui le produit également. Ces faits sont très rapprochés de ceux que Leube a publiés : d'albuminurie passagère à la suite de marches forcées chez les militaires.

Quant à l'agent qui amène la fonte du globule, c'est bien dans la masse du sang qu'il agit, et non dans la vessie ou les reins.

Les urines du premier malade étaient hémaphéiques, celles du second renfermaient de l'urobiline; si l'on rapproche ces faits de l'hémoglobinurie expérimentale décrite par Lechteim, il est permis de supposer que ce serait sous l'action de ces substances que s'opérerait la dissolution de l'hématie.

Si cette hypothèse était exacte, il y aurait lieu de traiter l'hémoglobinurie par les inhalations d'oxygène, et dans les cas graves, alors qu'il n'y a aucune lésion organique, de transfuser trente ou quarante grammes de sang.

M. Henrot a pu arrêter par ce moyen des suffusions sanguinolentes qui se faisaient par les bronches, le péritoine et les reins.

Si le premier malade n'avait pas été tuberculeux, M. Henrot aurait certainement recouru à ce procédé.

Action de l'ozone dans le traitement du rhumatisme au moyen des bains de vapeur térébenthinés. — M. le docteur Ernest Brémond fils appelle l'attention sur le traitement de certaines affections par les bains de vapeur térébenthinés, traitement dans lequel, dit-il, ce médicament joue un rôle prépondérant.

La térébenthine divisée par la vapeur d'eau au moyen d'un appareil spécial que l'auteur a décrit dans de précédents travaux pénètre à travers la peau comme le mercure employé en pilules ou comme le laudanum versé sur des cataplasmes, ainsi que le démontrent les expériences qui ont été faites avec le même appareil et le bichlorure de mercure dans le service de M. Besnier à l'hôpital Saint-Louis. L'observation a été recueillie par M. le docteur Rendu, à ce moment interne du service.

Ce traitement est d'une grande efficacité dans tous les cas où la térébenthine peut être employée : rhumatismes chroniques, quel que soit le siège de la douleur, maladies par ralentissement de nutrition, maladies de vessie, catarrhe, lithiase urique.

L'agent médicamenteux qui agit, c'est l'ozone. M. Brémond rappelle les expériences de M. le professeur Duclaux constatant la présence de l'ozone dans le sang à l'état normal, et, montrant le globule sanguin qui absorbe l'oxygène, il exalte son action; enfin, parlant de l'hémoglobine qu'il appelle le grenier de l'oxygène et à laquelle il départit la propriété d'exalter les affinités chimiques de façon, dit-il, à lui donner les fonctions de l'ozone.

Or, si tel est l'état physiologique, il est permis de penser, ajoute M. Brémond, que, dans l'état de maladie par ralentissement de nutrition, l'ozone ne parvient pas à se former dans le sang et que la présence de la térébenthine vient suppléer à cette impuissance grâce à la production artificielle de ce gaz dans le sang.

Alors les oxydations rétrocellullaires se rétablissent, la matière protéique s'élimine, non plus sous la forme d'acide urique, mais sous la forme d'urée. L'ozone facilite la combustion respiratoire qui se produit dans l'intimité des tissus. Ce gaz devient un adjuvant lorsqu'il survient une diminution dans cette faculté des échanges qui constitue lafonction fondamentale de l'hématose.

Ces phénomènes ont été mis en lumière à propos du règne végétal, par M. Berthelot qui, dans une communication à l'Académie des sciences, en 1877, démontrait que c'est grâce à l'ozone de l'air que l'azote se fixe sur les plantes. Il expliquait ainsi la fertilité des plateaux de l'Auvergne, où la végétation est puissante sans engrais. Enfin, pour exprimer la puissance oxydante de l'ozone, l'illustre chimiste déclarait que si de faibles tensions électriques déterminaient la formation de quantités considérables d'ozone, toutes les matières organiques, oxydables, répandues à la surface de la terre, seraient détruites.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'épidémie cholérique nous fournit les chiffres suivants depuis notre dernier bulletin :

Toulon. — Du 11 au 12 septembre 1884, 5 décès cholériques. — Du 12 au 13 septembre, 5 décès cholériques également; le 13, il restait 21 malades en traitement dans les hôpitaux Bon-Rencontre et Saint-Mandrier. — Du 13 au 14 septembre, 2 décès.

Marseille. — Du 11 au 12 septembre, 3 décès. — Du 12 au 13 septembre, 4 décès.

Var. — *La Seyne*, 3 décès.

Vaucluse. — *Avignon*, 2 décès. — *Caderousse*, 1 décès.

Drôme. — *Mévouillon*, plusieurs cas et 1 décès.

Hérault. — *Montpellier*, 2 décès. — *Cette*, 1 décès. — *Bouzigues*, 1 décès. — *Estrechoux*, 1 décès. — *Villeyrac*, 1 décès.

Gard. — *Bességes*, 2 décès et 5 cas nouveaux. — *Sauve*, 3 décès. — *Saint-Hippolyte*, 5 décès. — *Durfort*, 1 décès.

Aude. — *Carcassonne*, 1 décès. — *Villedaigne*, 1 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Estoher*, 8 décès et plusieurs nouveaux cas. — *Vinça*, 2 décès.

Paris. — Nous trouvons la note suivante dans le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale*, du 13 septembre 1884 :

« Le service de statistique a reçu avis de deux décès survenus à l'hôpital Bichat et causés par le choléra d'après le diagnostic du médecin traitant. L'un de ces deux malades venait de Perpignan, où, à la suite de libations excessives, il avait contracté la diarrhée. Arrivé à Paris, il a dû entrer à l'hôpital, où il est mort. A l'autopsie, on a trouvé de la psorentérie, mais on n'a pas découvert de bacilles en virgule. L'autre malade, décédé à l'hôpital Bichat, a été également antopsié ; on a trouvé des ulcérations de l'intestin grêle et quelques bacilles. Les plus grandes précautions ont été prises pour isoler ces deux malades. Leur inhumation a été immédiate. Il importe pourtant de dire que la nature de leur maladie n'a pas été rigoureusement déterminée. »

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* nous donne les chiffres suivants, touchant les ravages causés par l'épidémie cholérique, pendant les journées des 11, 12 et 13 septembre 1884, dans les provinces déjà contaminées d'Avellino, Aquila, Bergame, Campo-Basso, Caserte, Cremone, Cuneo, Gênes, Massa, Naples, Novare, Parme, Pérouse, Reggio d'Emilia, Turin, etc. :

Le 11 septembre, 947 cas nouveaux et 491 décès. Dans ces chiffres, la ville de *Naples* compte, à elle seule, 809 cas nouveaux et 430 décès dont 98 se rapportent à des cholériques précédemment atteints. La *Spezzia* compte, de son côté, 31 cas et 13 décès.

Le 12 septembre, 1,053 cas nouveaux et 441 décès cholériques. Dans ces nombres la ville de *Naples* est encore pour 872 cas nouveaux et 395 décès, et la *Spezzia*, pour 33 cas nouveaux et 8 décès.

Le 13 septembre, 771 cas nouveaux et 430 décès cholériques, parmi lesquels *Naples* compte encore pour 642 cas et 348 décès, et la *Spezzia* pour 38 cas et 28 décès.

Espagne. — Les bulletins officiels nous donnent aussi pour les trois mêmes journées, 20 cas nouveaux et 8 décès à *Elche;* 9 cas nouveaux et 4 décès à *Novelda;* 6 cas nouveaux et 6 décès à *Montforte* ; 3 cas nouveaux à *Hondon de las Nieves;* 1 cas nouveau et 2 décès à *Artesa de Segre*.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Gariel, agrégé, est rappelé à l'exercice, du 1er novembre 1884 au 1er novembre 1885.

M. Weiss, ingénieur des Ponts et Chaussées, est nommé préparateur du cours de physique, en remplacement de M. Dubrisay, démissionnaire.

— *Faculté de Montpellier.* — M. le docteur Gerbaud est maintenu, jusqu'au 31 octobre 1885, dans les fonctions de chef de clinique obstétricale.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Baudry, agrégé, est maintenu pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de chargé du cours de pathologie externe.

M. Dubar, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de chargé du cours de médecine opératoire.

— Les membres de l'Association française pour l'avancement des sciences ont élu pour président du Congrès de 1886, à Nancy, M. Friedel, professeur de chimie à la Sorbonne et membre de l'Institut, lequel sera vice-président au Congrès de Grenoble en 1885, et pour secrétaire général, M. Collignon, professeur à l'École des Ponts et Chaussées. M. Galante est nommé trésorier de l'Association.

Ajoutons que l'Association a voté aussi, sur la proposition de M. Alglave, un vœu demandant, au point de vue de l'hygiène et de la salubrité publique, l'interdiction des délais prolongés de transport et de stationnement des wagons chargés des boues et immondices de la ville.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. le docteur Lahens (de Bordeaux).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion, par le docteur F. Brossard, ex-interne des hôpitaux de Lyon. Gr. in-8° de 120 pag. et 24 pl. Paris, 1884. — Librairie J.-B. Baillière et fils. — Prix : 3 francs.

Du cancer précoce de l'estomac, par le docteur Marc Mathieu, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Gr. in-8° de 148 pag. Paris, 1884. — Librairie J.-B. Baillière et fils. — Prix : 3 francs.

Madère étudiée comme station d'hiver et d'été, par le docteur Julius Goldshmidt (de Funchal). Paris, — Delahaye et Lecrosnier. — Prix : 2 francs.

Gare à vos yeux! Sages conseils donnés par un myope à ses confrères, par Francisque Sarcey. In-12 de 96 pages. Paris, 1884. — Paul Ollendorff. — Prix : 2 francs.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16726.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. La maladie de Bright, les albumines de l'urine, traitement de l'albuminurie brightique. — HÔPITAL NECKER. Hernie inguinale et hernie crurale. — Des sections contuses. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Chronique et nouvelles scientifiques. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans un discours magistral, dont, à cause de son étendue, nous ne pouvons reproduire aujourd'hui qu'une partie, M. Jules Guérin a repris l'étude et la discussion de la grande question soulevée par l'épidémie de Toulon et de Marseille, celle de l'identité ou de la non-identité des deux choléras, choléra nostras et choléra asiatique. Au système plus administratif que scientifique de la commission d'enquête, il oppose une doctrine qu'il croit devoir être tout à la fois la réforme de la science et de l'administration sanitaire, doctrine qui implique une étiologie, une pathologie, une thérapeutique et une prophylaxie nouvelles, se résumant dans la recherche des conditions qui peuvent reproduire en Europe les influences pathogéniques de l'Inde et de celles qui président, dans les deux pays, à l'évolution de la constitution préépidémique.

Nous n'étonnerons personne en disant avec quelle force de logique et quelle vigueur d'argumentation M. J. Guérin a soutenu cette thèse. Nos lecteurs en pourront juger eux-mêmes d'ailleurs par l'analyse que nous publions de son discours, et dans laquelle nous nous efforçons de nous tenir le plus près possible de son texte même.

L'Académie a entendu, dans cette séance, un nouveau rapport de M. Leroy de Méricourt sur les nombreux documents communiqués à l'Académie touchant l'épidémie cholérique actuelle, et une communication de M. Hervieux sur les revaccinations.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

La maladie de Bright, les albumines de l'urine, traitement de l'albuminurie brightique.

I

Dans la maladie de Bright, il est certaines particularités inhérentes à l'albuminurie qui méritent d'être signalées, car il n'est plus permis aujourd'hui de se contenter des notions qu'autrefois l'on considérait comme suffisantes; aujourd'hui, et avec juste raison, nous voulons quelque chose de plus complet.

Entrons donc dès maintenant dans quelques détails à ce propos.

L'albumine de l'urine présente souvent une propriété spéciale, particulière, la propriété de rétractilité. Cette propriété consiste en ceci qu'un précipité albumineux de l'urine peut perdre, soit spontanément sous l'influence de la chaleur, soit sous l'action de certains réactifs, son caractère d'opalescence uniforme, homogène, pour prendre le caractère floconneux. C'est dans ces conditions que l'on dit que l'albumine est rétractile.

Dans un certain nombre de cas, toute manipulation spéciale est inutile pour constater la rétractilité de l'albumine, les réactifs ordinaires, c'est-à-dire la chaleur ou l'acide nitrique, suffisent pleinement pour obtenir l'état floconneux. Dans d'autres cas, au contraire, cet état ne se produit pas spontanément, et l'on est obligé d'avoir recours au réactif d'Eisebach. Celui-ci donne lieu, dans le tube qui contient l'urine albumineuse, à la formation d'un nuage assez homogène; on chauffe alors et si l'albumine qu'elle contient est rétractile, on voit bientôt apparaître l'aspect floconneux; si cet état ne se produit pas, c'est que l'albumine n'a pas le caractère de rétractilité. Mais, je le répète, bien souvent le simple emploi de l'acide nitrique ou de la chaleur suffit avec quelques secondes de patience pour obtenir le résultat cherché.

Or voici en quoi il peut être nécessaire de constater cet état particulier de l'albumine. M. le professeur Bouchard a émis cette opinion que lorsque l'albumine était rétractile, on pouvait affirmer, à l'exclusion de tout autre signe, que l'albuminurie se compliquait d'une lésion de l'organe rénal. Cette rétractilité serait donc le caractère différentiel le plus précieux de l'albuminurie par altération du sang, dans laquelle cette rétractilité n'existe pas, de l'albuminurie par lésion rénale où elle existe, au contraire.

Si le fait était exact, il serait en effet des plus précieux; mais, pour moi, la conclusion de M. Bouchard n'est pas acceptable; la rétractilité de l'albumine n'a pas la valeur qu'il a voulu lui donner. Et tout d'abord, la rétractilité albumineuse dépend de la composition du liquide urinaire en éléments minéraux, c'est-à-dire de la présence et de la proportion de ces éléments, ainsi que les expériences de MM. Lépine et Cazeneuve l'ont démontré.

Ainsi, je suppose, vous versez dans l'urine albumineuse une goutte d'acide acétique, vous avez un précipité nuageux uniforme, non rétractile; vous ajoutez ensuite un peu de chlorure de sodium et vous faites chauffer, votre précipité devient bientôt floconneux, rétractile, et cependant

votre urine est la même. Mais, en dehors de l'expérimentation chimique, la clinique nous fournit également des preuves péremptoires, quoique indirectes, du peu de valeur de la rétractilité de l'albumine au point de vue de l'existence ou de la non-existence d'une lésion rénale. Il n'est pas rare, vous le savez, de constater de l'albumine dans l'urine des malades parvenus soit à la seconde période de la fièvre typhoïde, soit à la fin de la pneumonie, et cette albumine est souvent rétractile, de telle sorte que, si nous admettions la théorie émise par M. Bouchard, nous devrions considérer ces malades comme atteints d'une lésion rénale compliquant la maladie primitive. Or il n'en est rien, car, deux ou trois jours après, nous voyons, dans la plupart de ces cas, l'albumine complètement disparaître des urines.

La proposition de M. Bouchard ainsi formulée n'est donc pas exacte; ce qui est vrai seulement, c'est que toutes les fois qu'il existe une lésion rénale, l'albumine des urines est rétractile; ce qui n'est pas acceptable, c'est le : *et vice versa.* C'est ainsi qu'un chimiste étranger des plus compétents a déclaré que les propriétés, les caractères physiques des précipités albumineux étaient les plus mauvais moyens de différencier les qualités de l'albumine. J'ajouterai aussi qu'il est un autre signe dont il faut tenir compte, c'est-à-dire l'influence de la quantité d'albumine contenue dans l'urine. En effet, lorsque cette substance est abondante elle est toujours rétractile.

En résumé donc, les caractères physiques des précipités albumineux, et leur rétractilité en tête, ne sauraient être des caractères distinctifs d'une albuminurie avec ou sans lésion rénale.

Ceci nous amène à vous parler des diverses albumines que l'on peut rencontrer dans l'urine albumineuse. En effet, dans l'urine pathologique, il peut y avoir plusieurs qualités d'albumine, lesquelles constituent trois groupes : 1° la sérine, qui est absolument identique à celle du sérum du sang et qui est l'albumine la plus pathologique de toutes, l'albumine brightique par excellence; 2° le groupe des globulines; 3° les peptones. La présence de la globuline ou des peptones est-elle une rareté? Non, elle est même assez commune. Du reste, si nous consultons le relevé d'un médecin de Berlin, nous voyons que, sur 41 cas d'albuminurie brightique bien et dûment constatés, il a trouvé : la sérine 41 fois, soit dans tous les cas sans exception; la globuline 13 fois, soit environ dans un tiers des cas; enfin, les peptones 28 fois, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas, ou pour mieux dire dans les deux tiers. Vous voyez par ces chiffres que la présence de la peptone ou de la globuline dans l'urine des brightiques est loin d'être un fait exceptionnel, puisqu'on les rencontre dans un ou dans les deux tiers des cas.

Autre question : Y a-t-il quelque rapport entre la nature de la lésion rénale et la complexité des albumines urinaires? Pendant quelque temps on l'a cru. Sénator, d'une part, et Fuhry Sxethlaye ont soutenu que ces rapports existaient et qu'ils étaient d'un très haut intérêt pour le diagnostic, car la globuline se rencontrait dans la dégénérescence amyloïde du rein; cependant, bientôt, d'autres observateurs allemands et anglais sont venus démontrer qu'une pareille relation n'existait pas et que tout ce que l'on pouvait dire comme vrai, c'est que la globuline était seulement un peu plus fréquente et plus abondante dans cette affection. Du reste, de nouvelles recherches sont venues à leur tour porter un nouveau coup à la conclusion de Sénator en montrant que la globuline et les peptones existaient aussi bien dans la néphrite aiguë que dans la néphrite chronique et dans la dégénérescence amyloïde du rein. Enfin, on en est arrivé un beau jour à établir qu'il n'y avait aucun rapport nécessaire entre ces albumines — la globuline et les peptones — et la lésion rénale; que ces albumines pouvaient très bien même se rencontrer en dehors de toute lésion du rein. De nombreux cas, en effet, le prouvent absolument; ainsi dans les formes du typhus, dans le typhus exanthémateux et dans la fièvre typhoïde, dans le cancer de l'estomac, dans l'empoisonnement aigu du phosphore, dans la diphtérie, dans le stade de résolution de la pneumonie franche, les urines albumineuses peuvent contenir ces diverses espèces d'albumine. D'où la conclusion immédiate que ces albumines n'indiquent même pas l'existence d'une lésion rénale.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Hernie inguinale et hernie crurale.

Je voudrais vous parler d'une collection de hernies que nous avons en ce moment dans nos salles et qui sont intéressantes à passer en revue.

I. Le premier cas est celui d'un malade entré à l'hôpital, il y a aujourd'hui huit jours, dans les conditions suivantes :

Depuis plusieurs mois, il souffrait dans l'aine gauche chaque fois qu'il toussait, mais il ne sentait aucune grosseur dans cette région, lorsque, il y a dix jours, le matin en se levant, il éprouva une vive douleur dans l'aine gauche, soit qu'il ait fait ou non quelque effort, et en portant la main au niveau du point douloureux, il constata l'existence d'une certaine tuméfaction. Quelques heures plus tard, il était pris de vomissements. De toute la journée et de toute la nuit il n'eut pas de selles. Douleur, tumeur et vomissements persistant, le lendemain il allait consulter un médecin de son quartier qui essayait, avec succès, de pratiquer le taxis et lui appliquait un bandage destiné à maintenir la réduction.

Cependant la douleur et les vomissements continuant pendant cette même journée et après cette opération, cet homme se décida le lendemain à venir à la consultation. On le fit entrer dans nos salles.

A son arrivée je le trouvai affaissé, dans un état de malaise assez prononcé; il n'avait pas de cyanose, mais il venait encore de vomir et n'avait pas eu de garde-robes depuis plus de quarante-huit heures. Je l'examinai avec soin; je ne trouvai rien dans les bourses ni dans le canal inguinal. Pourtant dans la profondeur de sa paroi, et sur une petite étendue, au niveau de l'orifice péritonéal, on éprouvait la sensation de quelque chose de résistant, de plus ferme que d'habitude. D'où je conclus que la réduction avait été incomplète et qu'il y avait persistance de l'étranglement au niveau de l'anneau péritonéal.

En conséquence, je chloroformai mon malade pour l'opérer; mais à peine était-il anesthésié, qu'un bruit sonore et prolongé se faisait entendre, bruit anal, et, en quelques secondes, l'anneau péritonéal était vide, la tumeur qu'il renfermait avait disparu. L'intestin était rentré dans la cavité abdominale. Quelques instants plus tard, cet homme avait une selle abondante, les phénomènes morbides se dissipaient promptement. Le lendemain l'appétit était revenu, je lui signai un bon pour un bandage, et, deux jours après, il quittait l'hôpital en parfait état de santé.

C'est là un fait assez rare de solution heureuse obtenue par l'anesthésie.

II. Le second fait est celui d'une hernie crurale. Il s'agit d'une infirmière de l'hôpital des Enfants-Malades. Jusqu'au 26 du mois dernier, elle avait toujours été très bien portante, elle n'avait jamais rien eu dans les régions crurales et inguinales droite et gauche, lorsque, dans cette journée, à la suite d'un effort violent, elle s'aperçut de la présence d'une petite tumeur dans l'aine droite. Cependant, n'en souffrant pas, elle n'y prête aucune attention et continue son métier d'infirmière.

Durant trois jours, tout va bien, lorsque tout à coup, le 29, elle éprouve une telle douleur spontanée dans le ventre qu'elle est forcée de s'asseoir et ne peut plus bouger. Bientôt des vomissements surviennent, la douleur persiste et cette femme est obligée de se coucher. Toute la nuit et toute la journée du lendemain, la douleur et les vomissements continuent. Pendant ce temps il n'y a pas de selles. Les phénomènes morbides s'accentuent encore dans la nuit, et, le 31, on nous l'amène dans le service.

Je constate l'existence d'une hernie crurale droite, bien que, au premier abord, on eût pu être tenté, par sa forme, sa hauteur, sa situation apparente, de diagnostiquer une hernie inguinale. Mais un examen attentif m'avait montré : 1° qu'une ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis passait au-dessus de la tumeur herniaire; 2° que, par le toucher et le palper, on sentait que l'orifice inguinal était complètement vide; 3° qu'en déprimant les téguments, — ce qui était facile chez une femme d'un médiocre embonpoint, — en face du canal crural, on sentait le pédicule d'une hernie dans l'anneau crural, descendant de la cavité péritonéale et arrivant jusqu'à la hernie.

En résumé, je constatai chez cette femme une hernie crurale droite, un peu lobée, développée surtout transversalement et datant de cinq jours, fait assez surprenant, avec cette réserve que les accidents d'étranglement n'avaient en réalité commencé que le 29, à six heures du soir.

Que s'était-il donc passé? Le premier jour, une déchirure, une ouverture, dans laquelle avait pénétré de la graisse, peut-être même un peu d'intestin, mais le tout était pour ainsi dire rentré pour sortir de nouveau le jeudi, cette fois s'accompagnant de phénomènes sérieux.

La malade a donc été amenée ici le samedi 31 au matin, dans de bonnes conditions relatives, c'est-à-dire qu'aucune tentative de taxis n'avait encore été pratiquée. Je fais raser, laver antiseptiquement la région, et on l'endort. Une fois anesthésiée, nous pratiquons un taxis consciencieux mais non très prolongé. Au bout de quelques minutes, convaincu de n'avoir rien obtenu, rien senti, je procède à l'opération par une incision verticale sur la tumeur, c'est-à-dire dans le grand axe du canal crural, dissection des tissus, ligature des vaisseaux, et je tombe sur la tumeur dont les premières couches se laissent facilement détacher; je trouve d'abord une sorte de kyste séreux à mailles lâches renfermant un liquide analogue à celui de l'œdème, puis j'arrive sur la cavité herniaire où je trouve une hernie grosse comme une petite cerise, violacée, sans perforation apparente. L'intestin est peu altéré. Je fais une série de petits débridements et je vois la hernie se mobiliser et rentrer tout à coup d'elle-même dans le ventre. La hernie était constituée, non pas par une anse complète de l'intestin, mais par une sorte de pincement latéral. Enfin, je termine l'opération : nettoyage, excision de débris du sac, pansement, tube, suture, collodion et gaze iodoformée.

La malade va bien; elle a eu des selles deux jours plus tard. Hier, cinquième jour, les sutures ont très bien repris, j'ai diminué le calibre et la longueur du tube. En somme, nous avons encore eu là un cas très heureux et simple.

III. Il n'en est malheureusement pas de même de la troisième malade. Celle-ci, âgée de cinquante-cinq ans, est arrivée lundi dernier. Elle avait, sans en souffrir le moins du monde, une hernie depuis un an et ne portait aucun bandage. Tout à coup, il y a cinq jours, elle a été prise d'une violente douleur de ventre s'accompagnant bientôt de vomissements alimentaires. Le lendemain, l'état persiste; le matin de son entrée, les vomissements sont à la fois bilieux, verdâtres et fécaloïdes. Dans l'aine droite, il existe une tumeur du volume d'un petit œuf, dure, ferme, bombée, tendue, très douloureuse. Il s'agit aussi d'une hernie crurale.

A quatre heures du soir, mon chef de clinique, après un taxis très modéré, a procédé à l'opération, avec beaucoup de prudence, par une série de petits débridements; l'intestin est altéré, sa couleur est brune dans son pourtour, tandis que sa convexité, d'un gris noirâtre, marbrée, présente deux petites traces d'inflammation. Il n'y avait pas, en pareille condition, à faire rentrer l'intestin, mais bien à le réséquer partiellement et à créer un anus artificiel avec éperon très peu saillant pour éviter à une entérotomie ultérieure.

Aujourd'hui, la température de l'opérée est bonne, la situation est améliorée; cependant l'existence d'un ictère survenu depuis avant-hier laisse le pronostic encore incertain.

DES SECTIONS CONTUSES (1)

Par M. le docteur Guermonprez (de Lille).

II

On sait quel intérêt il y a pour l'ouvrier à éviter une cicatrice palmaire, qui devient douloureuse dès le moindre effort de travail. C'est là un fait tellement important qu'il n'y a pas lieu d'attendre les régularisations secondaires pour y pourvoir.

C'est pour ce motif que nous réséquons toujours ou désarticulons une petite portion de phalange, lorsque la section contuse suit une direction oblique aux dépens de la face palmaire.

Nous nous abstenons dans le cas contraire, au risque même d'arriver à un moignon conique, parfois disgracieux, mais toujours utilisable dans l'exercice du travail professionnel.

M. le professeur Gaujot (2) considère comme « un fait d'observation, que *les amputations produites accidentellement* par la pression violente des courroies ou des engrenages mécaniques guérissent assez souvent de la manière la plus simple, sans hémorragie, sans complications consécutives et sans le secours d'aucune intervention chirurgicale ».

Une semblable opinion, professée par un des membres les plus justement considérés du service de santé de l'armée, ne

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 septembre 1884.
(2) *Arch. gén. de Méd.*, Paris, 1878, II, p. 132.

saurait être négligée. Elle impose la temporisation d'une manière tellement absolue, que l'amputation primitive se trouve systématiquement exclue pour la section contuse et *a fortiori* pour le broiement.

Nous ne saurions souscrire à une règle aussi absolue pour une question qui divise des chirurgiens également célèbres par des opinions tout à fait opposées (Legouest).

Sans doute, en présence d'une affaire d'appréciation, il convient de faire large part aux tendances, aux habitudes et même quelque peu au tempérament du chirurgien. Plus d'un ancien dit, comme Velpeau, « plus je vieillis et moins j'ampute ». (1848.) Mais s'il en est ainsi pour les cas discutables, il est d'une importance très grande de restreindre le terrain de la controverse par des préceptes applicables au plus grand nombre possible de faits.

Dans ce sens, l'Académie royale de chirurgie a fait un grand pas, en affirmant la légitimité de l'amputation après un traumatisme.

En 1755, elle a rétréci le point litigieux, en formulant sa question : « L'amputation étant absolument nécessaire.... « déterminer les cas où il faut la faire sur-le-champ et ceux « où il convient de la différer, et en donner les raisons. »

Faure, chirurgien-major du régiment Royal-vaisseaux, dont le mémoire seul fut couronné, voulait que l'on temporisât, prétendant que la nature conserve beaucoup de membres que l'art avait jugés devoir être sacrifiés, et que les amputations réussissent mieux lorsque les sujets ont résisté aux premiers accidents, qu'ils sont affaiblis et qu'ils ont été préparés méthodiquement (1).

Boucher, professeur et démonstrateur d'anatomie à Lille, et membre associé de l'Académie royale, ne se range pas au jugement implicitement rendu par l'Académie. Il adresse un mémoire (2), dans la seconde partie duquel il discute « sur les plaies d'armes à feu compliquées surtout de fracas des os ». Il adopte les conclusions opposées à celles de Faure et trouve plus avantageux de faire l'amputation d'abord que de la retarder.

En exposant cette controverse, M. Legouest montre judicieusement combien la dissidence sépare les contradicteurs beaucoup plus en apparence qu'en réalité. L'amputation primitive n'avait pas dans Faure un adversaire systématique, puisqu'on le voyait « amputer à l'instant de la blessure » : 1° lorsqu'un membre est complètement tronqué; 2° quand une grande articulation est fracassée; 3° quand une extrémité est presque détruite par le traumatisme; 4° quand les os se trouvent pour ainsi dire moulus et le reste meurtri; 5° dans les fractures articulaires les plus graves; 6° dans les cas de lésions d'un gros tronc artériel (3).

J. Hunter, adversaire résolu des amputations primitives, accepte cependant deux indications : l'une est la section contuse, l'autre est l'hémorragie incoercible avec menace de mort sans le secours de l'amputation (4).

Larcy, Larrey, Ribes, partageant l'opinion de Boucher (de Lille), firent les amputations primitives et leur exemple fut longtemps suivi.

(1) Legouest, *Dict. encycl. des Sc. médic.*, art. AMPUTATIONS. Paris, 1869, III, 766.

(2) *Mém. de l'Acad. royale de Chirurgie.* Paris, 1769, t. II, pp. 287 et 461.

(3) On peut le remarquer : les indications de l'amputation primitive sont plus étendues par Faure que par nos contemporains.

(4) John Hunter, *Traité des plaies d'armes à feu*, 1794. Il y a évidemment « section contuse » quand le membre a été emporté par un boulet.

Velpeau, Malgaigne et d'autres se firent les défenseurs de la doctrine contraire (1).

Et la question est encore controversée.

M. Legouest, après avoir fait un remarquable exposé de la question, résume les statistiques en disant : « Que les amputations primitives réussissent mieux, les amputations de cuisse exceptées, que les amputations consécutives (2). »

Mais ce mouvement des esprits n'a pas empêché de retourner en arrière et de remettre en question la légitimité de l'amputation après un traumatisme.

L'enseignement de Boucher (de Lille) portait déjà ses fruits, lorsque Bilguer, chirurgien du roi de Prusse (3), fut chercher des arguments dans les résultats désastreux des amputations pratiquées pendant la guerre de Sept ans (1756 à 1763). Il demanda si les amputations ne devaient pas être en quelque sorte abandonnées. Plusieurs de ses partisans allèrent plus loin que Bilguer, comme l'observe Malgaigne : ils n'amputèrent plus du tout.

Plus récemment Decaisne (4), Alquié (5), Seutin et Crocq s'efforcèrent de proscrire les amputations dans le plus grand nombre des cas de lésions traumatiques; mais ils trouvèrent de savants et judicieux adversaires en MM. les professeurs Michaux et Soupart (6).

L'opinion actuelle est bien résumée par M. Legouest : « Les chirurgiens (de nos jours) inclinent avec juste raison vers les *tentatives* de conservation des membres et la chirurgie conservatrice, *toujours soumise* évidemment aux conditions générales et aux éventualités cliniques, s'établira progressivement dans la pratique des hôpitaux comme dans la pratique privée, dans la pratique militaire comme dans la pratique civile (7). »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 septembre 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une note de M. le docteur Pietra Santa qui rappelle, à l'occasion de la communication de M. Dujardin-Beaumetz, les recherches faites en 1872 par M. Giovanni Polli (de Milan) sur les maladies par ferment morbifique et leur traitement par les sulfites alcalins et terreux; — 2° une lettre de M. Diday (de Lyon) accompagnant l'envoi de quatre exemplaires de l'*Instruction médicale sur le choléra*, publiée par la Société de médecine de Lyon; — 3° un pli cacheté déposé par M. Lailler, pharmacien (Accepté); — 4° une lettre de M. le docteur Varrier (de l'Isle-Adam) sur deux cas de guérison de choléra algide par l'absorption d'eau froide; — 5° plusieurs communications relatives au choléra.

COMMUNICATIONS

Revaccinations. — M. HERVIEUX communique les résultats de revaccinations pratiquées à l'Académie de médecine sur les

(1) *Académie de médecine de Paris*, 8 août et 12 sept. 1848.

(2) *Loco citato*, p. 776.

(3) Bilguer, *De membrorum amputatione rarissime administranda et quasi abroganda*, 1761. — *Dissertation sur l'inutilité de l'amputation des membres*, Paris, 1764.

(4) Mémoire sur les moyens thérapeutiques propres à éviter les amputations. *Bull. de l'Acad. royale de Médecine de Belgique.*

(5) *Chirurgie conservatrice et moyens de restreindre l'utilité des amputations.* Montpellier, 1850.

(6) *Bull. de l'Acad. royale de Médecine de Belgique.* Bruxelles, 1860.

(7) *Loco citato*, p. 823.

sapeurs-pompiers pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1883; résultats constatés et recueillis par M. le docteur Burlureau, médecin-major de ce régiment. Il ne s'agit pas de revaccinations faites sur des sujets ayant subi une fois seulement dans le cours de leur existence l'inoculation vaccinale. Il s'agit d'hommes déjà revaccinés une fois, deux fois sans succès, c'est-à-dire étant dans les conditions les moins favorables possibles pour la réussite des revaccinations; et cependant la proportion des revaccinations utiles a dépassé 60 p. 100.

M. Burlureau a divisé ces observations en trois séries:

1re série : 66 revaccinés, 38 succès, 28 insuccès, soit 57,51 p. 100;

2e série: 69 revaccinés, 42 succès, 27 insuccès, soit 60,87 p. 100;

3e série: 75 revaccinés, 49 succès, 26 insuccès, soit 65,33 p. 100.

Moyenne des succès pour les trois séries, 61,43 p. 100.

Ce chiffre de 60 p. 100 serait encore plus élevé, si des 80 insuccès ressortissant à l'ensemble de ces trois séries, on retranche 16 hommes qui avaient eu les uns la petite vérole, ou qui avaient été revaccinés avec succès; la proportion des insuccès descendrait de 38,87 à 30,95.

Il avait été fait sur chaque homme six piqûres, le chiffre moyen des pustules a été de 3. M. Burlureau a remarqué que le nombre des pustules était en rapport direct avec leur développement. Plus les pustules étaient larges et belles, plus elles étaient nombreuses.

Ces excellents résultats n'ont pas été notés seulement sur ces 522 hommes. Pareils succès ont été obtenus par M. Hervieux sur 312 hommes faisant partie de cinq compagnies de sapeurs-pompiers soumises à l'observation d'un autre médecin-major, M. le docteur Baills. La moyenne des succès pour ces cinq compagnies a été de 66,33 p. 100.

M. Hervieux pense que l'excellence de ces résultats doit être rapportée tout à l'honneur du vaccin de l'Académie, vaccin régénéré il y a deux ans par le cowpox spontané, découvert par M. le docteur Landeau dans le village de Laforêt (Gironde). Peut-être aussi l'habitude acquise par le suppléant de M. Blot dans la pratique de l'inoculation vaccinale n'a-t-elle pas été étrangère à l'importance des succès obtenus.

M. ROCHARD demande à M. Hervieux s'il pense qu'il soit nécessaire de renouveler de temps en temps le vaccin. Il a eu lui-même cette pensée, il y a quelques années, alors qu'il se trouvait au milieu de populations où la vaccine était presque inconnue.

M. HERVIEUX n'est pas sans quelque embarras pour répondre catégoriquement à la question de M. Rochard. En présence des résultats si heureux de revaccination dont il vient d'entretenir l'Académie, il a dû se demander quelle en était la cause; il lui a paru qu'à côté de l'habileté de l'opérateur, il y avait probablement lieu de tenir compte aussi du renouvellement du vaccin. Il pense qu'en le reprenant à sa source on a plus de chance d'en obtenir de bons résultats.

M. PERRIN est surpris de la proportion des succès indiqués par M. Hervieux. Cette proportion dépasse de beaucoup celle que l'on obtient généralement dans l'armée. Cette différence ne tiendrait-elle pas à ce qu'on aurait pu confondre avec les éruptions vaccinales types les éruptions diverses, souvent fort différentes de la vaccine, ou ces éruptions mal venues dont a parlé M. Hervieux? A quels caractères doit-on reconnaître la vraie vaccine ? A défaut de ces caractères précis, comment peut-on juger si la vaccination aura été efficace ou non ? Pour nous, dans l'armée, nous aurions considéré comme des insuccès quelques-uns des cas que M. Hervieux a rangés au nombre des succès.

M. HERVIEUX. Les pustules des revaccinations ont rarement les caractères classiques de la pustule vaccinale; elles n'en sont pas moins des signes d'une revaccination efficace. A une époque où je pratiquais la médecine en province, il m'est arrivé plusieurs fois de revacciner avec des pustules mal venues, et d'en obtenir des résultats efficaces.

M. LEGOUEST appuie ce que vient de dire M. Perrin. Dans la pratique de l'armée, nous considérons comme insuccès des revaccinations tous les cas douteux.

M. BLOT est convaincu que les succès dont vient de parler M. Hervieux sont surtout dus à l'habileté de l'opérateur. On accuse souvent le vaccin de l'Académie, il nous est facile de convaincre les confrères qui s'en plaignent du peu fondé de leurs plaintes; il nous suffit pour cela de vacciner en leur présence un enfant avec le même vaccin. Il n'est pas nécessaire, ainsi que l'a dit avec raison M. Hervieux, que la pustule vaccinale soit absolument typique, pour que son efficacité soit assurée. Ayant eu tout récemment à vacciner ses petits enfants, il n'a pas hésité à prendre du vaccin sur un enfant malingre, dont les pustules vaccinales avaient un aspect chétif. Il a obtenu, avec le vaccin de ces pustules mal venues, en apparence, de magnifiques pustules vaccinales.

M. A. GUÉRIN demande à M. Hervieux si, pour apprécier la valeur d'une pustule vaccinale, il ne tient pas compte du temps d'incubation. La durée de l'incubation lui paraît être un caractère de la plus grande importance.

M. HERVIEUX. Chez les revaccinés l'incubation est plus courte que chez les vaccinés; mais sa durée, quoique variable suivant chaque cas, n'en est pas moins bonne à prendre en considération.

RAPPORT

Choléra. — **M. LEROY DE MÉRICOURT** fait, au nom de la Commission des épidémies, un rapport sommaire sur les pièces de la correspondance relatives au choléra. 54 lettres ou brochures ont été adressées, dont 26 pour la France, 16 pour l'Espagne, 8 pour l'Italie, etc.; plusieurs de ces pièces offrent un véritable intérêt.

M. le rapporteur signale particulièrement une note de M. le docteur Duranty (de Marseille) sur les injections intra-veineuses dans le traitement du choléra. M. Duranty a appliqué six fois ce traitement sur des malades très gravement atteints; ces six malades ont succombé. Il importe de renseigner les praticiens sur la valeur de ce traitement qui a reçu l'approbation de plusieurs membres de l'Académie, MM. Vulpian, Dujardin-Beaumetz, Hayem.

M. Duranty s'est servi du transfuseur de M. Dieulafoy. Il a employé la formule de la solution saline proposée par M. Hayem, à la température constante de 40°. La quantité de solution injectée a varié de 140 à 1,200 centimètres cubes; un des malades a supporté cinq injections en trois jours. Les autres sont morts après la première. Malgré ces insuccès, les phénomènes observés permettent d'espérer que l'on pourra tirer un grand avantage de cette médication lorsqu'on aura bien fixé le moment où l'on doit s'en servir.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle qu'il a fait des injections intra-veineuses de solutions salines et qu'il a, par ce moyen, ramené des individus à la vie pour plusieurs jours, mais les solutions salines ont pour inconvénient de détruire les globules. La question revient donc à trouver une solution qui ne les détruise pas.

M. LEROY DE MÉRICOURT ajoute que la destruction des globules n'est pas seule à considérer; qu'il faudrait encore trouver le moyen d'en augmenter le nombre.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. J. GUÉRIN était resté convaincu qu'après la grande épreuve de l'épidémie de Toulon et de Marseille, et surtout après les méprises auxquelles elle a donné lieu de la part des hommes compétents qui avaient reçu la mission d'en reconnaître le caractère, personne n'aurait mis en question l'identité des deux choléras : choléra *nostras* et choléra *asiatique*. C'était, à ses yeux, une sanction acquise.

Cependant M. Brouardel, au cours de son exposé des questions à mettre à l'étude, a maintenu ses précédentes déclarations, et il ainsi prouvé que l'évidence pour certains esprits reste l'obscurité pour certains autres.

Pour rétablir la continuité et l'enchaînement de nos idées, nous sommes obligé de rappeler : 1° que, de l'aveu de la commission d'enquête, il n'est pas impossible de trouver le moindre fait, la

moindre preuve de l'importation du choléra à Toulon; 2° qu'il reste établi, au contraire, que l'épidémie a été précédée d'une constitution cholérique caractérisée par une série de manifestations cholériformes, aboutissant graduellement au choléra confirmé, celui-ci accompagné et suivi d'éléments plus ou moins accentuées de la maladie ; de sorte que les mêmes cas, officiellement déclarés, avaient été précédés d'un certain nombre de cas appartenant à la constitution épidémique.

La conclusion nécessaire de ces deux ordres de faits était donc que le choléra n'avait pas été importé à Toulon ni à Marseille, mais engendré sur place, sans germe indien.

Malgré cette démonstration, les membres de la commission d'enquête continuaient à défendre le système d'importation. Or la conséquence nécessaire de ce système, c'est le maintien de l'origine indienne du choléra et le maintien de la dualité cholérique : choléra *nostras* et choléra *asiatique*.

C'est sur cette persistance que repose tout l'édifice de la prophylaxie actuelle : cordons sanitaires, quarantaines, lazarets, etc.

A ce système plus administratif que scientifique nous opposons, nous, une doctrine qui est destinée à réformer tout à la fois la science et l'administration sanitaire. En effet, cette doctrine implique une étiologie nouvelle, une pathologie nouvelle, une thérapeutique et une prophylaxie nouvelles : c'est-à-dire la recherche des influences qui peuvent reproduire en Europe les influences pathogéniques de l'Inde, et des conditions qui président, dans ces deux pays, à l'évolution de la constitution préépidémique; l'étude de cette constitution, de la succession de ses phases, de ses formes, de ses degrés; enfin la recherche, non plus des différences susceptibles de maintenir l'opposition systématique entre les deux choléras, mais des conditions capables d'en modifier et diversifier les manifestations dans tous les pays où la maladie éclate.

Avant d'arriver à la question de la dualité ou de l'identité de deux choléras, dont il vient de résumer les conséquences, M. J. Guérin s'arrête sur une question de langage et de logique scientifiques, pour dissiper une certaine confusion introduite dans ce débat.

De ce que j'ai établi, dit-il, dès l'origine, qu'il s'agissait de deux doctrines en présence, *importation* et *genèse* sur place, on a feint de croire que tout le débat ne roulait que sur une différence de théorie. Avec cette déclaration, nos contradicteurs se sont crus dispensés d'examiner les faits, s'en tenant aux conclusions proposées. Ils ont affecté d'écarter de l'enquête proposée tous les faits qui pouvaient se rapporter de loin ou de près à ce qu'ils appellent de la *théorie*. Or ils m'obligent, malgré moi, de leur renvoyer cette fin de non-recevoir, dégagée cette fois des obscurités dont ils l'ont enveloppée.

En thèse générale, une théorie est une conclusion, et cette conclusion c'est la résultante des faits invoqués par elle. Il y a donc toujours dans toute théorie vraie ou fausse les faits qui la motivent et la conclusion qu'on en tire; et, on est obligé de le rappeler, la nature de l'une est la conséquence de l'exactitude des autres.

Si nous appliquons ce court rappel des bases immuables de tout raisonnement aux questions qui nous occupent, il nous est facile de faire comprendre que nos contradicteurs, en mettant à l'écart des études proposées la considération de deux théories à examiner, ne s'aperçoivent pas qu'ils ferment les yeux du même coup aux faits nombreux et nouveaux qui s'y rattachent et les motivent.

Aussi, lorsque j'ai opposé à la prétendue importation du choléra à Toulon le fait de la manifestation simultanée du choléra sur des points éloignés des villes de Toulon et de Marseille, j'ai invoqué un fait réel, qui pouvait être examiné en dehors de la théorie; de même, lorsque j'ai affirmé et, je crois, démontré l'existence de la constitution épidémique qui enveloppait Toulon et Marseille avant l'explosion de l'épidémie, j'ai signalé un autre fait qui montrait immédiatement l'étendue d'une influence arbitrairement éliminée par le système d'importation; de même encore, lorsque j'ai affirmé que les cas de choléra allégués par la doctrine de l'importation comme les premiers de l'épidémie sont toujours précédés d'autres cas dus à la constitution épidémique, j'ai énoncé deux ordres de faits dont les uns condamnaient la doctrine des autres. Dans ces divers exemples que je pourrais multiplier, qu'ai-je fait si ce n'est énoncer des faits d'observation susceptibles d'être dégagés de la doctrine dont ils sont la base, et par conséquent appréciables au point de vue de la vérité absolue si ce n'est de la vérité du système ?

Et d'ailleurs que sont les éléments du questionnaire proposé par notre savant collègue M. Marey, si ce n'est un ensemble de faits à constater ou à vérifier, et propres à conduire à une doctrine quelconque, à éclairer l'étiologie du choléra, c'est-à-dire l'aboutissement théorique qu'ils sont destinés à affirmer ou infirmer? Les faits qu'on a écartés du questionnaire comme entachés de doctrinarisme pouvaient donc y être compris au même titre que ceux qu'on y a admis. Et la conclusion ultime que j'en tire, c'est que, — ainsi que la remarque m'en est échappée lors de l'espèce de proscription que M. Brouardel prononçait contre la prise en considération des théories étiologiques du choléra, dans son rapport sur les questions à étudier, — cette exclusion m'a paru trahir la confusion que je viens d'essayer de faire disparaître.

Ces préliminaires posés, M. Jules Guérin examine, à la lumière des faits et des conclusions qu'ils autorisent, la valeur respective des deux doctrines de la *dualité* et de l'*unification* des choléras *nostras* et *asiatique*. (La fin dans le prochain numéro.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les asiles d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, la Ville-Évrard, etc.) s'ouvrira le lundi 10 novembre prochain, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris.

Les candidats sont invités à se faire inscrire du jeudi 9 au jeudi 23 octobre 1884, à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore (bureau du personnel).

— Un concours pour la nomination à sept places vacantes d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Évrard, Vaucluse et le Dépôt des aliénés près la Préfecture de police) s'ouvrira le lundi 1er décembre 1884, à midi précis, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1.

Peuvent concourir tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions et âgés de moins de trente ans révolus le jour de l'ouverture du concours.

Les candidats devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 30 octobre jusqu'au samedi 15 novembre 1884 inclusivement.

— *L'enseignement de la chimie à Genève.* — Il existe à Genève une école dite de chimie destinée spécialement à l'enseignement supérieur. Fondée en 1879, elle a pour but de préparer des élèves à l'examen du baccalauréat ès sciences physiques, grade qui correspond à notre licence ès sciences physiques. Cependant les étudiants en médecine et ceux qui se destinent à la chimie industrielle peuvent fréquenter cette école.

De vastes laboratoires sont installés dans cet établissement, à savoir : un laboratoire de chimie minérale et analytique, y compris une salle de spectroscopie ; un laboratoire de chimie organique, un autre de toxicologie, de chimie pharmaceutique et de microchimie. L'école possède aussi deux grands amphithéâtres destinés aux cours théoriques qui ont lieu dans le même local, Mentionnons encore une salle de photographie avec *une chambre noire* et une salle de lecture qui sont mises à la disposition des élèves.

Tous ces laboratoires sont sous la direction de trois professeurs.

A chacun de ces laboratoires est attaché un assistant ou aide préparateur.

L'enseignement est réparti en deux semestres.

Dans le premier semestre on enseigne la chimie inorganique, la chimie technique, la minéralogie, toxicologie et la chimie pharmaceutique.

Le second semestre est consacré à la chimie organique, à la chimie technique inorganique et la chimie biologique. A chacun de ces cours correspondent des travaux pratiques. Dans le laboratoire de toxicologie, le professeur fait des démonstrations sur des animaux. C'est le même professeur qui dirige les laboratoires de microchimie et de chimie biologique.

La durée de l'enseignement de la chimie est d'une année seulement.

Les exercices pratiques et les cours théoriques sont obligatoires.

Pour être admis à suivre les cours et prendre part aux travaux pratiques, il faut préalablement que l'étudiant certifie avoir suivi une des sections du gymnase de Genève ou qu'il soit bachelier ès lettres, ou qu'il ait subi d'une manière satisfaisante un examen oral sur les différentes branches de la littérature et sur les éléments des sciences physiques et naturelles.

L'enseignement de la chimie n'est pas gratuit. Les rétributions sont même assez élevées. D'après une loi, la demande d'exemption de ces rétributions est toujours acceptée par le département de l'instruction publique, s'il y a lieu.

De nombreux élèves suivent les cours et prennent part aux manipulations. Ainsi, dans le courant de l'année scolaire 1883-1884, le nombre d'étudiants a été de 120 environ.

(*Revue scientifique.*)

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Paléontologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par M. Émile Rivière. — L'ouvrage formera un beau volume in-4° d'environ 250 pages, avec 20 planches en noir ou chromolithographiées, par J. Pilloy, et 80 gravures sur bois, par Cusman, intercalées dans le texte. — Il est publié par livraisons composées chacune de trois feuilles de texte et de deux planches. — Prix de la livraison : 5 francs. — La dixième livraison est sous presse. — Il est tiré 25 exemplaires numérotés sur papier de Hollande, dont le prix est de 8 francs par livraison. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Instruction médicale sur le choléra, par la *Société nationale de médecine de Lyon* au nom d'une commission composée de MM. P. Meynet, Rollet, Chappet, A. Favre, Ollier, Lavirotte, Diday, et de MM. Renault, J. Teissier, Ferrand, rapporteurs. In-8° de 53 pages. Lyon, août 1884. — Association typographique.

Rapport du Bureau d'hygiène de la ville de Reims pour l'année 1883. 1 vol. de 120 pages avec 9 planches lithographiées et 10 figures dans le texte, par le docteur Langlet, directeur du Bureau d'hygiène. — Mouvement de la population. — Analyse des causes de décès. — Recherche de tous les éléments qui peuvent influencer l'hygiène publique. — Consommation d'eau, alimentation publique, etc. — Prix : 3 francs ; *franco poste*, 3 fr. 50. — Reims, 1884, Matot-Braine.

Le Choléra, par Paul Bert (de l'Institut). In-12 de 71 pages. Paris, 1884. — Paul Ollendorff. — Prix : 2 francs.

De la dilatation de l'estomac et de son traitement par le lavage stomacal et les alcalins, par le docteur Souligoux. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Delahaye et Lecrosnier.

La cure thermale à Bourbonne-les-Bains, par le docteur Bougard. In-8°. — Prix : 1 franc. — Delahaye et Lecrosnier.

Traitement des maladies de la peau (dartres, scrofulides, syphilides, calvitie) et de l'engorgement de l'utérus par la méthode locale expulsive du docteur Félix Rochard. Deuxième édition. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Berthier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16784.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Histoire d'un diabétique rapportée par lui-même. — De la pleurotomie antiseptique dans la pleurésie purulente. — Académie de médecine. — Association française pour l'avancement des sciences (XIIIe session, 1884). — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Histoire d'un diabétique rapportée par lui-même (1).

On a vu, dans la précédente Revue, ce qu'avait été la première phase de la maladie de notre confrère M. le docteur R. B... Au point où nous en sommes resté de son histoire, on était au mois de janvier 1883. Notre confrère n'avait plus que de légères transpirations, le matin après ses repas; il avait même engraissé, il pouvait sortir, faire d'assez longues promenades et reprendre son service d'hôpital. Mais la guérison était encore bien éloignée; ses urines abondantes se troublaient par le refroidissement et laissaient déposer de l'acide urique et des urates, aussitôt qu'il interrompait la quinine et le quinquina. Ses nuits, quoique moins agitées, étaient traversées par de longues heures d'insomnies et il était toujours tourmenté par le besoin incessant de manger. Plus il mangeait, plus il avait envie et besoin de manger. Le lait, même pris en certaine quantité, ramenait une crise aiguë, c'est-à-dire le besoin de manger, des urates et de l'acide urique en plus grande abondance dans ses urines. Ce n'était point une fausse tentation de faim qu'il éprouvait, mais bien un réel besoin, une impérieuse nécessité de réparer les pertes qu'il faisait en acide urique. Mais plus il mangeait des viandes noires, plus il fabriquait de l'acide urique. Avec la quinine il parvenait encore, comme il l'avait fait précédemment avec l'alcool, le café, le vin, à suspendre cette élimination, mais sans avantage réel, l'accumulation se faisant dans le foie. Il fallait donc arriver à faire moins d'acide urique.

Après de nombreux tâtonnements, passant successivement en revue toutes les substances nutritives, alternant la suralimentation avec l'alimentation mixte et avec la nourriture la plus élémentaire, M. R. B... s'est arrêté au régime suivant qu'il a eu la constance de suivre pendant près de six mois. Ce régime se composait de bouillons de poulet et de veau, de viandes blanches grillées ou rôties, d'œufs, d'épinards, de chicorée, de cardons, de laitues, de quelques gaufres, de croûte de pain et d'eau. Chaque repas était précédé de l'administration de 25 centigrammes de bromhydrate de quinine. Grâce à cette alimentation l'appétit était devenu normal et régulier, le sommeil bon, les urines peu abondantes ne déposaient plus d'acide urique et il n'était plus tourmenté dans l'intervalle des repas par ce besoin de manger si pénible et si fatiguant qu'il éprouvait auparavant.

Si, à ce moment, malgré son état de maigreur excessive, sa pâleur cadavérique, notre confrère se considérait à certains moments comme guéri, ayant pu reprendre son service d'hôpital, faire d'assez longues courses et suffire aux nécessités de sa clientèle, il sentait au fond que cette guérison n'était que relative, car lorsqu'il essayait, aussi peu que ce fût, d'enfreindre son régime, il était pris aussitôt d'une faiblesse excessive et du besoin de manger après chaque repas; les urines redevenaient très abondantes, déposant de gros grains d'acide urique. Il fallait sortir de cette situation; mais avant d'entreprendre un nouveau traitement, il voulut se rendre compte et savoir pourquoi les fruits, les légumes, les sucreries et les farineux étaient nuisibles aux glycosuriques.

Ayant passé successivement en revue, dans ses essais, un grand nombre de fruits et de légumes, il est arrivé à constater que, parmi les fruits rouges, les fraises et les groseilles produisaient le plus d'acide urique et que, parmi les poires, pommes, prunes, raisins, la pomme occupait le premier rang. Parmi les légumes, aucun n'égalait en richesse urique le choux; venait ensuite l'asperge, le céleri, le haricot vert, etc., etc.

Quoique fatigué par ces expériences, il s'engagea plus avant encore dans cette voie d'observations et se confirma de plus en plus dans la conviction déjà acquise que, parmi tous les aliments passés en revue, il n'y avait que les viandes blanches, la chicorée, les épinards, les œufs, les cardons, etc., qui, avec le secours de 25 centigrammes de bromhydrate de quinine, le laissaient tranquille dans l'intervalle des repas, ne provoquant pas la faim et l'apparition de l'acide urique dans les urines.

Après l'épreuve des aliments solides vint celle des liquides. Il essaya l'eau-de-vie et constata que non seulement elle ne produisait pas d'acide urique et ne provoquait point la sensation de la faim, mais qu'elle remplaçait à merveille la quinine, qu'elle constituait un aliment d'épargne. Le café et le vin avaient le désavantage de produire de l'acide urique.

Notre confrère comprit alors la grande erreur thérapeutique qu'il avait commise au mois de mai 1882 en prenant le colchique. A cette époque, en effet, grâce à une alimentation exagérée, il allait triompher, — il le croyait du moins,

(1) Suite. Voir la Revue clinique de samedi dernier 13 septembre.

— avec un engorgement du foie à l'état aigu provoqué en 1879 par les eaux de Vichy; mais, entraîné par une fausse analogie, l'action bienfaisante du colchique dans les crises aiguës de goutte articulaire, il s'était, avec cette substance, replongé dans un état aigu bien plus grave que celui provoqué par les sels de Vichy. Il comprit qu'il fallait faire de l'acide urique, c'est-à-dire du sang, retenir cet acide dans l'organisme au moyen de l'eau-de-vie, du vin et du café, utiliser les viandes noires, le lait, les œufs, et, une fois le sang reconstitué, l'équilibre organique rétabli, ce qui s'annoncerait par la cessation de la fièvre et la présence du sucre dans les urines, revenir aux viandes blanches, aux légumes herbacés et ne prendre que peu de vin et d'eau-de-vie et pas de café. On vient de voir quel a été le résultat de cette manœuvre alimentaire.

En résumé, au prix de longues souffrances que nous n'avons fait que résumer et d'essais multiples et variés de médications et de régime auxquels il s'est soumis, notre confrère M. le docteur R. B.., est arrivé à acquérir cette conviction que la glycosurie est un des symptômes de la congestion active et chronique du foie d'origine arthritique. Il pense que, comme la goutte, elle doit être traitée par les viandes blanches, les œufs, les poissons blancs, la chicorée, les épinards, cardons, laitues, et la privation absolue de fruits, de sucreries, de farineux, de vin, de café et d'alcool. La dernière conclusion, enfin, est un hommage enthousiaste rendu à la doctrine de l'arthritisme.

Cette curieuse auto-observation pourrait donner lieu peut-être encore à bien d'autres commentaires, qui nous feraient dépasser outre mesure les limites d'une simple Revue. Plusieurs publications récentes sur le même sujet nous donneront probablement, d'ailleurs, l'occasion d'y revenir.

De la pleurotomie antiseptique dans la pleurésie purulente.

Il y a, dans l'histoire de l'empyème, deux périodes auxquelles correspondent deux classes de procédés employés pour l'évacuation du pus et la guérison de la pleurésie purulente. Dans la première période, le but principal qu'on se proposait était de prévenir la pénétration de l'air dans la cavité pleurale, d'où les divers procédés dérivant tous plus ou moins directement de la méthode sous-cutanée et que nous n'avons pas à rappeler dans ce moment-ci.

Dans la seconde période, qui ne date que d'hier, ce n'est plus l'air par lui-même et son action physico-mécanique que l'on redoute et dont il s'agit d'empêcher la pénétration à tout prix; ce que l'on redoute, ce sont les germes qu'il renferme et auxquels il sert de véhicule, c'est la nocuité de ces germes qu'il s'agit de prévenir. D'un autre côté, avec les procédés de ponction aspiratrice, les lavages de la cavité pleurale et l'extraction de fausses membranes si nécessaires pour obtenir une curation complète étaient presque toujours difficiles et insuffisants. En vue de cette dernière indication, la pleurotomie large d'emblée et pratiquée le plus tôt possible, c'est-à-dire aussitôt que le diagnostic de pleurésie purulente a pu être fait avec certitude, tend aujourd'hui à prévaloir et a donné déjà quelques remarquables succès. Mais ces succès sont au prix d'une condition essentielle, c'est que l'air qu'il faudra nécessairement laisser entrer dans la poitrine largement ouverte, n'y pénètre qu'absolument privé de germes, rendu complètement aseptique et partant inoffensif. C'est par une application rigoureuse et continue de la méthode antiseptique, non seulement pendant ou immédiatement après l'opération, mais à tous les pansements jusqu'à la guérison définitive, que ces résultats heureux ont été obtenus.

L'une des premières applications, si ce n'est la première application de cette méthode antiseptique rigoureuse, dont les principaux détails, sinon le principe même, paraissent dus à l'initiative de Wagner, qui ait été faite en France, est celle que M. Debove a communiquée à la Société médicale des hôpitaux, en juillet 1883. Plusieurs autres applications ont été faites depuis. Et c'est en réunissant quelques-uns de ces faits que M. le docteur Aimé Guinard, ancien interne des hôpitaux, dans le travail que nous avons sous les yeux, intitulé : *Du meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente,* a pu formuler les indications de cette nouvelle méthode et en décrire avec les détails les plus précis les procédés d'emploi. Nous empruntons à cet intéressant travail la description et l'exemple qui suivent.

Voici, d'après M. Guinard, quelles sont les diverses phases de ce qu'il appelle le meilleur mode de traitement de la pleurésie purulente :

Dès que la présence du pus dans la cavité pleurale est reconnue, il faut se préparer à pratiquer la pleurotomie.

Une fois l'opération décidée, il faut raser avec soin le creux de l'aisselle et laver avec une brosse et du savon toute la région depuis l'aisselle jusqu'au bas du tronc. Puis, après avoir épongé avec de l'eau phéniquée le champ opératoire, après avoir désinfecté scrupuleusement tous les instruments, faire une large incision au niveau du bord supérieur de la sixième côte. Une fois la cavité pleurale ouverte, y faire passer un courant de liquide désinfectant (acide borique, eau salée, eau bouillie pure, etc.), jusqu'à ce qu'il ressorte absolument limpide. Alors introduire l'index par la plaie, chercher à se rendre compte de l'état de la plèvre, et injecter, suivant les cas, un liquide modificateur plus ou moins actif (solution de sublimé au millième, ou solution de chlorure de zinc à 3, 4, 5 et même 8 p. 100). Cela fait, on choisit un gros drain long de 5 centimètres environ et on le fixe au ras de la plaie à l'aide d'un fil, traversant la peau du voisinage. On recouvre enfin le tout du pansement.

Pour les principales particularités du pansement, M. Guinard insiste surtout sur ce qu'il faut, avant de placer les huit feuilles de gaze et le mackintosh, d'après la méthode classique du Lister, garnir l'extrémité des drains avec de la gaze roulée en forme d'anneau et recouvrir toute la plaie avec beaucoup de gaze chiffonnée. Lorsque le mackintosh est bien fixé par-dessus cette masse avec des bandes de gaze, depuis l'aisselle jusqu'au bas du tronc, on recouvre le tout avec de larges plaques de ouate salicylée qu'on applique hermétiquement tout autour du thorax avec de la gutta-percha laminée, qui a le très grand avantage de se mouler très exactement sur les parties et donne une occlusion parfaite.

Les pansements ultérieurs doivent être renouvelés le moins souvent possible. Cependant le premier doit être enlevé au bout de vingt-quatre heures, dans tous les cas, même s'il était intact. On retire le drain pour le laver soigneusement, puis le pansement est remis comme la veille. Quarante-huit heures après, on s'assurera encore que le drain n'est pas bouché et fonctionne régulièrement. Les pansements suivants pourront rester en place huit ou dix jours, à moins toutefois qu'ils ne soient traversés par les liquides.

Si, vers le huitième ou le dixième jour, le drain donnait issue à une sécrétion purulente plus ou moins fétide, on serait autorisé à faire de nouveaux lavages, mais dans ce cas-là seulement.

Enfin, le calibre et la longueur du drain devront être diminués peu à peu; et on l'enlèvera complètement lorsque le pansement sera à peine souillé au niveau de la plaie. On se bornera dès lors à mettre sur la plaie un léger pansement de Lister sous lequel la cicatrisation s'opèrera rapidement.

On se servira utilement d'un pulvérisateur pendant l'opération et les jours suivants au moment des pansements.

Comme il n'est tel qu'un exemple pour bien faire saisir la mise en pratique de la méthode et ses effets, nous résumerons ici l'une des observations rapportées dans le travail de M. Guinard. Elle a été recueillie par M. Boulland dans le service de M. Fernet à l'hôpital Beaujon.

Le 15 mars, entrait dans ce service un homme de trente et un ans, nommé G..., qui avait déjà eu, il y a quatorze ou quinze ans, une première pleurésie du côté gauche avec les signes d'un hydropneumothorax probable, qui avait duré trois ans environ, et qui avait laissé à sa suite un déplacement notable du cœur. En 1880, il entra à Beaujon pour une nouvelle pleurésie du même côté, qui nécessita cinq ponctions successives. Enfin, un mois avant sa rentrée à Beaujon, il avait été pris, à la suite d'un refroidissement, d'un fort accès de fièvre et d'un point de côté très douloureux à la base du bord axillaire gauche du thorax, avec une toux devenue très fréquente dès le lendemain et une dyspnée intense, céphalalgie, insomnie, transpiration abondante la nuit, etc.

A son entrée, on constata une faiblesse extrême, un grand amaigrissement et une dyspnée des plus vives; pouls fréquent, température de 39° à 40°. Le thorax était légèrement déprimé au-dessous du mamelon gauche. Il existe à gauche une matité absolue dans la moitié inférieure du thorax, en arrière. En avant, elle n'occupe guère que le quart inférieur. Les vibrations thoraciques sont très notablement diminuées. A l'auscultation, abolition du murmure respiratoire dans tous les points mats. Il n'y a ni égophonie, ni transmission de la voix chuchotée. Râles muqueux et sibilants à la partie supérieure du poumon gauche, en arrière, et dans la totalité du poumon droit.

Le malade est mis les premiers jours à l'usage de la tisane pectorale et de la potion de Todd. L'état reste stationnaire jusqu'au 7 avril. Ce jour-là, G... éprouvant de fortes palpitations de cœur, très nettement perçues à droite du sternum, M. Fernet pratique, le lendemain 8, une ponction thoracique avec l'appareil Potain, laquelle donne issue à 1 litre de pus mal lié, grisâtre.

Le 13, l'épanchement s'étant reproduit et l'état général du malade étant aggravé, M. Fernet décide qu'il y a lieu de faire l'opération de l'empyème. Il est convenu qu'on fera la pleurotomie antiseptique avec un seul lavage.

L'opération est pratiquée le 17 par M. Bouilly. Toutes les précautions sont prises pour que l'antisepsie soit aussi complète que possible : la région à opérer est soigneusement lavée à l'eau savonneuse, puis avec la solution phéniquée au 1/20e; les mains et les instruments sont lavés à l'eau phéniquée. L'opération est faite sous la vapeur du pulvérisateur. M. Bouilly ponctionne d'abord le septième espace intercostal avec l'appareil Potain et, dès que la présence du pus est constatée par son arrivée dans le flacon, une incision au bistouri est pratiquée de chaque côté de l'aiguille aspiratrice, jusqu'à une distance de 4 centimètres à droite et à gauche.

La plèvre, qui avait été épargnée par le bistouri, est ensuite ouverte avec le bec d'une sonde cannelée.

Le pus jaillit aussitôt en grande quantité (environ 2 litres); il a une odeur fétide.

La cavité pleurale est ensuite lavée avec une solution de chlorure de zinc au 5/100e. L'injection, faite au moyen de la seringue à hydrocèle, est répétée jusqu'à ce que le liquide sorte clair. Il passe ainsi dans la plèvre environ 4 litres de la solution. Quelques fausses membranes sont expulsées avec le liquide.

Un drain en caoutchouc rouge, de la dimension du petit doigt et de 7 centimètres de longueur, est placé dans la cavité séreuse. Son extrémité externe est retenue au bord de l'incision par une épingle de nourrice. Pour éviter que cette épingle vienne irriter la plaie, on l'entoure avec un peu de ouate salicylée, imprégnée de goudron de Norwège.

Un morceau de protective, percé à son centre pour laisser passer le drain, est appliqué sur la solution de continuité. Puis la gaze de Lister, trempée dans l'eau phéniquée au 1/40e et fortement exprimée, est étalée, en grande quantité, sur la région opérée. Au-dessus d'elle, on place le pansement composé de mackintosh et de huit doubles de gaze humectée avec la solution phéniquée faible. Cette pièce de pansement s'étend depuis le flanc jusqu'à l'aisselle et du sternum à la colonne vertébrale. Les bords sont garnis avec de la ouate salicylée, surtout au niveau de la région axillaire. Puis le tout est fixé avec des bandes de gaze recouvertes elles-mêmes de bandes de flanelle.

Après l'opération, on éleva le siège du malade sur un coussin pour que la plaie se trouvât dans un point déclive par rapport aux culs-de-sac pleuraux.

Le lendemain, l'opéré avait bien dormi. Le pansement n'était pas transpercé par le liquide. Il fut renouvelé néanmoins. La quantité de liquide qu'on trouva dans les pièces de gaze ou qui sortît de la cavité pleurale en faisant tousser le malade, put être évaluée à un verre et demi.

Le troisième pansement est fait le 20, le troisième jour après l'opération. Le liquide évacué représente un demi-verre environ, la couleur est brunâtre et la consistance celle d'une solution de gomme; il est complètement inodore. Le malade a éprouvé quelques symptômes d'intoxication phénique : urines noires, quelques nausées. Pour empêcher l'absorption de l'acide phénique du pansement, on recouvre la paroi thoracique d'une légère couche de vaseline boriquée.

Le 22, l'intoxication phénique persistant, le nouveau pansement est humecté avec une solution de chlorure de zinc au 5/100e, au lieu d'acide phénique. Le liquide sécrété depuis quarante-huit heures est équivalent à deux cuillerées à bouche.

Le 25, quatrième pansement, une cuillerée à café de liquide. L'état général du malade est bon; l'appétit revient, la dyspnée a disparu.

Le 28, cinquième pansement. Depuis deux jours, le malade a commencé à se lever.

Le 1er mai, sixième pansement. Le 4, neuvième pansement. Le drain est oblitéré par des fausses membranes.

Le 5, la température s'étant élevée, on refait le pansement et l'on trouve encore des fausses membranes dans le drain. Pour en faciliter l'expulsion, on fait dans la plèvre

un lavage avec une solution de chlorure de zinc au 5/100ᵉ. Le nouveau pansement est humecté avec la solution phéniquée faible.

Le 8, nouveaux accidents d'intoxication phéniquée. On procède à un neuvième pansement. Cette fois, on l'humecte de chlorure de zinc au 5/100ᵉ, et cette solution est employée désormais jusqu'à la fin du traitement, qui dure, en tout, cent cinquante jours, pendant lesquels il a été fait environ une cinquantaine de pansements, tous faits avec les mêmes précautions antiseptiques, seulement de plus en plus réduits dans leur étendue, à mesure que la guérison avançait. La plaie thoracique était complètement cicatrisée le 15 août et G... quittait l'hôpital trois jours après.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Suite du discours de M. J. Guérin) (1).

II

Deux méthodes sont à considérer pour cette recherche, la méthode étiologique et la méthode symptomatique. La première suppose la connaissance de la cause essentielle des deux choléras; mais cette donnée capitale fait défaut pour le premier. En ce qui concerne les causes banales assignées au choléra indigène, ce sont autant d'hypothèses.

La spécificité du choléra indien, à l'exclusion du choléra nostras, impliquerait pour le premier une différence corrélative dans le processus pathologique. Mais cette corrélation ne peut être établie puisque la notion causale fait défaut. On est donc obligé de s'en tenir à la seule considération symptomatique. Or l'identité des symptômes est la même dans les deux cas. On a fait mille efforts pour trouver un caractère à la spécificité du choléra asiatique, mais le résultat de l'analyse la plus impartiale n'a conduit qu'à l'hypothèse très probable du caractère spécifique de la cause supposée, mais du même coup à l'identité de la même spécificité dans les deux cas.

Notre conclusion provisoire est donc que la caractéristique du choléra exprime la spécificité de la maladie et, l'identité de la spécificité dans les deux cas.

La méthode symptomatique, qui n'est autre que l'analyse, ne saurait conduire à une autre conclusion. La diarrhée prémonitoire existe dans les deux cas; on a pu un instant attribuer au choléra indien la diarrhée riziforme, dépossédant le choléra nostras de ce caractère spécifique. Mais nous avons fait observer naguère à ceux qui s'appuyaient sur cette différence pour maintenir la dualité cholérique, que chez tous les malades, au début des évacuations, l'intestin se décharge d'abord de ce qu'il contenait, et que ce n'est qu'après que se montre le liquide riziforme. Ni la consistance, ni la coloration, ni l'odeur, ni la quantité des matières diarrhéiques, n'offrent donc de différence spécifique dans les deux prétendus choléras.

On peut continuer la même analyse eu égard aux formes, à la marche, à la durée, à la gravité, à la terminaison et aux altérations anatomiques de la maladie.

Mais on avait prétendu que le caractère envahissant de la maladie, c'est-à-dire sa contagion, décidait à lui seul de sa spécificité. C'est, en effet, sur cette allégation que M. Fauvel a fondé son système de dualité cholérique et sa caractéristique du vrai choléra indien. Cette base très fragile a fait crouler l'édifice. Quant aux membres de la commission d'enquête, ils ont maintenu sa doctrine, mais en la maintenant ils n'ont pas prévu que la présence exceptionnelle du caractère considéré par eux comme le poinçonnage de la maladie asiatique les conduirait à la même déception. M. Fauvel nie la spécificité maligne du choléra de Toulon, parce qu'il s'était montré, dans l'immense majorité des cas, dépourvu du caractère envahissant, et ses collègues de la commission ont affirmé la spécificité niée par M. Fauvel.

Que conclure de cette opposition flagrante, si ce n'est que les opposants se sont également trompés?

Qu'est-ce, en définitive, que la propriété envahissante du choléra? C'est la faculté de se transmettre par voie de contagion. Mais des milliers d'observations et d'expériences ont montré que cette propriété est essentiellement contingente, qu'elle fait plus souvent défaut qu'elle ne s'affirme.

La seule conclusion légitime qu'il soit possible de tirer d'une telle instabilité, c'est que la propriété envahissante du choléra ne saurait servir de base à une détermination du caractère spécifique de la maladie. Avec un tel critérium on serait obligé de considérer comme choléra asiatique les cas seulement où la contagion se serait manifestée, et le choléra nostras s'attribuerait ceux où elle aurait fait défaut. C'est à cette conséquence forcée qu'ont été conduits insciemment nos collègues MM. Fauvel, Proust, Brouardel et Rochard.

En principe donc, comme en pratique, et dans la pratique générale comme dans celle de l'épidémie de Toulon et de Marseille, la dualité cholérique n'a pu se maintenir, et les faits comme la théorie se donnent la main pour assurer l'unification définitive de la maladie.

La solution de la précédente question renferme tous les motifs de la réforme de la prophylaxie actuellement employée. S'il est bien reconnu, en effet, que le choléra actuel n'est pas venu de l'Inde, et qu'il est né dans nos contrées, si d'un autre côté il reste acquis que le choléra nostras et le choléra indien ne sont qu'une seule et même maladie diversifiée par des influences secondaires; si enfin la contagiosité du choléra mal définie jusqu'ici est réduite à des proportions numériques extrêmement faibles, il y a lieu de changer les mesures sanitaires.

Le simple rappel de ces mesures et leur mise en regard des vues médicales qui précèdent suffisent pour les réduire à leur valeur et utilité.

D'un côté les cordons sanitaires, les quarantaines et les lazarets; de l'autre la non-importation du choléra indien, l'unification de la maladie indienne et de la maladie européenne. Si nous sommes parvenu à démontrer la vérité de nos trois indications, quelle sera la valeur des mesures employées?

Elles seront considérées comme inutiles, inefficaces et dangereuses. C'est la conclusion logique à en tirer. Comme confirmation de ces conclusions, M. J. Guérin rappelle les deux grands faits de l'exposition de Vienne et de Paris : la première n'ayant jamais communiqué la maladie à aucun de ses visiteurs de la France ou de la Belgique; la seconde n'ayant pendant toute sa durée reçu aucun germe cholérique de pays contaminés. On pourrait ajouter à ces deux exemples ce qui se passe en ce moment à Turin. Ces trois exemples ne sont que la répétition de ce qui s'est passé dans plusieurs des épidémies précédentes, notamment en 1832. Est-ce que durant cette épidémie si meurtrière Lyon et Versailles, si bien épargnées, avaient opposé à leurs voisins des cordons sanitaires et des lazarets, etc.

Voilà pour l'inutilité; voyons ce qui en est de l'efficacité. Que voit-on, en effet, dans les pays qui ont cru se mettre à l'abri du fléau par un grand renfort de précautions? Le contraste le plus affligeant et les conséquences les plus terribles. Pendant que Paris ne cessait pas de donner passage et hospitalité à un millier d'émigrés de Toulon et de Marseille, Naples, triplement cerclée et frappée d'obstacles comme une ville assiégée, offrait le plus lamentable effet de sa crédulité traditionnelle. On ignore jusqu'où doit aller cette hécatombe toujours croissante...

Voilà pour l'efficacité du système. Nous sommes donc en droit de conclure jusqu'ici à son inutilité et à son inefficacité.

Nous l'avons accusé de devenir un danger. Le danger peut être induit d'abord des agglomérations nécessitées par les cordons de surveillance et par les entraves suscitées aux libertés d'émigration. Tout le monde est d'accord à cet égard et les ultra-contagionnistes doivent être des premiers à reconnaître les dangers de cette

(1). Voir le numéro du 18 septembre 1884.

origine. On ne saurait invoquer un témoignage plus autorisé à cet égard que celui de M. Brouardel, énumérant les résultats désastreux des cordons sanitaires appliqués en Prusse, en Autriche, en Russie, pendant la première invasion du choléra en Europe. Mais, dira-t-on, le motif des conclusions de M. Brouardel n'est pas le même. M. Brouardel ne reconnait l'inutilité ni l'inefficacité du système que parce qu'il est inapplicable aux transports et relations par terre. Les dangers qu'il y reconnaît sont la conséquence des renforcements de la contagion.

Il faut accepter d'abord l'aveu que les cordons sanitaires sont inapplicables sur terre. Mais M. Brouardel conserve à ces mesures leur raison d'être pour les localités circonscrites et isolées. C'est là le motif du système de protection des villes maritimes, pour lesquelles on craint la contamination par les navires. Mais là encore la mesure est inutile et inefficace. Les dangers resteront les mêmes, les renforcements de la contagion n'existeront pas moins que par la séquestration et l'agglomération des habitants.

Les motifs de la protection des villes maritimes nous ramène à la transmission du choléra indien. Cette partie de l'argumentation de M. J. Guérin peut être résumée en ces termes :

On le voit, la seule concession qu'il fût possible de faire à la préservation de la contamination indo-européenne, rentre dans l'impossible, l'insuffisance et les inconnus de la préservation terrestre. On a, au contraire, le devoir de chercher ailleurs que dans les cordons sanitaires et les quarantaines les moyens de balancer si ce n'est d'effacer complètement les dangers minimes et exceptionnels de la contagion. Ces moyens peuvent être ramenés à deux ordres : éviter toutes les causes ou influences capables de favoriser la contagiosité du choléra, et s'attacher aux meilleurs moyens d'en conjurer les dangers en combattant mieux la maladie. On peut, sans dépasser les limites d'une induction sérieuse, considérer le développement et l'aggravation de la contagiosité du choléra comme le résultat de l'aggravation de la maladie et celle-ci comme l'effet de son caractère épidémique. Ce n'est jamais à l'état sporadique isolé que la transmissibilité s'accuse; il en est de même pour le choléra et pour les maladies éruptives, qui, à l'état sporadique, ont une contagiosité moindre qu'à l'état épidémique. Il faut donc disséminer les cas au lieu de les concentrer pour en former des foyers.

Le fait de la diarrhée prémonitoire reconnu universellement, accepté depuis 1832, a été vérifié dans toutes les épidémies par un grand nombre d'observateurs. Contesté d'abord dans ses rapports et sa liaison avec la maladie, on a fini par n'en contester que la proportion numérique. La diarrhée initiale du choléra grave est le choléra commencé, comme la diarrhée préépidémique est la période prémonitoire des épidémies. Quelle est la proportion numérique de cet avertissement? Réunissant les chiffres relevés pendant les épidémies de 1832, de 1849, de 1853 et de 1866, M. J. Guérin arrive à une moyenne de 94 p. 100.

En présence de ce résultat constaté par les hommes les plus compétents, conformes à toutes les époques et dans tous les pays, dit en terminant M. J. Guérin, n'y a-t-il pas lieu d'y voir de nouvelles chances de guérison de la maladie, capables de compenser les minimes dangers de la contagion du choléra, abandonnée à une prophylaxie intelligente et libre, dégagée d'expédients vexatoires, de troubles sociaux et de l'arbitraire d'une administration ruineuse ?

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIII[e] SESSION, 1884).

Congrès de Blois (1).

IV

Des pertes blanches et de leur traitement curatif. — Sous ce titre, M. Gayral père fait une communication dans laquelle il étudie : 1° les circonstances qui prédisposent les femmes aux écoulements vulvaires muqueux ou muco-purulents, résultant « de l'augmentation et de l'altération des sécrétions normales de l'appareil génital »; 2° la nature de ces écoulements, leurs caractères physiques, variant en raison même de la lésion qui les détermine; 3° leur origine, les causes qui les ont fait naître.

Pour l'auteur, « les pertes blanches restent toujours un état morbide; elles constituent une maladie proprement dite, et non le symptôme d'une affection de la matrice » : telle est, du moins, la conclusion des deux observations qu'il rapporte, choisies au milieu de bon nombre d'autres à peu près identiques.

Quant au traitement, comme il s'agissait dans les deux cas d'un prolapsus de l'utérus, M. Gayral eut recours à l'anneau pessaire à charnières, et à l'application sur la muqueuse vaginale et vulvaire, par insufflation, d'une poudre dont il n'indique pas la composition.

Désinfection des locaux ayant été occupés par des malades atteints d'affections contagieuses. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait connaître, en son propre nom et en celui de MM. Pasteur, et Roux le résultat des expériences entreprises pour désinfecter les chambres de malades atteints d'affections contagieuses.

Afin de se placer dans des conditions absolument pratiques et tout à fait analogues à celles que l'on rencontre dans la population pauvre d'une grande ville, les savants expérimentateurs ont choisi à l'hôpital Cochin deux chambres d'une contenance de 100 mètres cubes et placées dans des baraques en bois. Les parois de ces chambres, construites en planches plus ou moins bien assemblées, laissaient passer l'air par de nombreuses fissures, bien que l'on eût eu le soin d'oblitérer les principales d'entre elles avec du papier. Chacune de ces chambres contenait un lit et divers objets meublants ainsi que des étoffes de diverses couleurs.

Nous n'entrerons ici dans aucun détail sur les désinfectants expérimentés par MM. Dujardin-Beaumetz, Roux et Pasteur, cette question ayant été traitée ici même, il y a plusieurs jours (1); nous nous bornerons seulement à faire connaître aujourd'hui les deux appareils employés dans les expériences en question : 1° dans le procédé par la combustion du soufre; 2° dans le procédé qui utilise le sulfure de carbone.

Le premier est le plus simple et le moins coûteux. Il consiste à placer sur le plancher de la chambre une plaque de tôle sur laquelle on met des briques réunies avec du sable ou, ce qui vaut mieux, de ces petits fourneaux en terre réfractaire, de forme carrée (0^m,25 de largeur sur 0^m,20 de longueur), dont les parois sont percées de petits trous destinés à faciliter la combustion. Chacun de ces creusets peut brûler 1 kilogramme de fleur de soufre. La com-

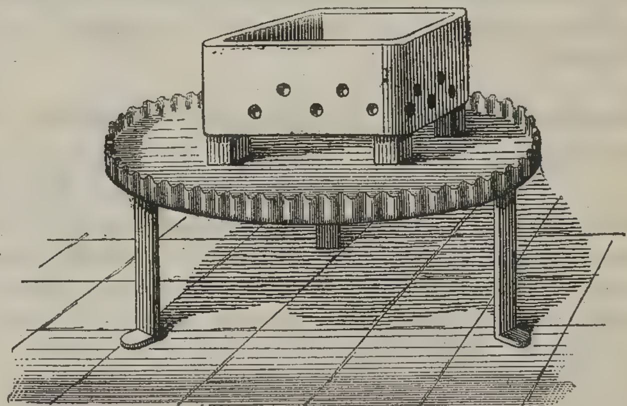


Fig. 15

Brûleur pour le soufre.

(1) Voir le numéro du 16 septembre 1884.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 11 septembre 1884, pages 836-837.

bustion doit s'opérer également sur toute la surface de la fleur de soufre, ce que l'on obtient facilement d'ailleurs en l'arrosant d'alcool et l'enflammant ensuite.

Le second procédé utilise le brûleur Ckiandi et emploie le sulfure de carbone.

Ce brûleur se compose, ainsi que le montre la figure suivante, de deux parties : 1° d'une grande cuvette en cuivre (A, B, C, D); 2° d'un vase (I, H, E, F), que l'on place dans la cuvette, et qui présente trois siphons accolés à ses parois (R, S); 3° d'un tube métallique (K, L, M, N) plongeant au fond du vase et présentant à son extrémité supérieure des petits trous.

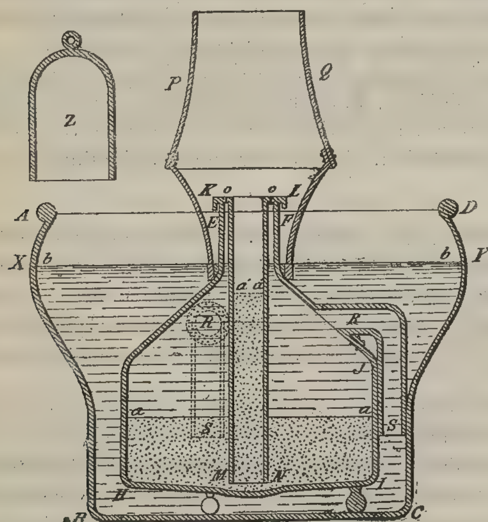


Fig. 16

Brûleur Ckiandi.

Le sulfure de carbone est introduit par ce tube dans le vase jusqu'à un certain niveau, tandis que l'on verse de l'eau dans la cuvette extérieure. Grâce aux siphons, l'eau pénètre dans le vase intérieur et vient presser sur le sulfure de carbone, de sorte que celui-ci s'élève dans le tube. Lorsqu'il a atteint une certaine hauteur, on place dans ledit tube une mèche de coton tressé comprise entre deux toiles métalliques, on allume et on quitte la pièce que l'on a soin de fermer hermétiquement.

A mesure que la combustion du sulfure de carbone se fait et que son niveau s'abaisse dans le vase, il est remplacé par de l'eau. Il arrive ainsi un moment où, celle-ci pénétrant dans le tube brûleur la lampe s'éteint d'elle-même. Grâce à cet appareil, la combustion du sulfure de carbone se fait d'une façon très régulière et sans aucun danger.

Exostose sous-unguéale du gros orteil consécutive à un traumatisme. — Dans ce travail dû à M. le docteur Pineau (d'Oleron), il s'agit d'un scieur de long, âgé de trente-quatre ans, qui, trois ans après une forte contusion de l'avant-pied, avait vu apparaître une exostose sous-unguéale du gros orteil. Lorsque notre confrère fut appelé à intervenir et procéder à l'énucléation, cette exostose datait de sept mois. L'opération, dit-il, fut sans doute incomplète, car, dans l'espace d'une quinzaine de jours, elle recouvrait son volume primitif, c'est-à-dire celui d'un petit haricot.

Une seconde opération, étant devenue nécessaire, eut lieu et fut suivie d'un succès complet, lequel se maintient encore aujourd'hui aussi parfait après six mois.

M. Pineau fait remarquer, en terminant :

1° Que les cas de ce genre sont rares ; M. le professeur Gosselin dans ses leçons cliniques n'en connaît que 23 cas, qui comprennent avec sa propre statistique celles de Dupuytren et de Legoupil ;

2° Que son sujet était en dehors des conditions d'âge et de sexe où cette petite tumeur se développe de préférence. En effet, dans les 23 cas rapportés par M. Gosselin, d'une part, 19 appartiennent au sexe féminin, 4 au sexe masculin, et d'autre part 21 fois la tumeur s'est manifestée sur des adolescents ;

3° Que le traumatisme lui a paru la cause déterminante de l'arthritisme, peut-être même,— mais il met un point d'interrogation, — la cause prédisposante, la mère de son malade ayant été à plusieurs reprises atteinte d'éruptions cutanées. Si ce fait était démontré, il serait un nouvel appoint, dit l'auteur de l'importante communication que nous analysons ici, à la thèse de M. Leclercq et aux recherches cliniques de M. le professeur Verneuil.

Mortalité des enfants du premier âge dans la ville de Rouen, pendant l'été. — Dans une communication des plus importantes, M. Deshayes, médecin des hôpitaux de Rouen, établit tout d'abord le taux proportionné de la mortalité générale des deux villes du Havre et de Rouen, dont les chiffres minima, beaucoup trop considérables, sont encore de 33 p. 1000 ; de telle sorte que l'on peut dire, selon sa juste expression, que l'on meurt beaucoup trop dans l'une et l'autre de ces villes. Si la dépopulation des pays reconnaît des causes multiples, on peut néanmoins placer en tête la mortalité des jeunes enfants. Celle-ci s'accentue surtout pendant l'été, les enfants de même que les animaux résistent beaucoup moins facilement aux grandes chaleurs réellement déprimantes de l'organisme qu'au froid, toutes choses égales d'ailleurs.

Parmi les autres causes, dont il faut également tenir compte, M. Deshayes cite, ce que l'on rencontre partout, c'est-à-dire une mauvaise hygiène, l'insalubrité du logement, les falsifications du lait, la diarrhée infantile ou le choléra des enfants, enfin les médicamentations intempestives, ridicules et souvent meurtrières, conseillées par des pharmaciens auxquels les parents s'adressent tout d'abord de préférence au médecin, qu'ils ne se décident à consulter qu'alors qu'il est trop tard pour qu'il puisse intervenir avec quelque efficacité et lutter avec quelque chance de succès.

M. Deshayes demande aussi que la constatation des décès des enfants pauvres se fasse avec plus de sévérité, et réclame, en temps d'épidémie, la création d'un ou plusieurs obitoires, où les pauvres qui n'ont, le plus souvent, qu'une seule pièce pour tout logement, pourraient faire déposer leurs morts. Cette création, à défaut d'autres avantages, préserverait la famille, dans les cas d'affections contagieuses, de la propagation de la maladie. Il va sans dire que l'obitoire serait désinfecté.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons annoncé, il y a un mois, le départ pour les départements du Midi, d'une mission composée des docteurs Paul Gibier et Edgar Bérillon, de la Faculté de Paris.

Cette mission était envoyée par le ministère de l'intérieur, pour organiser les secours médicaux dans un certain nombre de communes. Elle a rendu des services considérables.

Malheureusement, dix jours après son arrivée, le docteur Bérillon a lui-même été atteint d'une violente attaque de choléra. Ce n'est que grâce aux soins rapides et éclairés qui lui ont été prodigués par son collègue le docteur Paul Gibier et par les docteurs Gradelet et Patritti qu'il a pu être sauvé. Après une longue convalescence, nous avons le plaisir d'annoncer qu'il est aujourd'hui complètement rétabli.

M. le docteur Paul Gibier a été retenu jusqu'aujourd'hui dans l'arrondissement de Brignoles, où existaient plusieurs foyers isolés, notamment à Flassans, où en quelques jours il a eu non seulement à donner ses soins à plus de cinquante malades gravement atteints, dont dix-neuf sont morts, mais encore à organiser tous les services.

Actuellement, l'épidémie pouvant être considérée comme éteinte dans cette région, il revient à Paris.

— *Choléra.*—Voici le relevé des chiffres atteints, par la mortalité cholérique depuis notre dernier bulletin :

Toulon. — Du 14 au 15 septembre, 2 décès cholériques. — Le 15, à l'hôpital Bon-Rencontre, 0 entrée, 1 sortie, 1 décès, 7 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 1 entrée, 0 sortie, 0 décès, 13 malades en traitement.

Du 16 au 17 septembre, 2 décès. — Le 17 septembre, à l'hôpital Bon-Rencontre, 1 entrée, 0 sortie, 0 décès, 5 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 1 entrée, 4 sorties, 0 décès, 10 malades en traitement. — Du 17 au 18 septembre, 0 décès. — Le 18 septembre, à l'hôpital Bon-Rencontre, 1 entrée, 2 sorties, 0 décès, 4 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 0 entrée, 0 sortie, 1 décès, 9 malades en traitement, presque tous convalescents.

Marseille. — Du 13 au 14 septembre, 3 décès. — Du 14 au 15 septembre, 4 décès.

Du 15 au 16 septembre, 2 décès cholériques. — Du 16 au 17 septembre, 7 décès. — Le 18, à midi, 4 décès.

Var. — *Vinon,* 1 décès.

Ardèche. — *Saint-Remèze,* 12 décès, 25 malades en traitement. — *La Villedieu,* 3 décès. — *Villeneuve-de-Berg* (du 25 août au 15 septembre), 15 décès; il reste 10 malades en traitement.

Hérault. — *Fabrègues,* 2 cas nouveaux et 2 décès. — *Cette,* 1 décès. — *Montbazin,* 1 cas nouveau. — *Estrichoux,* 1 décès. — *Montaignac,* 1 décès. — *Montpellier,* 1 décès au lazaret.

Gard. — *Bessèges,* 2 décès, dont 1 à l'ambulance. — *Bouillaigères,* 1 décès. — *Nîmes,* 1 cas grave. — *Sallies-de-Gaignières,* 2 décès.

Aude. — *Carcassonne,* 2 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan,* 8 décès. — *Thuir,* 5 décès. — *Cattlar,* 4 décès. — *Prades,* 10 décès. — *Ille,* 5 décès. — *Estoher,* 9 décès, 25 malades en traitement. — *Vinça,* 5 décès. — *Corneil-de-la-Rivière,* 1 décès. — *Rigardo,* 1 décès. — *Port-Vendres,* 2 décès. — *Los-Masas,* 1 décès. — *Finestret,* 2 décès. — *Clara, Saint-Félix-d'Avail, Espira-du-Confluent,* 1 décès.

Yonne. — *Noyers,* 2 décès.

Algérie. — On signale à Oran un certain nombre de cas suspects et 3 décès attribués au choléra.

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* nous fournit les chiffres suivants, touchant les ravages causés par l'épidémie cholérique pendant les journées du 14 au 17 septembre 1884 dans les provinces déjà contaminées.

Le 14 septembre, 750 cas nouveaux et 422 décès cholériques, chiffres parmi lesquels *Naples* est comprise pour 643 cas nouveaux et 371 décès, et la *Spezzia* pour 17 cas nouveaux et 8 décès.

Le 15 septembre, 613 cas nouveaux, dont 470 à *Naples* et 18 à la *Spezzia*; 351 décès, dont 283 à *Naples* et 6 à la *Spezzia.* Quelques cas suspects sont signalés dans la province de Rovigo.

Le 16 septembre, 581 cas nouveaux, dont 463 à *Naples* et 13 à la *Spezzia;* 323 décès, dont 265 à Naples, et 11 à la Spezzia.

Le 17 septembre, 510 cas nouveaux, à *Naples,* et 239 décès.

Espagne. — Les bulletins officiels donnent les nombres suivants pour les provinces d'Alicante, de Lérida, de Novelda et de Tarragone : *Elche,* 18 cas nouveaux et 13 décès. — *Novelda,* 1 cas et 2 décès. — *Monforte,* 12 cas nouveaux et 10 décès. — *Hondon,* 12 décès. — *Torres de la Segre,* 3 cas nouveaux. — *Borjas,* 1 cas nouveau et 6 décès. — *Benefollet,* 30 cas nouveaux et 8 décès. — *Ribarroja,* 4 cas nouveaux et 2 décès. — *Mosa de Ebro,* 2 cas nouveaux.

— Nous apprenons avec un vif regret que le corps médical vient d'être frappé de nouveau par l'épidémie cholérique en la personne de M. le docteur Castillon, qui a succombé, le 16 de ce mois, à Bessèges, victime de son dévouement.

— Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, la perte douloureuse que vient de faire le corps médical de Paris dans la personne de M. le docteur Oulmont, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine et médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Est, officier de la Légion d'honneur.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16746.

N° 110. — MARDI 23 SEPTEMBRE 1884. 57e ANNÉE. MARDI 23 SEPTEMBRE 1884. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. Sur quelques procédés d'analyse des eaux. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Tumeur cérébrale de nature incertaine. — Rapport au Ministre du commerce sur la situation de l'épidémie cholérique en France. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Chronique et nouvelles scientifiques.

SUR QUELQUES PROCÉDÉS D'ANALYSE DES EAUX

Un de nos honorables correspondants, qui s'intitule un vieil abonné de la *Gazette*, nous demande de le renseigner sur les points suivants :

« 1° Est-il possible actuellement, soit à l'aide de procédés chimiques, soit à l'aide du microscope, de constater et d'affirmer qu'il existe ou qu'il n'existe pas dans une eau potable des atomes de nature infectieuse et pouvant être la cause de maladies épidémiques ?

2° L'absence de molécules ayant une configuration répondant à certains types comme bactéries, bacilles, etc., implique-t-elle nécessairement, dans l'état actuel de la science, la non-possibilité pour cette eau d'être infectieuse et de produire l'une des maladies susdites ; et des molécules amorphes ne peuvent-elles pas représenter dans l'eau contaminée les organismes que plus tard on découvrira chez les malades.

3° La possibilité de la filtration des matières infectieuses à travers un sol poreux n'est-elle pas un fait à peu près démontré ?

4° Un banc de sable d'une dimension quelconque (100 mètres de diamètre, par exemple), au milieu duquel on établirait un puits prenant son eau dans l'eau ambiante, suffirait-il d'une manière certaine pour enlever, par la filtration, toute propriété nocive à cette eau ? »

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer l'importance considérable, au point de vue de l'hygiène pratique, des questions que nous pose notre confrère. C'est assurément beaucoup trop d'honneur qu'il nous fait en nous en demandant la solution. Nous allons essayer de le satisfaire en empruntant les éléments de notre réponse aux documents les plus récents et les plus autorisés sur la matière que nous ayons pu nous procurer. Pensant que cette réponse pourra intéresser plus d'un de nos lecteurs, nous demandons la permission à notre correspondant de la lui adresser par l'intermédiaire de la *Gazette*.

Vu la complexité des faits qu'impliquent les questions de notre confrère, nous allons nous trouver dans la nécessité de diviser notre réponse, une seule de ces questions suffisant argement à elle seule pour défrayer ce premier article. Nous ne répondrons pour aujourd'hui qu'à la moitié seulement de la première question, savoir : s'il est possible, à l'aide de procédés chimiques, de constater dans une eau potable l'existence d'éléments infectieux pouvant être la cause de maladies épidémiques ; et quels sont ces procédés chimiques.

C'est à un travail de M. Roques, aide-chimiste au laboratoire municipal de Paris, *Sur quelques procédés d'analyse des eaux,* publié récemment dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire,* que nous allons emprunter notre réponse.

Pendant longtemps les analyses d'eaux portaient surtout et presque exclusivement sur les parties salines qui entraient dans leur composition. Ce n'est qu'assez récemment et notamment depuis les premières recherches de M. Peligot, en 1864, sur les substances organiques contenues dans l'eau de la Seine et de l'Ourcq, que les chimistes sont entrés dans cette voie nouvelle d'examen, et qu'ils ont imaginé un grand nombre de méthodes permettant d'évaluer les matières organiques contenues dans les eaux potables et d'en reconnaître la nature.

Parmi ces méthodes, les principales sont celle du dosage de la matière organique par la calcination, et les permanganates alcalins ; le procédé de dosage en faisant l'analyse du résidu de l'eau au moyen de la grille à combustion (de M. Franckland) ; le procédé de MM. Schutzemberger et Gérardin, qui avec de précieux avantages présentent ou des difficultés d'exécution ou des causes possibles d'erreur qui en rendraient l'usage peu pratique ou peu fructueux entre les mains des médecins hygiénistes, auxquels ceci s'adresse plus particulièrement.

La méthode que M. Roques décrit avec détails dans ce travail, parce qu'il la considère comme une des plus parfaites et des plus pratiques de toutes celles qui ont été proposées jusqu'ici, est celle de MM. Wanklyn et Chapman, fort répandue aujourd'hui en Angleterre, et qui est désignée sous le nom de « Méthode de détermination de l'ammoniaque libre et de l'ammoniaque albuminoïde ». Elle a, en effet, pour but de déterminer, d'une part, la quantité d'ammoniaque existant dans l'eau à l'état de sel ammoniacal ou même d'ammoniaque (ammoniaque libre), et, d'autre part, la quantité d'ammoniaque qu'on peut obtenir en provoquant la décomposition des matières organiques azotées (ammoniaque albuminoïde).

Ici nous laissons la parole à M. Roques :

« Ce qu'il importe surtout d'éviter dans une eau potable, c'est la présence de matières organiques putrescibles, c'est-à-dire des matières albuminoïdes, qui présentent cette propriété au plus haut

degré et renferment toutes une quantité d'azote très instable. En oxydant ces matières au moyen de la potasse et du permanganate de potasse, on obtient une quantité d'ammoniaque en rapport avec la quantité de matière organique. On peut donc se contenter de rechercher si une eau renferme une trop grande quantité d'ammoniaque albuminoïde. Au contraire, quand l'azote s'est déjà fixé dans l'eau sous forme de sels ammoniacaux, cet azote est, dans une certaine mesure, comparable à celui qui s'est fixé sous forme de nitrates; il est beaucoup moins redoutable, on peut presque le négliger.

Nessler a imaginé un réactif de l'ammoniaque, qui, après plusieurs applications heureuses faites en Angleterre, a été adopté et fixé d'une manière précise par MM. Wanklyn et Chapmann. Ce réactif est une solution d'iodure de potassium saturée de periodure de mercure (iodomercurate de potassium). Voici, d'après MM. Wanklyn et Chapmann, la description du procédé :

Préparation des liqueurs titrées. Réactif de Nessler. — On prépare la solution d'iodure de potassium saturée de periodure de mercure, en dissolvant séparément et dans environ 400 centigrammes cubes d'eau, 35 grammes d'iodure de potassium et 13 grammes de bichlorure de mercure : on mélange ensuite les deux solutions. Afin de s'assurer qu'on a employé une quantité de sel mercurique suffisante, on ajoute quelques gouttes d'une solution de bichlorure de mercure saturée à froid ; il se forme une petite quantité d'iodure rouge de mercure, ce qui indique bien que la solution est saturée de mercure. Pour que la solution soit plus sensible, il faut la rendre alcaline. A cet effet on ajoute 160 grammes de potasse caustique ou 120 grammes de soude caustique ; on amène le volume à un litre, on verse de nouveau une ou deux gouttes de solution mercurique, on agite et on laisse déposer. La liqueur claire surnageante a généralement une légère teinte jaune; on la décante dans une série de petites fioles bien bouchées que l'on emploie au fur et à mesure des essais.

Solution de permanganate de potasse.— Cette solution, qui servira à brûler les matières albuminoïdes, se prépare en dissolvant 8 grammes de permanganate cristallisé et 200 grammes de potasse caustique, dans environ 1 litre d'eau. On fait bouillir pendant quelque temps cette solution pour détruire la petite quantité de matières azotées qu'elle pourrait contenir.

L'opération nécessite en outre l'emploi d'eau distillée soigneusement préparée, d'un appareil distillatoire et d'une série de cylindres ou gros tubes à essais de 17 centimètres de hauteur sur 4 de diamètre, portant un trait de jauge à 30 centimètres cubes, dits cylindres de Nessler, et d'une pipette pour mesurer la liqueur ammoniacale.

L'appareil distillatoire étant prêt, on place dans le ballon 500 centimètres cubes d'eau qu'on a préalablement saturée avec un peu de bicarbonate de soude si elle est acide. On chauffe et on distille assez rapidement 50 centimètres cubes d'eau qu'on reçoit dans un cylindre de Nessler ; on maintient l'ébullition jusqu'à ce qu'on ait distillé 150 centimètres cubes qu'on rejette. On laisse refroidir et le ballon ne renferme plus que 300 centimètres cubes de liquide. On ajoute 50 centimètres cubes de la solution de permanganate, et on chauffe de nouveau en recueillant successivement dans trois cylindres différents 150 centimètres cubes de liquide distillé, puis on arrête l'opération.

L'ammoniaque que renferme la première éprouvette est de l'ammoniaque libre et dans le liquide des trois dernières se trouve l'ammoniaque albuminoïde.

Titrage des solutions ammoniacales. Il reste à titrer quatre solutions : la première renfermant l'ammoniaque libre et les autres l'ammoniaque albuminoïde. On fait successivement avec chacune de ces solutions l'opération suivante :

On additionne la liqueur à titrer de 2 centimètres cubes environ de réactif Nessler : il se produit une coloration brune plus ou moins intense. On ajoute aussitôt, dans un autre cylindre analogue, 2 centimètres cubes de réactif de Nessler, puis on y verse au moyen d'une pipette une quantité de liqueur ammoniacale suffisante pour arriver de part et d'autre à identité de teinte. Si la liqueur exige plus de 20 à 30 centimètres cubes de solution ammoniacale, il est bon d'étendre le volume de la liqueur, sauf à ramener ensuite par le calcul au volume primitif. La sensibilité de ce réactif est telle qu'on peut, avec un peu d'habitude, apprécier $\frac{0,5}{100}$ de milligramme d'ammoniaque...

A raison de cette extrême sensibilité, si l'on ne dispose que d'une petite quantité d'eau, on peut opérer sur de plus petits volumes, au moyen de petits cylindres de 10 centimètres de hauteur sur 15 de diamètre et en faisant l'opération dans un appareil distillatoire très rudimentaire, tel que le ballon et tube de Liebig, remplaçant les quantités de réactifs indiqués plus haut par 10 centimètres cubes de permanganate et 5 centimètres cubes de Nessler. En se rapportant principalement à la teinte des ménisques, l'opérateur pourra facilement distinguer $\frac{1}{1000}$ de $\frac{2}{1000}$ de milligramme d'ammoniaque.

Cette dernière manière d'agir pourra être d'une grande utilité aux médecins hygiénistes.

Avec la méthode de Wanklyn, il est impossible de ne pas reconnaître une eau de mauvaise qualité.

Voici quelles sont les limites dans lesquelles une eau peut, selon ce chimiste, être considérée comme potable; au point de vue organique, il les divise en trois classes :

La première classe comprend les eaux d'une très grande pureté, renfermant moins de $0^{mg},05$ à $0^{mg},10$ d'ammoniaque albuminoïde;

Deuxième classe, comprenant la plupart des eaux potables qui renferment de $0^{mg},05$ à $0^{mg},10$ d'ammoniaque albuminoïde, et que l'on peut considérer comme ne renfermant pas de matières organiques putrescibles.

Dans la troisième classe sont les eaux impures renfermant plus de $0^{mg},10$ d'ammoniaque albuminoïde. Il y a lieu de se demander, avant de conclure au rejet de l'eau, si la souillure provient de matières animales ou de matières végétales, la présence de ces dernières entraînant moins fatalement le rejet que la présence des matières animales.

Wanklyn indique comme caractère des eaux souillées par les végétaux la présence d'une grande quantité d'ammoniaque libre et l'absence presque complète de chlorure.

Enfin voici un moyen rudimentaire, mais très pratique, que rapporte M. Roques en terminant, et qu'il considère comme pouvant être utile si l'on ne dispose d'aucun instrument nécessaire à la plus simple analyse. Ce moyen, indiqué par M. Ritter (de Nancy), consiste à ajouter à l'eau que l'on veut éprouver, une certaine quantité de sucre, puis à abandonner la solution sucrée dans une chambre chaude. Au bout de quelques jours, le liquide se trouble si l'eau renferme des matières organiques; il se peuple d'infusoires et prend une odeur fade, parfois même à la longue une odeur d'hydrogène sulfuré. Quand l'eau est pure, le liquide ne s'altère pas.

Sur 313 eaux, provenant de 269 puits examinés à Nancy, M. Ritter en a trouvé 76 qui n'avaient pas donné trace de fermentation avec le sucre, 151 qui avaient subi une fermentation lente, et 86 qui s'altéraient du premier au deuxième jour.

Ce sera certainement à ce dernier procédé, le plus simple et le plus usuel de tous, sinon le plus rigoureux, que s'arrêteront beaucoup de nos confrères.

Qu'ont donné jusqu'à présent les procédés d'analyse microscopique? et quels sont les résultats qu'on s'en peut promettre? C'est ce qui fera l'objet d'un deuxième article que nous renvoyons à huitaine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Tumeur cérébrale de nature incertaine.

Je vais aujourd'hui vous entretenir d'un homme de quarante ans, qui est malade depuis cinq ou six ans, et qui présente comme phénomène principal une douleur de tête s'accompagnant d'un sentiment de constriction du front. Cette douleur siège sur la partie latérale gauche de la tête, en arrière de l'oreille, et irradie vers la nuque. Qu'elle soit intense ou légère, qu'elle reparaisse après avoir cessé pendant quelque temps, son siège ne varie jamais. C'est à cause de sa persistance et de son intensité qu'il est entré à l'hôpital il y a trois semaines.

Au début de sa maladie, il a eu, accessoirement, des vomissements survenant brusquement sans être précédés de nausées, un peu de titubation et une anesthésie absolue, du haut en bas, de tout le côté gauche, anesthésie au froid, à toute piqûre, de telle sorte que la peau peut être traversée par une grande épingle sans déterminer aucune douleur. De plus encore, il présente une diminution notable de la sensibilité sensorielle du côté gauche. Ainsi l'ouïe et la vue de ce côté sont moindres, sa langue a perdu à gauche la notion du goût, sa narine du côté gauche ne sent rien, pas même les vapeurs ammoniacales. Mais ce n'est pas tout, cet homme éprouve de la difficulté à marcher, une certaine diminution dans son équilibre; il jette les jambes en avant, il talonne en marchant, ses pas sont inégaux; il est obligé, dans l'intérêt de son équilibre, d'élargir sa base de sustentation. Lorsqu'il essaie de marcher les yeux fermés, il tombe infailliblement s'il n'est pas soutenu; il lui est impossible aussi de se tenir droit les talons rapprochés; enfin, à son arrivée dans nos salles, il y avait abolition complète des réflexes rotuliens. Ces réflexes ont actuellement reparu, du moins en partie.

En un mot, ces phénomènes tout spéciaux que nous venons d'énumérer, c'est-à-dire une douleur très vive et son siège spécial, l'anesthésie, appartiennent à l'ataxie. Cependant, comment expliquer les phénomènes cérébraux, si ce n'est par l'existence d'une tumeur cérébrale. En effet, c'est dans des cas de ce genre que l'on trouve une douleur de tête et de l'hémiplégie; de plus, notre malade, — j'allais oublier de le mentionner, — présente un léger strabisme externe, avec chute de la paupière supérieure, comme s'il avait un peu de paralysie de la troisième paire. Tout cela semble bien confirmer le diagnostic de tumeur cérébrale siégeant du côté gauche, vers la partie postérieure du cerveau, comprimant les lobes occipitaux et sphénoïdaux. Ce siège lui-même nous donne l'explication des accidents tabétiques. J'ajouterai que la force musculaire chez lui est conservée, ainsi que nous avons pu le constater avec le dynamomètre.

En résumé, cet homme, par l'ensemble des phénomènes morbides qu'il accuse, présente quelque chose de particulier; car, ordinairement, dans les tumeurs du cerveau, la paralysie se manifeste du côté opposé à celles-ci, tandis qu'ici la paralysie existe, au contraire, du même côté que la douleur. Cependant, en réfléchissant aux données physiologiques actuelles, ce phénomène, en apparence bizarre, se comprend. En effet, nous avons dit tout à l'heure que la tumeur était située dans les méninges, comprimant à la fois les lobes occipitaux et les lobes sphénoïdaux. Or le siège de la sensibilité est placé dans la partie postérieure du cerveau dont les tubes nerveux vont gagner la capsule interne pour se rendre de là aux corps restiformes, sans s'entre-croiser, mais en suivant une direction parallèle. D'où il résulte que les phénomènes anesthésiques se trouvent correspondre directement comme côté avec celui où siège la tumeur. Si, au contraire, la tumeur venait à comprimer les tubes qui s'entre-croisent en se rendant dans les pyramides, les accidents de paralysie se manifesteraient du côté opposé.

Le fait que nous observons chez notre malade peut donc s'expliquer physiologiquement.

De plus, les modifications survenues dans la motilité de l'œil, le strabisme et l'abaissement de la paupière s'expliquent également par la présence de la tumeur dans les méninges, par la compression qu'elle exerce sur le nerf de la troisième paire dans son trajet. C'est là, du reste, un fait assez ordinaire. Seulement l'hémiplégie existe le plus souvent du côté opposé à l'anesthésie par l'entre-croisement des tubes nerveux. Mais comme ici, encore une fois, cet entre-croisement n'a pas lieu, les phénomènes se trouvent exister du même côté.

Quant aux accidents tabétiques, non seulement il y a compression du cerveau, mais encore du cervelet; ainsi se trouvent aussi expliqués les vomissements survenus brusquement au début de la maladie, ainsi que la perte de l'équilibre. Néanmoins l'ataxie, le talonnement, la perte des réflexes rotuliens ne peuvent pas se comprendre de la même façon, et force nous est alors d'admettre en plus quelque altération des parties postérieures de la moelle, quelque sclérose de ses cordons postérieurs. Or nous avons dit plus haut que les tubes nerveux de la partie postérieure de l'encéphale se rendaient aux corps restiformes et de là dans la moelle : nous avons donc une sclérose descendante postérieure partant de l'encéphale malade et se rendant dans les cordons postérieurs. Ainsi se trouvent également expliqués les phénomènes ataxiques.

Ce qui paraît bizarre au premier moment arrive donc à pouvoir être expliqué par les données actuelles de la physiologie. En résumé, les phénomènes que nous présente notre malade trouvent donc, tout au moins jusqu'à un certain point, leur explication dans une tumeur cérébrale avec sclérose des cordons postérieurs, et nous avons là quelque chose qui ressemble à l'ataxie locomotrice véritable.

Mais tout n'est pas encore dit avec cela. Il faudrait encore déterminer la nature de la tumeur. Malheureusement, il ne nous est pas possible de le dire. La première pensée serait que cet homme est syphilitique, que sa tumeur est une gomme syphilitique de la dure-mère; mais quelles que soient les questions dont nous ayons pressé notre malade, celui-ci nous a toujours répondu qu'il n'avait jamais eu le moindre chancre, mais seulement des écoulements. Et pourtant le traitement auquel il a été soumis à plusieurs reprises depuis le début de sa maladie semblerait bien indiquer une origine syphilitique. En effet, depuis cinq ans il est allé dans différents hôpitaux et chaque fois il a été traité par l'iodure de potassium, et chaque fois la douleur de tête a été notablement améliorée. L'anesthésie seule a résisté à la médication. Il en a été de même dans nos salles où, depuis son arrivée, grâce à l'iodure de potassium, nous avons aussi obtenu une très grande amélioration; la marche est devenue plus facile et les réflexes rotuliens ont reparu.

Ce sont bien là des signes probables d'une syphilis, d'une gomme syphilitique, mais nous ne pouvons pas l'affirmer.

Quoi qu'il en soit, nous avons lieu d'espérer la cessation de la douleur de tête, une amélioration dans l'état du ma-

lade, mais non sa guérison. Le tissu cérébral paraît trop profondément modifié, si nous en jugeons d'après ce qui s'est passé. Si même la tumeur venait à disparaître, l'atrophie résultant de la compression exercée depuis plusieurs années persisterait très probablement, le tissu nerveux étant beaucoup trop altéré pour recouvrer l'état normal.

En résumé, nous allons continuer l'iodure de potassium, la marche s'améliorera encore, mais le sentiment ne reviendra pas.

RAPPORT

AU MINISTRE DU COMMERCE SUR LA SITUATION DE L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE EN FRANCE.

M. le docteur Proust, inspecteur général des services sanitaires, vient d'adresser à M. le ministre du commerce le rapport suivant sur la situation de l'épidémie cholérique en France :

Paris, le 12 septembre 1884.

Monsieur le Ministre,

L'épidémie de choléra, qui a débuté à Toulon le 13 juin dernier, est en voie de déclin dans notre pays. A Toulon et à Marseille, où la mortalité a été sérieuse, on ne compte plus que quelques cas isolés, et les autres villes ou villages où le fléau s'était montré avec une intensité variable offrent également dans leur mortalité une diminution appréciable. Les chiffres suivants justifient la proposition que je viens d'émettre. Je ne parlerai que des quatre dernières semaines.

Pendant la semaine du 16 au 22 août, 15 départements ont été envahis (1), 107 localités ont été atteintes et il y a eu 595 décès.

Pendant celle du 23 au 29 août, 14 départements envahis (2), 123 localités atteintes et 521 décès.

Durant la semaine du 30 août au 5 septembre, même nombre de départements envahis (3); mais le chiffre des localités atteintes est tombé à 86 et le chiffre de la mortalité à 328. La diminution du nombre des localités est donc de 37 et du chiffre de la mortalité de 193, c'est-à-dire plus du tiers.

Enfin, pendant la quatrième semaine, du 6 au 12 septembre, il y a encore eu une légère diminution (4) :

Nombre des communes atteintes, 74; diminution, 12.

Nombre des décès signalés, 321; diminution, 7.

Ces résultats heureux sont dus en partie à la façon à la fois rationnelle et énergique dont l'épidémie a été combattue.

Bien que nos services d'hygiène soient susceptibles de plusieurs améliorations sur lesquelles M. le président du comité d'hygiène aura l'honneur d'appeler votre attention, il est juste de reconnaître que les diverses administrations auxquelles incombe en France la sauvegarde de la santé publique, ont toutes rempli leur devoir avec un grand zèle et une véritable opportunité.

Dans chaque département, en effet, dès qu'un cas de choléra, ou même un cas simplement suspect, était signalé, immédiatement le préfet et le médecin des épidémies se rendaient sur le point indiqué et prenaient d'urgence les mesures d'isolement et de désinfection que les circonstances commandaient.

Sauf sur quelques points (Arles, Perpignan, Les Omergues, Gigean, Ruoms, Vogué, etc.), qui sont devenus des foyers assez intenses, partout l'épidémie a pu rester localisée en s'attaquant seulement à quelques individus.

(1) Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardèche, Aude, Bouches-du-Rhône, Drôme, Gard, Haute-Garonne, Hérault, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Rhône, Var, Vaucluse, Yonne.

(2) Les départements énumérés dans la note ci-dessus (moins les Hautes-Pyrénées et l'Yonne), et la Corse.

(3) La Corse et les départements mentionnés dans la note (1) (les Hautes-Pyrénées et l'Yonne exceptés).

(4) Les départements atteints sont la Seine (3 décès) et les départements cités dans la note (1), moins les Basses-Alpes, les Hautes-Alpes, les Hautes-Pyrénées, le Rhône et l'Yonne.

Il est toutefois une remarque sur laquelle je vous demanderai la permission d'insister un instant : la nécessité d'améliorer et de perfectionner les conditions d'hygiène des populations et des localités qu'elles habitent, justifiée par la marche de l'épidémie et les caractères différents qu'elle a présentés suivant les conditions hygiéniques des diverses localités.

Partout où, en effet, les lois de l'hygiène étaient observées, l'épidémie a été relativement bénigne ; partout, au contraire, où les conditions sanitaires étaient mauvaises, au point de vue du régime des eaux potables, de leur mélange, par infiltration, aux matières excrémentitielles, partout où ces matières infectaient le sol d'une façon quelquefois séculaire, partout dans ces conditions le fléau a été sévère et la mortalité considérable.

C'est évidemment à des conditions différentes d'hygiène et de salubrité que nous devons attribuer l'infection du Midi opposée à l'immunité du Nord.

Toutes les fois que des cholériques ou des individus ayant à l'état d'incubation le choléra sont venus dans les villes du Nord, le choléra est resté stérile, du moins jusqu'à ce jour, et n'a pas produit autour de lui les expansions que nous avons constatées à Marseille, Arles, Perpignan, et surtout à la Spezzia et à Naples, où la mortalité dépasse de beaucoup tout ce que nous avons vu dans notre pays. Le mode si fâcheux d'évacuation des matières de vidange à Toulon et à Marseille, les conditions si mauvaises d'Arles, décrites par M. Peter dans un rapport à l'Académie sur un mémoire de M. Queyrel, n'existent pas, en effet, à un degré aussi prononcé dans les villes du centre et du nord de la France, et il y a évidemment là, pour le Nord, une cause puissante d'immunité.

On peut donc dire que la façon dont se comporte le choléra dans une ville est le réactif de sa salubrité.

M. Fauvel avait déjà exprimé une idée analogue sous une forme saisissante : un incendie n'est pas proportionné à l'étincelle qui lui a donné naissance, mais à la combustibilité et à l'agglomération des matières qu'il rencontre.

Il y a là, vous le voyez, monsieur le ministre, une démonstration évidente de l'importance de la salubrité comme moyen de résistance au développement et à l'expansion des épidémies; mais c'est avant leur apparition qu'il faut préparer les moyens pour les combattre.

Ainsi donc la marche du choléra de 1884 fournit un nouvel argument à l'idée de la réorganisation et du renforcement de nos services hygiéniques, et elle vient encore nous montrer la justesse de nos tendances actuelles en hygiène. Ce qu'il faut, en effet, encourager, ce sont les moyens rationnels, réellement hygiéniques, en les opposant aux mesures restrictives, exagérées et excessives.

Ce qui se passe en ce moment en Italie et en Espagne donne à cet égard une démonstration décisive. Comme l'a rappelé M. Brouardel, et comme l'expérience des épidémies précédentes l'avait établi, les mesures de quarantaine terrestre appliquées au milieu de populations denses ne sont qu'un moyen de renforcement et de dissémination des épidémies. Or qu'avons-nous vu ?

En France, le Conseil d'hygiène, l'Académie de médecine se sont opposés à tous ces moyens vexatoires, inutiles, dangereux même : ils se sont contentés de recommander l'application rigoureuse des mesures d'hygiène et l'installation de postes de surveillance médicaux dans certains points bien choisis des lignes de chemin de fer, postes que votre administration a établis, qui ont rassuré les populations et ont donné les plus heureux résultats. Eh bien, en France, le choléra est presque resté limité dans le bassin de la Méditerranée.

En Espagne et en Italie, au contraire, le choléra a franchi les cordons sanitaires que l'on y avait placés.

En Italie surtout, malgré les quarantaines terrestres les plus rigoureuses, le pays tout entier a été envahi : les provinces de Bénévent, de Bergame, de Campo-Basso, de Caserte, de Cunéo, de Gênes, de Marsa, de Modène, de Naples, de Parme, de Reggio d'Émilia, de Salerne, de Turin, sont toutes infectées. Le pays est envahi du nord au midi.

En outre, c'est en Italie que la mortalité a atteint les chiffres les

plus élevés. A Naples, dont la population est environ de 500,000 habitants, la mortalité dépasse en ce moment 470 par jour.

Les lazarets que l'on avait établis aux frontières sont devenus des foyers d'infection dans lesquels le principe générateur du choléra s'est multiplié et a pris un développement excessif.

L'épidémie actuelle pourrait encore donner lieu à d'autres considérations qui se trouveront exposées dans des rapports ultérieurs. J'ai voulu seulement préciser certains points qui me paraissent devoir être déduits de l'observation des faits actuels.

Ces points sont les suivants :

1° L'épidémie cholérique en France paraît en voie de déclin;

2° Les mesures conseillées pour notre pays par le comité d'hygiène et l'Académie de médecine, les seules que nous tenions pour rationnelles, ont donné d'heureux résultats ;

3° L'administration et le corps médical ont agi partout avec rapidité de décision et d'exécution ;

4° La marche et la gravité de l'épidémie ont donné presque la mesure du plus ou moins de salubrité des localités envahies ;

5° La marche de l'épidémie actuelle, comparée en France et en Italie, montre de nouveau l'inutilité et le danger des cordons sanitaires et des quarantaines terrestres et la nécessité de l'application rigoureuse des mesures d'hygiène et de salubrité.

Veuillez agréer, monsieur le ministre, l'hommage de mon profond respect.

L'Inspecteur général des services sanitaires,
A. Proust.

Le comité consultatif d'hygiène publique de France a, dans sa séance du 15 de ce mois, approuvé les conclusions de ce rapport.

TABLEAU

DES DÉCÈS CHOLÉRIQUES EN FRANCE

du 16 août au 12 septembre 1884, inclusivement, d'après les renseignements parvenus au ministère du commerce (1).

	Du 16 au 22 août.	Du 23 au 29 août.	Du 30 août au 5 septembre.	Du 6 au 12 septembre.
Alpes (Basses-). . . .	4	26	2	»
Alpes (Hautes-) . . .	13	16	1	»
Ardèche.	43	39	18	36
Aude	61	55	35	22
Bouches-du-Rhône. .	133	103	64	40
Corse	»	5	1	»
Drôme.	7	5	5	2
Gard..	29	22	5	27
Garonne (Haute-).. .	33	16	17	20
Hérault	58	35	37	27
Pyrénées (Hautes-). .	1	»	»	»
Pyrénées-Orientales. .	99	106	89	90
Rhône.	4	2	1	»
Seine	»	»	»	3
Var.	54	66	31	45
Vaucluse	52	25	22	9
Yonne.	4	»	»	»
Totaux. . .	595	521	328	321

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (2).

XXIII

Après deux heures de navigation par sauts et par bonds, on toucha enfin la rive de Porquerolles, où nous attendait un souper exquis pour les piscivores ; on commença par un mets entièrement nouveau pour nous, une espèce de soupe à la provençale connue sous le nom de *bouride*. Je m'en fis donner la recette, qui consiste à faire bouillir du poisson dans une petite quantité d'eau avec de l'huile, des oignons et de l'écorce de citron, à verser ensuite le bouillon que l'on a jauni avec un œuf sur des rôties de pain, ce qui constitue le potage. Le poisson se mange ensuite comme dans les *bouill-baysses*, et on l'assaisonne avec du *beurre de Provence*, sorte de remoulade âcre et piquante faite avec de l'ail pilé, de l'huile, du jus de citron et un jaune d'œuf; cet amalgame me parut détestable. On servit aussi des *sèches*, mollusque marin que je ne me sentis pas le courage de goûter.

20 juin. — J'employai toute la journée à parcourir l'île de Porquerolles et à en étudier l'histoire naturelle. Un fort en très mauvais état que les Anglais firent sauter lors de la prise de Toulon, une caserne où il y a soixante-dix hommes de garnison, une vigie, deux batteries pour défendre la côte, une maison fort mesquine où loge le commandant, trois autres maisons, cinq ou six champs cultivés, voilà la partie habitée et habitable de Porquerolles, du côté occidental. Tout le reste est inculte et un véritable désert. Les hauteurs montagneuses sont composées d'une roche schisteuse, traversées de veines d'un beau quartz blanc, et couvertes jusqu'à leur crête peu élevée de nombreux arbrisseaux qui forment un fourré presque impénétrable : ces arbrisseaux sont la *Bruyère en arbre*, la *Busserolle*, le *Myrte*, qui était alors en fleur, le *Pistachier sauvage*, le *Térébinthe*, le *Génévrier à baies pourpres*, le *Ciste de Montpellier*, le *Ciste à grandes fleurs roses*, un *Genêt* très épineux et, sur la plage, l'*Euphorbe pityuse*, le *Tamarisc* et le *Pin maritime*, qui est le seul arbre de haute futaie. J'y récoltai aussi un grand nombre de plantes rares et beaucoup d'insectes qui m'étaient inconnus. On dit cette île fort abondante en reptiles, et elle est renommée par la grande quantité de *puces* qu'on y trouve non seulement dans l'intérieur des maisons, mais encore aux bords de la mer, comme j'ai pu le constater. Cette particularité a valu à Porquerolles le surnom d'*île des Puces*. Au reste, la puce maritime ne diffère en rien de la puce des maisons ; celle-ci, à la loupe, est moins petite, moins maigre en quelque sorte que la puce de la plage qui jeûne beaucoup plus longtemps. J'aurais été désireux de visiter les salines des îles d'Hyères et l'île du Levant, qui est la plus curieuse des trois pour le naturaliste, mais je dus me résigner à regagner Toulon et Marseille.

26 juin. — A Marseille. — Avec l'obligeant M. Chirol, nous consacrons toute la matinée à parcourir les édifices et les établissements dignes d'être visités. La *maison de Milon* nous arrêta d'abord. Elle est située dans la vieille ville, et se fait distinguer de celles de la rue par sa vétusté. Entre le premier et le second étage, sur la façade, il y a un buste fort détérioré représentant une tête romaine. Autrefois, un autre buste faisait le pendant de celui-là sur le côté gauche de la façade ; on n'aperçoit plus qu'une portion de la corniche qui le supportait. Cette maison, d'après une tradition, aurait appartenu à Milon, l'adversaire de Clodius, qui passa cinq ans d'exil à Marseille. Nous entrons quelques instants dans l'*hôpital de la Charité*, qui est fort peu remarquable, puis à l'*hôpital Saint-Esprit*, situé en haut d'une pente fort rapide. Les salles de ce dernier établissement sont vastes, mais mal percées. Il y a un escalier en pierre d'une superbe construction, une terrasse fort agréable. Nous passons à l'*Observatoire ;* M. Thulis, qui en est le directeur, était absent ; un employé, qui a découvert six comètes, dont la dernière lui a valu cent francs de la part de M. de Lalande et trois cents francs du ministre de l'Instruction publique, nous fit voir en détail les appartements et les instruments propres à observer les astres. On a vue panoramique sur la partie occidentale de la ville et sur la mer. De l'observatoire nous descendons au port par une rue que son extrême rapidité a fait désigner sous le nom de Rompt-cul. Nous traversons le port sur un batelet pour aller à la *montagne Bonaparte*, sur la croupe de laquelle on a pratiqué une jolie promenade en spirale. Nous montons aussi par un chemin extrêmement rapide à Notre-Dame de la Garde, l'église populaire des marins, au-dessus de laquelle

(1) Ce tableau résume les documents statistiques annexés au rapport de M. le docteur Proust, documents que leur étendue ne nous permet pas de reproduire *in extenso*.

(2) Suite. — Voir le numéro du 13 septembre 1884.

est un vieux fort dont l'accès est interdit. De cette montagne, qui est à l'est de Marseille, la vue s'étend sur toute la ville, sur la pépinière de bastides qui l'entourent et sur une vaste étendue de la mer, qui était couverte d'une myriade de bateaux pêcheurs. Entrons maintenant dans le cabinet artistique d'un Italien, M. Stamati. Admirons ces jolis modèles en liège qui représentent les édifices antiques les plus remarquables de la France et de l'Italie. Avec quelle perfection étonnante il a imité les sculptures! comme toutes les proportions sont supérieurement observées dans ce superbe capitole, dans ce noble Pont du Gard, dans les Arènes de Nîmes, dans cet arc de triomphe de Constantin et tant d'autres monuments de l'architecture antique! Le canif est cependant le seul instrument dont se serve cet adroit et ingénieux artiste. Le liège se prête merveilleusement à l'imitation des ruines. Cet artiste copie non seulement la nature, mais aussi les gravures exactes. Dans la maison même où M. Stamati a établi son intéressant muséum, il y a une *manufacture de corail*, que nous visitons en détail. Voyons d'abord le corail brut, tel qu'on le récolte sur les côtes d'Afrique et même sur celles de la Provence : c'est un madrépore d'un rouge obscur à sa surface et d'autant plus estimé que les morceaux sont plus grands. Les plus gros égalent rarement le volume d'une olive, on les réserve pour les boucles d'oreilles; les autres, plus menus, sont employés à fabriquer des colliers, des bracelets, des chapelets. Voici les opérations successives de la fabrication avant que le corail soit livré au commerce. On le troue avec une aiguille que l'on fait tourner au moyen d'un arc élastique.

Il passe ensuite dans d'autres mains qui le polissent grossièrement en le frottant avec de l'émeri, enfin on lui donne le dernier poli, on trie les grains qui ne sont pas d'une même couleur, et il passe chez les bijoutiers. Voilà bien de quoi récréer les yeux et satisfaire l'esprit, mais un estomac à jeun ne s'accommode guère de corail, de liège, de télescopes et d'édifices; en conséquence, l'ami C... fit terminer notre course par la visite du *restaurant de M. Jean.* Celui-ci n'est point comparable à M. Benoit; il mérite cependant mention honorable, ne fût-ce que pour une excellente crème dont le goût me rappela une certaine *crème sur le plat*, de Champeau à Paris. La chaleur excessive nous força de rester à la maison le reste de la journée : le soir, j'allai me baigner à la mer, près de la baie des Catalans.

28 juin, à l'île de Rotono.—Dès trois heures du matin, un batelier auquel j'avais proposé la veille de me faire déporter pour toute la journée dans l'île de Rotono, vint frapper à la porte de l'hôtel et réveilla toute la maison. Je le chargeai de tous les objets nécessaires à l'expédition, sans oublier l'article des subsistances et nous nous embarquons pour les îles par un temps superbe. Deux rameurs composaient mon équipage, j'achetai pour cent sous la charge de capitaine pour toute la journée ; notre traversée dura cent vingt minutes et fut des plus heureuses. Rotono forme, avec If et Pomègue, les trois îlots situés en pleine mer, vis-à-vis le port de Marseille ; il n'y a d'autre habitation qu'un fort situé sur sa crête; sa côte est très fréquentée par les pêcheurs et conséquemment par les poissons. Je m'étais figuré que j'y ferais des découvertes en histoire naturelle, mais j'errai pendant plus de deux brûlantes heures sur son sol aride, inculte et rocailleux, pour ne trouver qu'un petit nombre de plantes maritimes communes sur presque toutes les autres côtes, presque point d'insectes. Ennuyé de me rôtir en pure perte, je m'en allai au bord de la mer pêcher des *Fucus* et des *Conferves*. Combien les botanistes *urbicoles* qui n'étudient la nature que sur les cadavres mutilés des herbiers doivent avoir des idées erronées sur ces productions marines encore bien problématiques même pour l'observateur maritime! Voyez une algue marine desséchée et voyez là vivante dans la mer, quelle énorme différence! Fixez surtout avec attention vos regards sur l'*Ulva pavonia* submergée, vous observerez que tout son limbe est garni de poils extrêmement fins ou de cils, de radicules, peut-être de *tentacules* ou de *suçoirs* qui disparaissent ou deviennent invisibles lorsqu'elle est desséchée; l'*Ulva pavonia* est-elle réellement une plante ou n'est-ce qu'un zoophyte folioforme? Pour moi, *adhuc sub judice lis est.* Un insecte tout à fait singulier vint me distraire de mes réflexions sur l'animalité ou la végétabilité des ulves et m'épargna un plus long article sur une matière qu'obscurcissent depuis longtemps les plus épaisses ténèbres.

Cet insecte est une espèce de *cloporte* qui me paraît avoir de l'affinité avec le genre *Idotée*; on les voit courir en grand nombre sur les rochers baignés par la mer. Je m'empressai d'en piquer un pour l'observer de plus près avec la loupe. Quel fut mon étonnement, quand je l'eus percé avec une épingle, de voir sortir de son corps une myriade de petits qui prirent aussitôt la fuite. Ce fait était si nouveau pour moi et me parut si piquant que je renouvelai bien vite l'expérience : celle-ci me démontra que les femelles seules étaient vivipares. Le dessous de leur abdomen est garni d'écailles mobiles qui se réunissent pour former une cavité où sont renfermés les petits. Les insectes comme les mammifères ont donc aussi leurs sarigues; j'étais curieux de savoir si les petits, après être sortis du sein maternel, venaient s'y placer de nouveau; en conséquence, je fis accoucher plusieurs femelles en les pressant sans les blesser ; mais les uns et les autres s'enfuirent dans les crevasses des rochers et je ne pus les observer. La prestesse avec laquelle les petits courent en sortant du sac abdominal semble témoigner que la marche n'est pas un exercice nouveau pour eux et m'affermit dans l'idée où je suis qu'ils reviennent dans l'espèce de capsule sous-abdominale. Cet insecte se nourrit sans doute des animalcules abandonnés par les vagues.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 3 septembre, M. le docteur Baptiste Roussy est nommé médecin du Bureau de bienfaisance du Ve arrondissement de Paris.

— *Choléra.* — L'épidémie cholérique nous fournit les chiffres suivants depuis notre dernier bulletin :

Toulon. — Le 18 septembre 1884, 3 décès. — A l'hôpital Bon-Rencontre, 1 entrée, 1 sortie, 1 décès, 3 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 0 entrée, 3 sorties, 0 décès, 6 malades en traitement. — Le 19 septembre, 0 décès. — A l'hôpital Bon-Rencontre, 2 entrées, 0 sortie, 0 décès, 5 malades en traitement. A l'hôpital Saint-Mandrier, 1 entrée, 1 sortie, 0 décès, 6 malades en traitement. — Le 20 septembre, 1 décès. — A l'hôpital Bon-Rencontre, 2 entrées, 2 sorties, 1 décès, 4 malades en traitement. A l'hôpital Saint-Mandrier, 0 entrée, 0 sortie, 0 décès, 6 malades en traitement.

Du 20 au 21 septembre, 3 décès, dont 2 dans la banlieue.

Marseille. — Du 17 au 18 septembre, 7 décès. — Du 18 au 19 septembre, 0 décès. — Le 18 septembre, 16 malades en traitement à l'hôpital du Pharo. — Du 19 au 20 septembre, 2 décès. — Le 19 septembre, 2 entrées et 18 malades en traitement à l'hôpital du Pharo. — Du 20 au 21 septembre, 6 décès.

Vaucluse. — *Le Bontet* (banlieue d'Avignon), 1 décès. — *Cavaillon*, 2 décès. — *Sorgues*, 1 décès. — Asile des Aliénés de *Montdevergnes*, 1 décès.

Sainte-Colombe, 1 décès.

Var. — *La Seyne*, 4 décès. — *Tourves*, 1 décès.

Gard. — *Bessèges*, 4 décès. — *Nîmes*, 2 décès. — *Sauve*, 1 décès.

Ardèche. — *Villeneuve-de-Berg*, 3 décès, ce qui porte à 18 le chiffre des cholériques qui ont succombé dans cette localité depuis le commencement de l'épidémie.

La Villedieu, 4 décès et 2 malades actuellement en traitement. Depuis le 21 juillet, début de l'épidémie dans cette localité, on compte une soixantaine de décès.

Saint-Remèze, 3 décès et 23 malades en traitement dont 12 sont à peu près convalescents. Du 17 août à ce jour on compte 46 décès cholériques à Saint-Remèze.

Pyrénées-Orientales. — *Thuir*, 2 décès. — *Estoher*, 2 décès, plusieurs malades en traitement dont 2 sont dans un état grave. — *Vinça*, 2 décès. — *Prades*, 3 décès. — *Cattlar*, 1 décès. — *Perpignan*, 1 décès. — *Saint-Marsal*, 1 décès et 3 cas nouveaux. — *Corneilla del Vercol*, 1 décès. — *Finestrel*, 1 cas nouveau.

Yonne. — *Les Noyers*, 6 cas nouveaux et 4 décès.

Paris. — Du résumé de la trente-huitième semaine de 1884 (vendredi 12 au jeudi 18 septembre), publié par le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale*, il résulte que le service de statistique n'a reçu, pendant cette période, avis « d'aucun cas de choléra ni de maladies y ressemblant ».

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* nous donne les chiffres suivants touchant l'épidémie cholérique pendant les journées du 17, du 18 et du 19 septembre 1884, pour les provinces déjà contaminées d'Aquila, de Bergame, de Campo-Basso, de Caserte, de Crémone, de Cuneo, de Gênes, de Massa, de Naples, de Novare, de Parme, de Pérouse, de Reggio d'Emilia, de Turin, etc.

Le 17 septembre, 646 cas nouveaux et 357 décès. Dans ces chiffres la ville de *Naples* est comprise pour 507 cas nouveaux et 283 décès, et la *Spezzia* pour 10 cas nouveaux et 10 décès. De plus, à Rome, on a signalé un cas suspect.

Le 18 septembre, 606 cas nouveaux et 363 décès. La ville de *Naples* compte, dans ces nombres, 437 cas nouveaux et 283 décès, et la *Spezzia* 21 cas nouveaux et 5 décès.

Le 19 septembre, 559 cas nouveaux et 312 décès, parmi lesquels les villes de Naples et de la Spezzia sont comprises encore, la première pour 385 cas et 236 décès, la seconde pour 20 cas et 12 décès.

Espagne. — Les bulletins officiels nous donnent les chiffres suivants pour la même période : *Alicante*, 1 décès. — *Elche*, 12 cas nouveaux et 10 décès. — *Monforte*, 6 cas nouveaux et 8 décès. — *Novelda*, 4 cas nouveaux et 8 décès. — *Villafranquez*, 3 cas et 2 décès. — *San-Vicente*, 1 cas. — *Pallargas*, 1 décès.

— Nous recevons de M. le maire de Nice communication du document suivant relatif à l'état sanitaire de Nice et des stations du littoral :

Déclaration du corps consulaire en résidence à Nice, Cannes et Menton. — Au moment de la disparition de l'épidémie cholérique qui a sévi à Toulon, à Marseille et dans quelques localités environnantes, les Consuls soussignés, résidant à Nice, Cannes et Menton, s'empressent de porter à la connaissance de leurs nationaux respectifs :

1° Que la ville de Nice et les stations du littoral qui l'avoisinent, grâce à l'excellence de leur climat et aux sérieuses précautions hygiéniques qui y ont été promptement et efficacement prises par les municipalités, ont été complètement indemnes de la maladie et que jamais la santé publique n'y a été plus parfaite ;

2° Que la quarantaine qui avait été établie, comme mesure préventive, à la limite Ouest du territoire de Nice, au quartier du Var, a été supprimée, dès le 6 septembre courant, ce qui permet, depuis lors, aux voyageurs d'entrer en ville, sans avoir à remplir aucune formalité ni à subir le moindre retard.

Rendant hommage à la vérité, nous nous faisons, en conséquence, un devoir et un plaisir de déclarer publiquement et formellement, dans un but d'intérêt général et pour que nos nationaux soient sûrement informés du véritable état sanitaire de ces pays du soleil, que la colonie étrangère qui, au retour de la saison rigoureuse, a pour habitude d'y venir prendre ses quartiers d'hiver, peut, comme à l'ordinaire, en pleine sécurité, se rendre à Nice, Cannes et Menton, et en général le long de la partie du littoral méditerranéen comprise entre Hyères et San Remo.

En foi de quoi, les Consuls ont signé la présente déclaration.

Nice, le 16 septembre 1884.

(*Suivent les signatures.*)

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16759.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. La maladie de Bright, les albumines de l'urine; traitement de l'albuminurie brightique. — Des sections contuses. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe SESSION, 1884). Congrès de Blois. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie ayant sursis, comme il avait été convenu dans la dernière séance, à la suite de la discussion sur le choléra, la séance a été presque entièrement remplie par la lecture des rapports officiels sur les eaux minérales et sur les remèdes secrets.

Au commencement de la séance, M. Leroy de Méricourt a lu une note communiquée par son intermédiaire à l'Académie, par son collègue de la marine M. le professeur Bourru (de Rochefort), sur la désinfection des salles et des objets de literie et vêtements dans les hôpitaux de la marine par l'emploi du gaz sulfureux. On verra dans cette très intéressante note, que nous reproduisons presque textuellement dans le compte rendu de la séance, quels sont les services que rend depuis longtemps l'emploi de ce mode de désinfection dans les hôpitaux maritimes.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. JACCOUD.

La maladie de Bright, les albumines de l'urine; traitement de l'albuminurie brightique (1).

II

Nous avons vu jusqu'à présent que les urines albumineuses pouvaient contenir plusieurs sortes d'albumine : la sérine, la globuline et les peptones. Nous avons vu aussi qu'il n'existait aucune relation nécessaire, quoiqu'on l'ait prétendu à une certaine époque, entre ces deux dernières albumines notamment — la globuline et les peptones — et l'existence d'une lésion rénale, puisqu'elles se rencontraient fréquemment dans un certain nombre d'affections où les urines étaient albumineuses par altération du sang, en dehors de toute lésion des reins, affections telles, par exemple, pour n'en citer que quelques-unes, que la fièvre typhoïde, parvenue à la seconde période, la pneumonie franche en voie de résolution, etc.

(1) Suite. — Voir le numéro du 18 septembre 1884.

Ce qui est vrai, c'est que la gravité de la maladie de Bright est en rapport avec la quantité de l'albumine contenue dans l'urine.

Par les réactifs dont on se sert ordinairement pour rechercher l'albumine dans l'urine, précipite-t-on autre chose que de la sérine? Oui, certainement; mais on ne précipite pas tout. Par la chaleur, par l'acide nitrique, par le réactif picro-acétique, on précipite la sérine et la globuline, s'il y en a, mais non la peptone, de telle sorte que le précipité peut contenir à la fois les albumines des deux premiers groupes. Lorsque, par l'addition d'acide nitrique à l'urine albumineuse, on obtient un précipité, on peut apprécier assez approximativement l'abondance de l'albumine; mais si, à froid, on ajoute un excès d'acide nitrique, il arrive souvent que le précipité diminue. Pourquoi? Qu'est-ce que cela signifie? Que la partie du précipité qui est ainsi dissoute par l'acide en excès est la globuline, de sorte que ce qui reste d'albumine dans le tube est la sérine, sur laquelle l'excès d'acide ne réagit pas. C'est ainsi que l'on peut arriver à séparer ces deux albumines l'une de l'autre. Ici la chimie a donc un intérêt pathologique incontestable. Mais, en réalité, le procédé réellement exact pour doser l'albumine de l'urine n'est pas encore celui-là, mais bien celui qui repose sur l'action du sulfate de magnésie, dont on doit saturer à froid l'urine albumineuse. Du reste, afin que le mélange soit absolument saturé, on ajoute encore quelques cristaux de sulfate de magnésie. Dans ces conditions, tous les flocons albumineux qui se forment dans le verre sont dus à la globuline; on décante toute la partie floconneuse, et le liquide qui reste ne contient plus que la sérine et les peptones si l'urine en contient.

Un autre procédé que je dois aussi mentionner est celui qui consiste à faire passer un courant d'acide carbonique dans l'urine, lequel, en précipitant la globuline, sépare celle-ci des autres albumines.

Quant à la recherche des peptones, voici comment elle peut s'effectuer après la séparation de la globuline. Aucun des réactifs ordinaires de l'albumine que nous avons indiqués ne précipite les peptones; il en est de même de la solution acétique de ferro-cyanure de potassium. Mais alors que devons-nous faire? Quel moyen employer? Il faut enlever la sérine par l'un des réactifs ordinaires ou par la chaleur qui la précipitent en entier; on filtre le tout, de telle sorte que l'urine qui passe à travers le filtre ne contient plus de sérine. On éprouve alors l'urine, soit par le réactif de Tanret, soit par le nitrate acide de mercure, soit aussi par une solution concentrée de tannin. Si ces réactifs donnent

lieu à un précipité, c'est que l'urine contient des peptones; lorsque l'on emploie le nitrate acide de mercure, le précipité revêt une coloration d'un rouge intense; lorsque l'on se sert du réactif de Tanret, il faut bien s'assurer auparavant que le malade n'a pas pris d'alcaloïde; dans le cas contraire, on aurait soin de traiter le précipité obtenu par la chaleur, qui fait disparaître le précipité, lorsque celui-ci est dû à la présence d'un alcaloïde, tandis que le précipité dû à l'existence de peptones dans l'urine persiste. Quoi qu'il en soit, lorsque l'on veut rechercher dans l'urine la présence des peptones, et qu'on a dépouillé l'urine de son albumine, il faut, — condition préalable à l'emploi des réactifs, — avoir soin de bien s'assurer que ladite urine ne contient plus d'albumine, et cela par les réactifs ordinaires de cette substance, c'est-à-dire que l'on recommence les procédés que nous avons déjà indiqués, jusqu'à ce que l'on constate que l'urine n'en contient plus.

A la présence des peptones dans l'urine se rattache une particularité intéressante qui montre combien, dans certains cas, il peut être utile de rechercher ces peptones et d'en dépouiller l'urine. Voici le fait : la présence des peptones dans l'urine empêche la réduction des sels de cuivre par le sucre, de telle sorte que — conclusion pratique — si, chez un malade les symptômes que vous observez vous donnent lieu de soupçonner quelque diabète sucré, quelque glycosurie, et que néanmoins l'emploi des réactifs cupriques n'ait décelé dans son urine aucune trace de sucre, il ne faut cependant pas se hâter de se prononcer pour la négative, du moins tant que l'on n'aura pas constaté la présence ou l'absence de peptones dans cette même urine, sinon l'on courrait le risque grave d'un diagnostic erroné.

Mais ceci n'est qu'une phrase incidente ; je reviens au sujet qui nous occupe plus spécialement dans ces leçons sur l'albuminurie, et je termine pour aujourd'hui, réservant le chapitre non moins important de la thérapeutique de l'affection brightique, traitement hygiénique et médication.

En résumé, dans les limites où j'ai cru devoir me tenir pour l'étude chimique de l'albumine urinaire, les faits dont j'ai parlé, et notamment la question des trois groupes d'albumine que l'on peut rencontrer dans les urines albumineuses, et qu'il faut savoir distinguer et reconnaître par les procédés d'analyse chimique par les divers réactifs que j'ai énumérés, ces faits, dis-je, il est absolument nécessaire de les connaître aujourd'hui, et nul, dans l'état actuel des sciences médicales, ne doit les ignorer; car de là, comme j'ai eu soin de l'indiquer, découlent des indications pratiques importantes.

DES SECTIONS CONTUSES (1)

Par M. le docteur GUERMONPREZ (de Lille).

III

Si des généralités nous passons aux faits précis, nous trouvons les chutes sous les trains dans les chemins de fer. On y rencontre parfois plus que le broiement. On peut avoir affaire à une amputation produite accidentellement (Gaujot), à une section contuse :

« Tous les chirurgiens ont été frappés de la gravité extrême des écrasements des membres par les roues de voiture et surtout par celles des wagons de chemins de fer.

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 septembre 1884.

« Si on s'attache trop à la chirurgie conservatrice, écrit M. Verneuil, si on ampute trop près du foyer de la contusion, on voit souvent se développer dans le moignon des inflammations violentes et la gangrène. L'autopsie des membres écrasés explique ces accidents; elle montre dans la profondeur, à une distance souvent très grande du point où a passé le corps contondant, les muscles arrachés, les nerfs et les vaisseaux déchirés par distension, les téguments décollés à leur face profonde, etc. Il y a, *au delà des limites de l'attrition proprement dite* et de la désorganisation produites par la pression, une zone plus ou moins étendue dans laquelle les désordres, pour avoir une autre origine, n'en sont pas moins graves, et que le COUTEAU DOIT DÉPASSER sous peine d'un revers presque certain (1). »

Ce jugement de l'un des hommes les plus autorisés à traiter de la chirurgie conservatrice, ce jugement ne saurait être négligé.

Bien des faits pourraient être cités à l'appui, surtout lorsque la section contuse porte sur la diaphyse des os longs.

Un homme d'équipe de Somain s'est fait écraser la cuisse gauche et la jambe droite. La cuisse gauche a dû être amputée à son tiers supérieur, la jambe droite au lieu d'élection. Ces deux opérations ont été faites avec un plein succès et aujourd'hui, grâce à un appareil prothétique, le malheureux peut encore gagner sa vie (2).

Un charretier de la gare de Clermont a eu la jambe gauche et le pied droit écrasés, ce qui a nécessité une double amputation qui a été faite à l'hospice de Clermont et a été suivie d'un plein succès (3).

Un cantonnier, tombé sous un train, dans la circonscription de M. Boitelle, subit la double amputation d'un bras et d'une jambe. Il est parfaitement guéri (4).

En 1873, MM. les docteurs Trencart et Rousseau pratiquent, à l'hôpital d'Hirson, l'amputation des deux jambes d'un voyageur ainsi mutilé pour être descendu d'un train en marche. La guérison fut rapidement obtenue (5).

Il n'en est plus de même lorsque les désorganisations traumatiques se prolongent à une certaine hauteur. Il faut alors ou bien suivre le précepte de MM. Verneuil et Marchand et porter le couteau assez haut pour dépasser la limite de la désorganisation, — ou bien se résigner à la longue durée du traitement, comme l'indique l'observation suivante.

Le 20 mai, le docteur Boitelle, de Bohain, est appelé auprès d'un cantonnier *auxiliaire* qui, en poussant un wagon chargé de rails, glissa et plaça sa jambe sur le rail de la voie entre les roues du wagonnet; celui-ci, continuant sa marche, lui broya littéralement la jambe droite. L'amputation fut pratiquée au lieu d'élection; l'opération terminée, on dut réséquer une saillie osseuse et on s'aperçut que la partie du tibia conservée était fracturée dans sa longueur jusqu'à l'articulation du genou. Malgré le mauvais état du lambeau dont la peau était arrachée et décollée jusqu'à l'articulation fémoro-tibiale, M. Boitelle ne voulut pas pratiquer une seconde amputation à la cuisse. Les chairs se sphacélèrent, mais au bout de deux mois l'amputé pouvait circuler et il finit par guérir (6).

(1) A. Verneuil et A. Marchand, *Dict. encycl. des Sc. méd.*, art. CONTUSION. Paris, 1877, 1re série, t. XX, p. 109.
(2) Gros, *Rapport sur le service médical du chemin de fer du Nord en* 1868. Paris, 1869, p. 23.
(3) Id., *Rapport pour* 1872. Paris, 1873, p. 5.
(4) Id., *Rapport pour* 1868. Paris, 1869, pp. 23-24.
(5) Id., *Rapport pour* 1873. Paris, 1874, p. 4.
(6) Id., *Rapport pour* 1872. Paris, 1873, pp. 4-5.

Il arrive toutefois, dans ces circonstances, comme dans toutes les autres, que des influences multiples contribuent à prolonger la durée du traitement, alors même que l'intervention chirurgicale ne laisse aucune place à la discussion.

Un sous-chef de gare de Lens, qui traversait la voie pour recevoir un train de voyageurs, fut renversé par un train de marchandises venant en sens inverse et dut subir l'amputation de la jambe. Le tempérament extraordinairement nerveux, la constitution fortement débilitée du sujet, firent que la guérison fut longue et difficile. L'amputation a été pratiquée par le docteur Lequette, à l'hôpital de Lens, où le patient fit en deux fois un séjour de 289 jours (1).

De tous ces faits, relatifs aussi souvent aux sections contuses qu'aux écrasements, nous retiendrons ce passage du rapport du docteur Gros pour 1868 : « L'amputation a presque toujours été immédiate. » (P. 23.)

Avant de terminer cette étude, nous signalerons encore deux faits d'une certaine importance, l'un en raison de la valeur fonctionnelle de l'organe mutilé, l'autre à cause de la curieuse adaptation des débris à un travail professionnel quelque peu pénible.

En janvier 1861, un ouvrier, âgé de 27 ans, prenait part au montage d'une machine locomobile à l'usine de Fives-Lille, lorsqu'une longue et lourde pièce de fer, nommée longeron, vint à tomber; le pouce gauche est atteint. Toute la phalange unguéale est séparée. Dans la plaie se trouvent de nombreuses esquilles, que l'on retire aussitôt. Ce qui reste répond à peine à la moitié de la phalange métacarpienne.

Quatre semaines après l'accident, l'ouvrier reprend son travail; il est actuellement frappeur, ce qui témoigne de la vigueur conservée du pouce ainsi mutilé. Antérieurement, il exerçait la profession de dresseur, c'est-à-dire qu'il présentait des pièces aux machines-outils, et par conséquent faisait preuve d'une certaine dextérité.

Si cette main rend encore de si grands services, il faut cependant le reconnaître, elle est remarquablement diminuée : l'éminence thénar est profondément atrophiée; les mouvements du débris de pouce peuvent encore être obtenus dans le sens de l'extension; mais la flexion de la phalange sur le métacarpien ne peut se faire que dans une étendue de 12° à 15° (fig. 17 et 18).


Fig. 17.


Fig. 18.

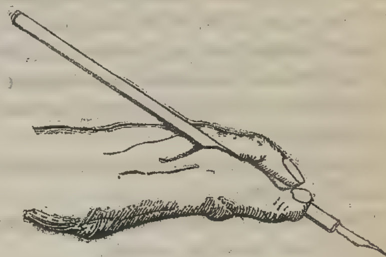
Le 1er août 1871, le chef-visiteur W... (Désiré), âgé de trente ans, est renversé sur la voie du chemin de fer de Lille à Béthune et transporté aussitôt à La Bassée.

(1) Gros, *Rapport pour* 1872. Paris, 1873, p. 5.

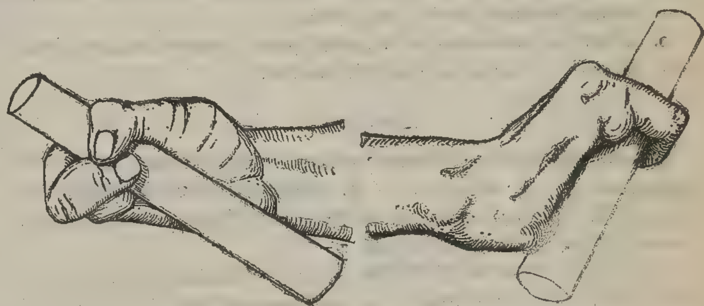
Parmi d'autres lésions, M. le docteur Pollet trouve une section contuse de tout le bord cubital de la main droite, avec perte de trois doigts et apparence très irrégulière de la plaie. Les deux derniers métacarpiens sont immédiatement désarticulés et aussi le débris du doigt médius.

Vers le 28, la guérison est obtenue.

Le 15 septembre, il commence à se servir d'une plume (fig. 19); puis il manie des instruments légers; faisant ensuite des progrès successifs, il acquiert une véritable vigueur.


Fig. 19.

Actuellement tamponnier, il manie des pièces qui pèsent toutes environ 50 kilogrammes. Pour réparer ces tampons, il les enlève à l'aide des deux mains, frappe du marteau et manœuvre au besoin une grosse masse de forgeron. Pour manier le marteau, il se sert du pouce et de l'index comme les autres ouvriers (fig. 20 et 21) et il supplée à l'absence des autres doigts en appuyant énergiquement le manche du marteau sur le bord cubital de sa main, ou plutôt sur le troisième métacarpien et sur ce qui reste de l'éminence hypothénar. Dans ce mouvement, il jouit de la plus grande souplesse dans les articulations du carpe.


Fig. 20. *Fig. 21.*

Il en est de même lorsqu'il écrit : les doigts ne font guère de mouvements; il semble que le poignet soit appelé à y suppléer.

Les figures ci-jointes (fig. 22 et 23) permettent d'apprécier l'étrange configuration de cette main mutilée. L'index est dévié par rapport à son métacarpien; il suit du côté interne une direction tellement oblique que, dans l'état de complète extension, sans prendre point d'appui sur une table, comme il a été nécessaire de le pratiquer pour les dessins, le métacarpien fait, avec la phalange contiguë, un angle de près de 80°.


Fig. 22.


Fig. 23.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 septembre 1884. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend :

1° Une lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique, transmettant l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Cornil dans la section d'anatomie pathologique.

(M. Cornil, présent à la séance, est invité à prendre place parmi ses collègues).

2° Une lettre du même Ministre relative à un travail envoyé pour le prix Saint-Paul.

3° Des lettres du Ministre du Commerce relatives aux eaux minérales et aux remèdes secrets.

M. le Président fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire de l'un de ses membres, M. Oulmont. M. Oulmont ayant exprimé le désir que ses obsèques fussent des plus simples et qu'il n'y fût prononcé aucun discours, on a dû se conformer à sa volonté. Une députation de l'Académie a assisté à ses obsèques; mais aucun discours n'a été prononcé.

M. Leroy de Méricourt a la parole pour donner lecture d'une note adressée à l'Académie par M. Bourru.

LECTURE

Emploi du gaz sulfureux comme désinfectant dans les hôpitaux de la marine. — **M. Leroy de Méricourt**, au nom de M. Bourru, professeur d'hygiène à l'École de Rochefort, donne lecture de la note suivante :

« Les expériences de M. Vallin sur la pénétration du gaz sulfureux, sur l'action qu'il exerce sur les tissus et les métaux, rendent toute nouvelle recherche à peu près inutile; toutefois, ayant voulu juger de nos propres yeux, nous avons institué, M. l'aide-pharmacien Cazeau et moi, les expériences suivantes :

Dans une chambre de 51 mètres cubes de capacité, le 16 août dernier, nous avons suspendu un matelas, un traversin, un oreiller de plumes, une couverture de laine pliée en seize doubles, une autre couverture de laine roulée en trente-deux doubles, les deux bouts du rouleau solidement liés d'une corde. Sous chaque pli de la couverture, à différentes profondeurs du matelas et des oreillers, nous avons placé des papiers bleus de tournesol qui rougissent au moindre contact des vapeurs sulfureuses. Dans trois vases disposés sur le sol fut allumée la quantité totale de 1k,020 de soufre (20 grammes par mètre cube). Six heures après nous pouvions pénétrer et demeurer dans la chambre sans être incommodés, tant le mauvais état du plafond et des ouvertures avait laissé aux vapeurs une issue facile; en revanche, celles-ci avaient empli pendant plusieurs heures un grenier situé au-dessus. Malgré ces conditions défectueuses, le matelas, le traversin, la couverture non roulée, étaient pénétrés partout; au centre de l'oreiller de plumes le papier n'avait pas rougi; et le rouleau de trente-deux doubles de couverture n'était pénétré qu'à moitié sur seize épaisseurs.

Deux jours après, dans une chambre mieux close, les mêmes objets demeurèrent vingt-quatre heures en contact avec le gaz; l'oreiller fut complètement imprégné, mais le rouleau de couverture était encore épargné dans ses plis les plus profonds. Il est juste de remarquer que la difficulté avait été exagérée outre mesure.

Depuis le temps indéfini que le moyen est employé notamment pour les vêtements des galeux, jamais la laine, la plume, le linge n'ont été sensiblement détériorés, modifiés même. Les métaux sont ternis; les boutons d'uniforme, les pommes des lits d'hôpital deviennent grisâtres, mais un fourbissage suffit à leur rendre leur couleur et leur poli. Quand on désinfecte une salle, nos infirmiers se contentent de jeter un des matelas sur la tête, l'autre sur le pied du lit.

Ces résultats d'une expérience banale et quotidienne, qui dure depuis nombre d'années, nous font attacher le plus grand prix à la désinfection par le gaz sulfureux. Aussi, au mois de juillet dernier, M. le Préfet maritime ayant institué une commission chargée d'examiner tous les établissements de la marine de Rochefort et de signaler les desiderata de l'hygiène, cette commission, dont j'avais l'honneur d'être le rapporteur, a proposé et fait adopter pour l'hôpital de la marine un établissement complet de désinfection.

Si nous passons à la désinfection des locaux, voici les résultats des dernières opérations pratiquées récemment à l'hôpital de Rochefort.

Un pavillon d'isolement en bois a reçu 35 varioleux, du 23 décembre au 21 mars. Le dernier de ces malades étant sorti de l'hôpital, on fit, le 23 mars, la désinfection du pavillon. La literie relevée sur le lit, les ouvertures bien fermées, on alluma le soufre en plusieurs réchauds (20 grammes par mètre cube); vingt-quatre heures après, on ouvre et on aère. Le 18 mai, ce pavillon est ouvert aux malades atteints de rougeole; aucun n'a contracté la variole.

Pendant les mois de février, mars et avril, un autre pavillon semblable reçoit plusieurs rougeoles. Le 1er mai fut faite la désinfection comme ci-dessus. Le 5 mai seulement, on fut obligé d'installer dans ce pavillon tout le service des sous-officiers blessés et fiévreux. Aucun d'eux ne contracta la rougeole.

Au mois d'avril, la salle de clinique présenta plusieurs cas simultanés de diphtérie cutanée. Tout de suite elle fut évacuée et traitée, le 25 avril, par les fumigations au soufre. Quand les malades y furent réintégrés, deux mois après, la diphtérie ne reparut pas.

Enfin, dit en terminant M. Bourru, nous nous sommes demandé quel était le meilleur procédé pour produire le gaz désinfectant. Le soufre nous paraît de beaucoup préférable au sulfure de carbone. Nous croyons donc n'avoir rien de mieux à faire suivre que la pratique traditionnelle de nos hôpitaux. »

RAPPORTS

Eaux minérales. — **M. Proust** (secrétaire annuel) lit, pour M. Gautier absent et au nom de la commission des eaux minérales, une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter, dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Remèdes secrets. — **M. Méhu**, au nom de la commission des remèdes secrets, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions sont adoptées également sans discussion.

A quatre heures et demie, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe SESSION, 1884).

Congrès de Blois (1).

V

Cystocèle vaginale. — Dans une seconde communication, M. le docteur Delthil esquisse rapidement l'historique de cette affection assez rare, dit-il, dont la première description date seulement du siècle dernier (Robert et Méry, en 1713, sont les premiers à parler de cette affection) et dont le traitement n'a jamais été régulièrement institué.

Il communique ensuite une observation dans laquelle la malade a été traitée et guérie, en un mois et demi, par l'emploi simultané de la sonde américaine de Sims dans la vessie et d'un ballon à air dans le vagin.

Il s'agit d'une femme de soixante-deux ans, ayant eu sept enfants, atteinte depuis douze ans déjà d'une cystocèle vaginale. La malade était très émaciée, amaigrie par suite de la fermentation permanente de l'urine, réduite enfin à un état voisin de consomp-

(1) Voir le numéro du 20 septembre 1884.

tion définitive. Après avoir reconnu la nature de l'affection, M. le docteur Delthil prescrivit un repos absolu au lit, introduisit dans le vagin un pessaire à air, assez volumineux, long et de forme rectangulaire, que l'on devait retirer deux fois par jour pour le laver et pour pratiquer des injections avec une solution tannique dans le vagin. D'autre part, il plaça dans la vessie une sonde américaine de Sims à double courbure, que l'on devait également retirer deux fois par jour pour la nettoyer et déboucher les yeux de l'extrémité introduite dans la vessie. De plus, M. Delthil faisait faire une fois par jour une injection d'eau tiède boratée pour laver la cavité vésicale, eau tiède qui fut remplacée, dans les derniers quinze jours, par de l'eau froide.

Sous l'influence de ce traitement l'état général ne tarda pas à s'améliorer, l'appétit reparut, la malade reprit de l'embonpoint et au bout de quarante-cinq jours elle se levait parfaitement guérie.

L'auteur conclut en disant que la cystocèle vaginale pourrait être traitée avec succès par l'emploi simultané de la sonde de Sims dans la vessie et du ballon à air rectangulaire en caoutchouc dans le vagin.

Tranfusion du sang. — M. le docteur Lantier (de Corbigny) appelle l'attention des membres de la section des sciences médicales sur son appareil chirurgical pneumatique à effets triples et indépendants, dont il se sert pour la transfusion du sang.

Le sang est recueilli sous une couche d'huile dans un flacon où le vide a été préalablement fait et maintenu dans un bain-marie à une température constante de 37 degrés centigrades. Il y arrive au moyen d'une longue aiguille canalisée dans son axe longitudinal jusqu'au niveau de sa pointe. Une échelle graduée indique la quantité de sang extrait du vaisseau, chacun des traits correspondant à 20 centimètres cubes. Pour faire pénétrer le liquide sanguin dans la veine du malade ou du blessé, il suffit de substituer au vide préalable une légère pression atmosphérique sur la couche d'huile; on voit alors le sang remonter par le tube intérieur et s'écouler lentement dans l'aiguille creuse introduite dans la veine à injecter.

Cet appareil, dit l'auteur, rend l'opération de la transfusion pratique, sûre, facile et complète.

— Dans une seconde communication, M. Lantier traite des effets de la teinture balsamique contre la blennorrhagie et les chancres vénériens et syphilitiques.

Gangrène spontanée des orteils traitée par le thermo-cautère. — Il s'agit d'un homme jouissant, en apparence, d'une bonne santé, mais, en réalité, alcoolique et diabétique, chez lequel la section un peu profonde d'un cor, situé au cinquième orteil du pied gauche, fut suivie d'une plaie au niveau de l'articulation de la deuxième phalange avec la troisième, qui, loin de se cicatriser, ne fit que tendre à s'ulcérer de plus en plus, s'accompagnant de douleurs de plus en vives aussi.

Des pansements faits avec la poudre de quinquina n'ayant produit aucun résultat et le mal s'accentuant de plus en plus, on dut pratiquer la désarticulation. Mais bientôt des phénomènes de gangrène se manifestèrent sur les lambeaux, gagnant promptement le quatrième orteil, et M. le docteur Bessette (d'Angoulême) fut appelé auprès du malade. Il pratiqua immédiatement, avec le thermo-cautère, un certain nombre de scarifications en ayant soin de dépasser les limites du mal, et le malade fut pansé avec la solution phéniquée à 5 p. 100. Les accidents paraissaient arrêtés et l'on pouvait espérer une assez prompte guérison, lorsqu'une nouvelle plaque gangreneuse apparut encore, nécessitant l'amputation du quatrième orteil, ainsi que du quatrième et du cinquième métatarsiens. Malheureusement, cette nouvelle intervention ne parvint pas à arrêter les progrès du mal, et M. Bessette dut intervenir de nouveau et procéder avec le thermo-cautère à l'amputation de Chopart. Grâce à cette nouvelle opération, la lésion fut enfin enrayée dans sa marche envahissante, la situation générale s'améliora et le malade marcha vers une guérison qui, six mois plus tard, était complète; dès ce moment aussi les urines ne renfermèrent plus aucune trace de sucre.

Traitement de la pneumonie franche par les bains froids — La pneumonie étant causée par le développement, dans le corps de l'homme, d'un microbe spécifique, ainsi que M. le docteur Edmond Chaumier l'a soutenu dans sa première communication (1), on devra tenir grand compte de cette donnée étiologique, dit-il aujourd'hui dans un second et important travail, et se baser sur elle pour établir un traitement.

On ne devra pas surtout au poison qui existe dans l'organisme ajouter un second poison qui peut occasionner la mort aussi bien que le premier. Or c'est précisément ce que l'on fait : on donne du poison à un empoisonné. Et on ne se contente pas de ce mode de faire, on diminue par les saignées sa force de résistance, on augmente sa dyspnée par les vésicatoires.

Les statistiques prouvent que la pneumonie abandonnée à elle-même guérit mieux que celle qui est traitée par les saignées, les vésicatoires, l'émétique, etc.

Si on ne peut rien pour la guérison, ne peut-on rien pour le soulagement du malade?

Plusieurs auteurs ont tenté les bains froids qui avaient si bien réussi dans les autres maladies infectieuses. M. Chaumier a lui-même baigné quinze malades : quatorze enfants et un jeune homme de vingt ans. Tous ont guéri ; mais tous auraient guéri sans traitement, parce que les enfants, lorsqu'on ne les médicamente pas, guérissent toujours de pneumonie.

A chaque bain, il se produisait une amélioration considérable, le pouls diminuait de 10 à 32 pulsations. Il y avait de 6 à 14 respirations de moins par minute; et le thermomètre descendait de 1°,7 après un bain de dix minutes.

Cette amélioration durait de deux à trois heures. On donnait deux ou trois bains par jour, bains de 28 degrés à 32 centigrades.

Après avoir rapporté toutes ces observations, l'auteur conclut de la manière suivante :

1° Les bains froids ne présentent aucun danger dans la pneumonie, à quelque période qu'on les emploie;

2° Ils diminuent la température, ils diminuent la fréquence des battements du cœur, ils font disparaître les bruits de souffle causés par la fièvre ; ils diminuent considérablement aussi la dyspnée, ils calment la soif et permettent une alimentation plus abondante.

3° N'ayant expérimenté que sur des cas qui auraient guéri sans traitement, M. Chaumier garde encore une sage réserve et n'ose pas dire, en se basant seulement sur ses propres observations, que ces bains diminuent la mortalité ; cependant tout porterait à le croire;

4° Chez les adultes, pour obtenir une amélioration durable, on devra donner un bain toutes les deux ou trois heures.

De l'asthme chez les jeunes enfants. — M. le docteur Chaumier communique un nouveau travail sur cette question et cite trois observations à l'appui.

De ses nouvelles recherches il résulte que, contrairement à ce que l'on croit et à ce que l'on enseigne généralement, l'asthme est une maladie assez fréquente chez les enfants.

Les auteurs qui se sont le plus occupés de pædiatrie nient l'existence de l'asthme dans l'enfance. Cependant plusieurs auteurs, entre autres Salter, Trousseau, etc., en ont rapporté un certain nombre d'observations. (M. Chaumier en a observé lui-même six cas depuis cinq ans.)

Chez tous les petits malades, il avait affaire à des attaques à forme catarrhale, ne ressemblant que de fort loin à l'attaque classique, très rare du reste chez l'adulte.

On confond généralement l'asthme avec la bronchite à forme suffocante ou bien avec la tuberculose des ganglions péribronchiques. Il est utile de différencier ces maladies les unes des autres, car elles réclament des traitements différents.

Dans l'asthme, notre confrère a essayé l'iodure de potassium, l'iodure d'éthyle, l'oxygène, diverses fumigations. De tous ces agents, l'iodure d'éthyle est celui qui lui a semblé le mieux réus-

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 844.

sir. Cependant il conseille de tenter tour à tour ces différents moyens.

Souvent l'asthme disparaît de lui-même à un certain âge : ainsi une petite fille, âgée aujourd'hui de dix ans, a été sujette jusqu'à cinq ans à des attaques d'asthme; depuis lors elles n'ont jamais reparu; de même son frère, âgé de trois ans, n'a plus d'attaques depuis un an.

C'est là un motif sérieux de persévérer dans le traitement; si l'on ne fait qu'atténuer l'attaque, on diminuera en même temps les chances de lésions irrémédiables du côté du squelette et des poumons, lésions dont l'auteur a constaté l'existence chez un de ses petits malades; chez lui, en effet, la poitrine est tout à fait déformée, et s'il n'étouffe plus de par son asthme, il restera presque nécessairement dyspnéique de par ses lésions anatomiques.

Traitement des affections du col de l'utérus. — En présence des accidents auxquels donnent fréquemment lieu les cautérisations du col de l'utérus, M. le docteur Gairal père propose de recourir, dans un certain nombre de cas, soit à des douches faites directement sur le point malade, soit à des bains locaux.

De même, chez les femmes enceintes atteintes de vomissements incoercibles, vomissements d'ordre réflexe, dit-il, dont le point de départ ne peut être que dans la matrice, soit à cause de sa distension, soit à cause de quelque métrite du col, M. Gayral conseille de soutenir l'utérus, devenu plus lourd et plus susceptible, au moyen d'une petite cuvette de 10 centimètres dans laquelle le col se trouve incessamment baigné par le liquide médicamenteux que l'on y introduit.

Cette cuvette, de 5 centimètres de hauteur et de largeur variable, a la forme d'un cône, dont la base est tournée en haut et le sommet en bas; celui-ci se termine par un petit tube en caoutchouc de 10 centimètres de long, qui sert à l'introduction et à l'évacuation du liquide employé. Le tube est fermé par une cheville de bois ou un robinet. La base de la cuvette est formée par un anneau pessaire à charnières, muni d'une sorte de couvercle qui empêche le liquide de se répandre, quelles que soient les positions que prenne la malade ou les mouvements qu'elle effectue, et qui est percé à son centre d'une ouverture plus ou moins large par laquelle le col utérin plonge dans le liquide.

L'auteur cite, dans son travail, plusieurs observations dans lesquelles son mode de traitement a eu de très bons résultats.

De l'éclampsie au point de vue étiologique. — M. le docteur Delore (de Lyon) lit un travail dans lequel il s'efforce d'établir la nature bactéridienne de l'éclampsie. En voici les conclusions :

1° L'éclampsie débute à la suite de prodromes dont plusieurs sont encore mal définis, mais qui, dans leur ensemble, dénotent une altération progressive du sang. Ces prodromes constituent le stade d'incubation du germe.

2° Comme dans la scarlatine, les dermatoses exsudatives aiguës, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, etc., maladies où la septicémie bactéridienne n'est pas douteuse, on trouve de la néphrite à tous les degrés et de l'albuminurie.

3° On observe constamment une température très élevée, variant entre 39 et 42 degrés, température qui, après la mort, peut même atteindre le chiffre de 43 degrés. Cette hyperthermie *post mortem* est due, je crois, à ce que les phénomènes bactéridiens continuent à s'effectuer dans la masse sanguine. On peut supposer que ces phénomènes sont dus à une désoxygénation rapide produisant une combustion exagérée. Cette hyperthermie est un caractère constant dans les affections bactéridiennes.

4° La contagiosité de l'éclampsie n'est nullement prouvée à l'heure actuelle; toutefois j'ai observé plusieurs fois, dans ma pratique hospitalière, plusieurs éclampsies éclatant simultanément et, en dépouillant les statistiques de Depaul, j'ai constaté également plusieurs fois cette coïncidence. Il est certain que les éclampsies viennent par séries. Elles ont ce caractère commun avec le tétanos, qui a avec l'éclampsie les rapports les plus intimes et qui probablement est dû aussi à un microbe. Des épidémies d'éclampsie ont été observées dans les maternités par Betschler et Bouteilloux.

5° Dans plusieurs affections incontestablement bactéridiennes, on observe des convulsions au début : ainsi la rougeole, la scarlatine, etc.

6° Comme dans toutes les maladies par septicémie bactéridienne, telles, par exemple, que la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, etc., la mortalité est fréquente.

7° Grâce à l'obligeance de M. Rodet, chef du laboratoire de M. le professeur Chauveau, j'ai fait des recherches microscopiques sur le sang d'un éclamptique. Nous avons fait une inoculation sans résultat et des cultures dans lesquelles nous n'avons constaté qu'un mycélium mal caractérisé et des granulations animées d'un vif mouvement brownien; mais, je le répète, ces recherches doivent être reprises; elles devront porter aussi sur l'urine et être variées dans des conditions multiples.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par décret, en date du 22 septembre 1884, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. les docteurs Bard, Sabatier et Pollosson, agrégés de la Faculté de Lyon.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs Margnat, Guillemin, Therre, Rouveix, Batut, Tabouet, Tauleigne, Delpeuch, Perreymond, Bergeron, Clavier, Vagnat, Calignon, Chiais, Fortoul, Dor, Guilheaume, Aune, Eyssautier, Pellet.

— Par décret, en date du 22 septembre, des médailles d'honneur (médailles d'or de première classe) sont décernées aux étudiants en médecine ci-après désignés, qui ont rivalisé de courage et de dévouement pendant l'épidémie cholérique qui a sévi dans le département de l'Ardèche :

MM. François Leclercq, interne de la Faculté de Lyon, chargé du service médical à Ruoms;

Georges Perrusset, interne de la Faculté de Lyon, chargé du service médical à Lavilledieu;

Merley (Pierre Antoine), étudiant en médecine, chargé du service médical à Saint-Pons.

— *Choléra.* — Voici les chiffres fournis par l'épidémie cholérique depuis notre dernier numéro :

Toulon. — Du 21 au 22 septembre, 1 décès. — Le 22 septembre, à l'hôpital Bon-Rencontre, 3 malades en traitement, 0 décès, 0 entrée, 1 sortie; à l'hôpital Saint-Mandrier, 5 malades en traitement, 0 entrée, 0 décès, 1 sortie. — Du 22 au 23 septembre, 1 décès dans les hôpitaux. — Le 23 septembre, à l'hôpital Bon-Rencontre, 5 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, 7 malades en traitement.

Marseille. — Du 21 au 22 septembre, 3 décès, dont 1 à l'asile des aliénés. — Du 22 au 23 septembre, 3 décès également dont 1 à l'hôpital militaire.

Var. — *Brignoles*, 2 décès. — *Campo*, 3 cas nouveaux.

Hérault. — *Bessèges*, 2 nouveaux cas.

Gard. — *Nîmes*, 2 décès. — *Pompignan*, 1 décès et 4 cas nouveaux. — *Sauve*, 1 décès.

Aude. — *Lézignan*, 4 décès et plusieurs cas nouveaux, dont 2 très graves.

Haute-Garonne. — *Toulouse*, 1 décès. — Asile des aliénés de *Braqueville*, 2 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 2 décès. — *Estoher*, 3 décès. *Sainte-Colombe*, 1 décès. — *Eus*, 1 décès. — *Finestret*, 1 décès. — *Thuir*, 1 décès. — *Millas*, 2 décès. — *Prades*, 2 décès. — *Vinça*, 1 décès.

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* nous donne les chiffres suivants touchant l'épidémie cholérique pendant les journées du 21 et du 22 septembre pour les provinces déjà contaminées :

Le 21 septembre, 443 cas nouveaux et 246 décès. Dans ces chiffres, la ville de *Naples* est comprise pour 305 cas nouveaux et 161 décès; la ville de la *Spezzia*, pour 16 cas nouveaux et 7 décès.

Le 22 septembre, 442 cas nouveaux et 223 décès, chiffres parmi lesquels la ville de *Naples* est comprise encore pour 251 cas nouveaux et 152 décès; la ville de la *Spezzia*, pour 36 cas nouveaux et 7 décès. De plus, on signale à Rome 1 nouveau cas suspect, suivi de mort.

Espagne.— Les bulletins officiels nous font connaître la situation suivante : *Getafe*, 2 décès. — *Elche*, 6 cas nouveaux et 6 décès. — *Novelda*, 1 cas nouveau et 2 décès. — *Monforte*, 12 cas nouveaux et 7 décès. — *Mora de Ebro*, 3 cas nouveaux et 2 décès. — *Borjas*, 2 cas et 3 décès. — *San Vicente*, 1 décès. — *Benfallet*, 1 décès. — *Cervera*, 1 décès.

— On signale une épidémie de variole à Troyes, où la maladie aurait été importée par un ouvrier italien mort à l'Hôtel-Dieu de cette ville. Plus de 150 personnes auraient été atteintes, et, certain jour, on aurait compté jusqu'à 7 décès.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont chargés, pendant l'année scolaire 1884-1885, des cours complémentaires ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Gariel, physique; Hanriot, chimie; Blanchard (Raphaël), histoire naturelle; Budin, accouchements; Rémy, physiologie; Straus, anatomie pathologique.

Sont chargés, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1884-1885, des cours auxiliaires ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Rendu, pathologie interne; Peyrot, pathologie externe.

Sont chargés, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1884-1885, des cours ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent : MM. Debove, pathologie interne; Bouilly, pathologie externe.

MM. Hallé, Clado, Hartmann et Valin sont nommés, pour quatre ans, aides d'anatomie.

Le personnel des travaux pratiques de physique, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Guebhard, chef des travaux; Sandoz, préparateur; Mergier, préparateur.

Le personnel des travaux pratiques d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Faguet, chef des travaux; Artault, préparateur adjoint (zoologie); Blondel, préparateur adjoint (botanique); Bergé, préparateur adjoint (botanique).

Le personnel des travaux pratiques de physiologie, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Laborde, chef des travaux; Rondeau, préparateur; Gley, préparateur; Pignol, aide-préparateur; Martin, aide-préparateur.

Le personnel des travaux pratiques d'anatomie pathologique, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Gombault, chef des travaux; Brault, préparateur; Babinski, préparateur; Chantemesse, préparateur; Dubar, moniteur; Durand-Fardel, moniteur; Jardet, moniteur.

Le personnel des travaux pratiques d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, pendant l'année scolaire 1884-1885, est composé comme suit : MM. Cadiat, chef des travaux; Gaucher, préparateur; Variot, préparateur; Sapelier, aide-préparateur; Launois, aide-préparateur.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'interne titulaire en pharmacie, vacantes dans les asiles du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Évrard et Vaucluse) s'ouvrira le lundi 8 décembre 1884, à une heure précise, à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 1.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, bureau du personnel, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 6 au samedi 22 novembre 1884 inclusivement.

— Deux concours s'ouvriront dans la salle d'administration de l'Hospice général de Tours :

Le premier, pour la nomination aux places vacantes d'internes en médecine et en chirurgie, le jeudi 2 octobre 1884, à midi;

Le second, pour la nomination aux places également vacantes d'élèves suppléants en médecine et en chirurgie, le jeudi 9 octobre 1884, à midi.

— L'Académie royale de médecine de Belgique a décerné à M. le docteur Taguet, médecin en chef de l'asile des aliénés de Bordeaux, une mention honorable pour son travail sur l'alcoolisme portant pour titre : *L'ivrognerie tue plus de monde que les fièvres les plus meurtrières.*

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Lebrun (de Beaumont-le-Soyer).

— On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Chataignan, conseiller général de la Creuse, décédé le 17 septembre 1884, à l'âge de trente-huit ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16766.

81

Salicol Dusaule SALICYLATE DE MÉTHYLE (WINTER-GREEN)

Désinfectant, antiseptique, cicatrisant, possède une odeur agréable, n'est ni caustique, ni vénéneux. S'emploie pur en *pulvérisations* ou additionné d'eau en *compresses, lavages*, etc. Le flacon, 2 fr. **Pulvérisateur Dusaule**, 6 fr. DÉPÔT : 105, rue de Rennes, Paris, et les Phies.

79

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

Royat, eau minérale naturelle

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30** francs *franco* gare ROYAT.
Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

17

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
(*Rapport favoarble de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

65

Gemme saponinée Lagasse

ANTISEPTIQUE ÉNERGIQUE

le seul ayant une odeur agréable, *celle balsamique du pin maritime*, dont il contient tous les principes actifs.

PLAIES, ULCÈRES, FLUX FÉTIDES, LEUCORRHÉE, SUITES D'ACCOUCHEMENTS.

42

RACHITISME, MALADIES DE PEAU, SYPHILIS.

Le Rob Lechaux

Préparé par MARIO LECHAUX, pharmacien, rue Sainte-Catherine, 164, **Bordeaux.**
contient exactement 40 *centigrammes d'iodure de potassium par cuillerée à bouche.*

Le **ROB LECHAUX** est un excellent produit, qui a depuis longtemps fait ses preuves dans de nombreuses affections d'origine dyscrasique, telles que : la *syphilis invétérée*, les *adénopathies strumeuses*, les *Anémies graves et rebelles*, le *Rachitisme*, etc., etc.

Dans le **ROB LECHAUX**, les sucs de **Cresson**, de **Salsepareille rouge** et d'**Écorce d'Orange** sont savamment combinés à l'**Iodure de potassium**, et c'est grâce à cette combinaison que l'on peut éviter à coup sûr les *Gastralgies*, les *Entéralgies* que produit trop souvent l'iodure administré en solution.

Le flacon : 4 fr., dans toutes les pharmacies.

136

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent em ployer ce mode de pansement.

113

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.
Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmles.

25

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

49

MALADIES DE LA PEAU.

Sirop et pommade Chesnel

au Goudron opobalsamique.

Spécialement recommandé dans le traitement de l'eczéma.

Vente en gros chez MARCHAND, 13, rue Grenier-Saint-Lazare. — Détail dans toutes les phies.

65

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

96

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.
Une instruction accompagne chaque flacon.

73

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacée.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,
Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liège, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.
Dépôt dans toutes les pharmacies.
GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

63

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci contre, en rouge.

Rigollot

7

Bains d'eaux-mères

De Salies-de-Béarn (*Basses-Pyrénées*).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurées et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.
Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.
Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

38

Sirop DU DOCTEUR **Reinvillier**

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

39

Vin Defresne à la Peptone

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux de Paris.

Récompensée à l'exposition universelle 1878.

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire fluidifiée digérée rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr.

ELIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr., nutriment agréable et reconstituant.

PEPTONE DEFRESNE : 25 p. 100 de peptonet

Dose : 2 cuillerées à la fois dans eau tiède et salée, 5 fr.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** Paris.

60

Podophyllin Delpech

contre la constipation habituelle.

Les PILULES DE PODOPHYLLIN-DELPECH sont prescrites par les médecins pour guérir cette affection pénible et tenace. — La boite : 2 francs. — Pharmacie, 23, rue du Bac, Paris.

125

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Folie gémellaire. — Du rhumatisme oculaire. — ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe SESSION, 1884). Congrès de Blois. — Rapport fait au nom du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine sur l'empoisonnement saturnin à Paris, pendant les années 1881, 1882 et 1883. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Folie gémellaire.

L'asile Sainte-Anne a été et est encore en ce moment le théâtre d'un drame pathologique des plus curieux et des plus rares, qui s'y déroule depuis plusieurs mois et dont il n'est pas possible encore de prévoir l'issue définitive. Il s'agit d'un de ces cas d'aliénation mentale survenant simultanément chez des jumeaux avec les mêmes caractères et le même genre de délire et sous l'influence d'une même cause ayant agi communément sur les deux sujets, ou, en d'autres termes, d'un cas de folie gémellaire dans l'acception complète du mot.

Les exemples de ce genre sont assez rares ; on en trouve cependant quelques-uns dans les annales de la science, ceux, entre autres, qu'ont rapportés notre regretté et savant confrère Moreau (de Tours) père, dans la *Psychologie morbide*, et M. Baume, dans les *Annales médico-psychologiques* de 1863. Ils suffisent déjà pour justifier parfaitement cette dénomination, en montrant que ce n'est pas seulement par la similitude des traits extérieurs, par celle du tempérament et des aptitudes morbides que se confondent souvent les jumeaux jusqu'à une quasi-identité, mais aussi par la contexture intime de leur système nerveux et par les conséquences qui en découlent au double point de vue physiologique et pathologique.

La double observation suivante dont nous empruntons les principaux détails à la relation qu'en vient de faire M. le professeur Ball dans le dernier numéro de l'*Encéphale, journal des maladies mentales et nerveuses*, est un nouvel exemple des plus intéressants et des plus démonstratifs de cet ordre de faits.

Il s'agit de deux jumelles, nées de parents qui n'avaient jamais présenté de symptômes cérébraux ni de troubles intellectuels, restées orphelines à cinq ans, élevées ensemble jusqu'à l'âge de quatorze ans, toutes deux d'une taille élevée, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, présentant une ressemblance physique telle qu'il était difficile de ne pas les prendre l'une pour l'autre. Quelques nuances les séparaient au point de vue du caractère, l'une étant plus sérieuse que l'autre qui a toujours eu un tempérament gai. Elles ont toujours été unies par une tendre amitié.

A partir de quatorze ans, leur existence se bifurque. L'une, Louise, vient à Paris où elle se marie à vingt et un ans, et exerce la profession de fruitière. Sa vie a été difficile. Son mari étant tombé gravement malade, elle l'a soigné pendant trois ans avec dévouement. Dans la nuit du 16 au 17 novembre 1883, alors que depuis six jours elle veillait son mari et ne mangeait presque pas, elle est prise d'un délire violent, s'écriant que son mari est guéri, qu'elle voit le bon Dieu, se mettant à la fenêtre pour chanter des cantiques, cassant les carreaux, insultant les personnes présentes, frappant le médecin qui se trouvait au lit du malade. Arrêtée, non sans une vive résistance, et transportée à la Préfecture, elle présente tous les symptômes de l'agitation maniaque, s'abandonnant à une loquacité intarissable, se disant la sainte Vierge, etc. Elle est conduite à l'asile Sainte-Anne et entre dans le service de la clinique, où on lui administre du chloral et un bain prolongé. Dès le lendemain elle est plus calme et demande des nouvelles de son mari. Plusieurs jours se passent dans cet état de calme ; à la nouvelle de la mort de son mari, elle se montre très résignée. Mais, à la suite d'une entrevue avec sa sœur en plein délire maniaque (dont nous allons parler tout à l'heure et auprès de laquelle elle s'est montrée très douce et très affectueuse), elle s'excite peu à peu et rentre de nouveau dans le délire. Les jours suivants, elle est prise d'impulsions irrésistibles, se précipitant sur toutes les personnes qui l'approchent, mordant ses gardiennes ; en même temps elle a des hallucinations de l'ouïe. L'apparition des règles vers la fin du mois de décembre la jette dans une agitation de plus en plus violente, à laquelle s'ajoutent des hallucinations de la vue et qui dure pendant tout le mois de janvier et jusqu'aux premiers jours de février. Prise alors d'un mouvement fébrile, elle est obligée de garder le lit. L'agitation, ayant recommencé le 24 février, continue avec quelques intermissions jusque vers la fin d'avril, époque où le calme revient. En mai, le calme continue, la malade travaille et dort bien ; elle a un appétit insatiable et mange gloutonnement ; ses sentiments excessifs sont émoussés ; elle reste indifférente et de temps en temps exprime la crainte de voir reparaître l'agitation dont elle a souffert.

Presque en même temps qu'éclatait et se déroulait ce drame pathologique chez Louise, Laure, sa sœur, était prise

d'un accès d'aliénation tout à fait semblable. Appelée au chevet de son beau-frère, et pendant qu'elle le veillait, ce fut en sa présence que Louise commença subitement à délirer. Deux jours plus tard, le malade meurt. Laure assiste à son enterrement et c'est sur la tombe même de son beau-frère qu'elle commence à divaguer. On la conduit chez elle et presque aussitôt un délire furieux se déclare, quatre jours après l'accès d'aliénation qui avait fait enfermer sa sœur. On la transporte à Sainte-Anne dans le service de M. Bouchereau. Voici en deux mots son histoire communiquée par M. Bouchereau à M. Ball :

Entrée le 27 novembre, dans un état d'excitation maniaque violente, Laure brise des carreaux, frappe aux portes, se livre à des propos incohérents où prédominent les idées mystiques et ambitieuses. Elle est la Vierge, elle est reine de France; elle fait de nombreux signes de croix, se met à genoux, regarde en haut, lève les bras et prend l'attitude de la prière. Cette agitation persiste pendant plusieurs semaines, durant lesquelles elle se livre à une série de mouvements brusques et d'actes désordonnés et violents, menaçant, frappant, mordant, se jetant sur les gardiennes, proférant des injures, chantant souvent pendant de longues heures, se livrant à des éclats de rire soudains, ou bien d'autres fois se mettant à genoux dans sa cellule, se livrant à des monologues incohérents ou adressant des prières à Jésus-Christ, aux saints et aux anges qui lui apparaissent. Elle mange généralement bien ; les nuits sont sans sommeil.

L'agitation maniaque et les phénomènes impulsifs conservent la même intensité jusque vers le milieu de février. A partir de cette époque, elle commet moins d'actes désordonnés; tout en restant plus ou moins excitée, elle n'est plus violente et peut quelquefois travailler à la couture; mais l'incohérence des idées reste toujours la même, elle a toujours des hallucinations de toutes sortes.

A dater du 1er avril, son attitude devient meilleure; elle manifeste une satisfaction réelle quand elle reçoit la visite de son mari et de ses enfants.

Le 6 avril, les deux sœurs, mises en présence l'une de l'autre, s'excitent réciproquement et on est obligé de les séparer.

En mai, Laure continue à rester calme, mais ses idées restent toujours incohérentes et confuses ; elle a fréquemment des visions, surtout dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil; elle s'inquiète de l'état de sa sœur jumelle à laquelle elle porte toujours une vive affection.

En résumé, sous l'influence d'un évènement malheureux qui a violemment ébranlé l'une et profondément affecté l'autre, deux sœurs jumelles, présentant les plus grandes ressemblances entre elles au physique comme au moral, ayant un très grand attachement l'une pour l'autre, sont frappées toutes deux presque simultanément (à quatre jours de distance) d'un délire avec excitation maniaque, hallucinations, idées ambitieuses et mystiques, en tout semblable chez les deux.

Tel est le sens qu'il faut attacher, avec M. Ball, à ce fait qu'on chercherait vainement à expliquer par une sorte de contagion ou d'imitation, qui n'est pas davantage assimilable au délire à deux, dont nous avons rapporté il y a quelque temps des exemples, et qui ne peut recevoir d'autre interprétation que celle de l'action d'une seule et même cause, d'un « véritable traumatisme moral », pour nous servir des expressions mêmes du savant professeur de clinique mentale, donnant lieu simultanément et parallèlement à l'explosion d'accidents et de troubles intellectuels de même nature et de même caractère chez deux individus dont l'organisation est d'une similitude telle qu'elle va presque jusqu'à l'identité. C'est ce qu'exprime très justement le titre de « folie gémellaire », donné à cette curieuse observation en partie double.

Du rhumatisme oculaire.

On pourrait supposer que rien n'est mieux connu que le rhumatisme oculaire, tant pathologistes et oculistes à l'envi se sont efforcés depuis longtemps de signaler et de caractériser toutes les manifestations rhumatismales dont les divers éléments anatomiques de l'œil sont susceptibles. Et cependant il s'en faut encore que tous soient d'accord sur la limitation qu'il convient de donner à ces manifestations rhumatismales oculaires, s'il les faut restreindre aux seules manifestations liées à une diathèse arthritique bien démontrée ou les étendre à tous les effets immédiats ou éloignés de l'action banale et à peu près indéfinie du froid. M. le professeur Panas, dans son enseignement clinique de l'Hôtel-Dieu, embrassant dans une étude d'ensemble les relations des maladies générales avec les affections oculaires, s'est proposé plus particulièrement, en ce qui concerne les relations de ces affections avec le rhumatisme, d'en restreindre plutôt que d'en étendre la sphère. C'est dans cet esprit, et en se conformant aux enseignements du professeur, que M. le docteur Albert Boquin, l'un de ses élèves, vient de publier un relevé analytique des observations de lésions oculaires, développées sous l'influence manifeste du rhumatisme, qu'il a eu l'occasion de recueillir à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Sur 2,500 malades qui ont été inscrits sur les registres de la clinique, M. Boquin a relevé 14 cas très nets où l'influence du rhumatisme ne pouvait être mise en doute.

Quant au rôle que joue l'influence des saisons, d'après la statistique des cas observés en 1882-1883 et pendant le premier semestre de 1884, le printemps et l'automne sont les saisons où l'on a observé le plus de cas.

Pour l'âge, certaines de ces manifestations ont paru plus spéciales à la puberté et à l'âge adulte; d'autres ont été plus fréquentes à l'âge de retour. Ainsi, la conjonctivite, la sclérotite et la kératite, si souvent associées au rhumatisme articulaire aigu, ont été observées plus souvent de quinze à trente ou trente-cinq ans ; tandis que de trente à soixante ans on a observé l'iritis, l'irido-choroïdite, la tenonite, etc., manifestations généralement liées aux formes rhumatismales articulaires chroniques.

Les deux sexes ont paru également frappés par la plupart des manifestations oculaires; pourtant certaines formes, telles que la conjonctivite et l'irido-kératite rhumatismales blennorragiques, ont semblé particulières aux hommes.

Les renseignements précis ont manqué pour l'hérédité. On a dû se contenter de savoir que beaucoup d'ascendants avaient eu des manifestations quelconques de la diathèse arthritique. Il lui a paru probable aussi que le lymphatisme, la scrofule ont eu une part comme causes adjuvantes. Enfin il croit pouvoir accorder une large part à l'influence de la condition sociale et professionnelle des malades. La misère sociale et physiologique, les habitations froides, humides, les professions pénibles où l'organe de la vision est surmené, ont été des causes occasionnelles incontestables chez des individus en puissance de rhumatisme.

De toutes les causes, la plus commune, sans contredit, est le froid et principalement le froid humide. Outre l'action du froid, M. Albert Boquin discute une influence étiologique qui lui a paru bien manifeste dans certains cas : c'est celle de la blennorragie. Dans ces cas, la blennorragie n'est que l'occasion qui fait éclore les phénomènes rhumatismaux, qui réveille la diathèse. Il signale enfin l'influence du traumatisme dont l'action a été démontrée dans le rhumatisme articulaire aigu par MM. Verneuil et Potain.

Sur quelles membranes de l'œil la diathèse a-t-elle le plus de tendance à faire paraître ses manifestations? La clinique enseigne que la plupart des membranes de l'œil peuvent devenir un lieu d'élection pour l'inflammation rhumatismale. Dans les faits observés à la clinique de l'Hôtel-Dieu, elle a porté, en effet, tantôt sur la capsule de Tenon, tantôt sur la conjonctive, tantôt sur la sclérotique, tantôt sur la cornée, tantôt sur le tractus uvéal formé par l'iris, les procès ciliaires et la choroïde; tantôt, enfin, mais plus rarement, sur la rétine et le nerf optique.

Dans quelles formes du rhumatisme les manifestations oculaires sont-elles le plus fréquentes? Est-ce dans le rhumatisme articulaire aigu? Est-ce dans le rhumatisme articulaire chronique, ou dans le rhumatisme abarticulaire? Sur ces points très controversés, voici les appréciations que M. Boquin fonde sur ses observations et qu'il formule en manière de conclusion :

Le rhumatisme articulaire aigu est quelquefois précédé, accompagné ou suivi de manifestations oculaires rhumatismales qui ont pour siège habituel la sclérotique, la conjonctive, la cornée et le tractus uvéal (iris, procès ciliaire, choroïde). On observe plus souvent, sous son influence, l'épisclérite que la sclérite, la conjonctivite catarrhale que les autres variétés, la kératite ponctuée que la kératite interstitielle, l'irido-choroïdite que l'iritis plastique, etc.

M. Boquin ne se prononce pas sur la proportion ni sur les caractères et les localisations des manifestations oculaires dépendantes du rhumatisme articulaire chronique.

Mais de toutes les formes du rhumatisme, celle où s'observent le plus souvent les manifestations oculaires serait sans contredit le rhumatisme abarticulaire. D'après ses observations, il n'hésite pas à dire que toutes les membranes de l'œil peuvent être frappées dans cette forme de rhumatisme.

On ne s'attendra pas à ce que nous suivions ici M. Boquin dans l'étude particulière de toutes ces manifestations oculaires rhumatismales. Nous nous arrêterons seulement comme spécimen à une seule espèce, la tenonite.

Tenonite rhumatismale.

On a donné ce nom à l'inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire, occupant l'espace séreux compris entre le globe oculaire et la capsule de Tenon. Cette tenonite serait le plus souvent, d'après M. Panas, de nature rhumatismale. Voici la caractéristique qu'en donne M. Boquin :

Dans toutes les observations publiées jusqu'ici, et notamment dans les quatre observations recueillies dans le service de la clinique, qu'il rapporte dans ce travail, on retrouve la même triade symptomatique : d'abord la douleur périorbitaire, semblable à celle de la névralgie faciale, puis un œdème séreux de la conjonctive péricornéenne, débutant généralement par le cul-de-sac inférieur; enfin la gêne des mouvements de l'œil, gêne parfois si intense que le malade est obligé de suppléer aux mouvements des yeux par des mouvements de totalité de la tête. Si à ces symptômes on ajoute la brusquerie du début, la bouffissure des paupières, un certain degré d'exophtalmie, une sensation factice d'augmentation du globe de l'œil, et enfin la gêne de la circulation veineuse, on aura les principaux signes qui peuvent faire reconnaître la tenonite. L'examen ophtalmoscopique fait par M. Panas lui a fait constater souvent, dans ce cas, une dilatation sensible du plexus veineux rétinien.

La douleur périorbitaire du début précède de vingt-quatre ou quarante-huit heures l'apparition de la bouffissure des paupières et le chémosis séreux. Dans les cas légers, tout se borne à ces trois symptômes. La tenonite peut débuter par un seul œil. Sa durée varie, selon l'intensité des symptômes, entre un et quatre septénaires. Elle se termine toujours par résolution. Toute apparition de suppuration implique une complication.

Contre les douleurs vives de la tenonite, on peut employer soit des compresses de camomille chaude laudanisées, soit des instillations avec un collyre composé de sulfate d'atropine, 5 centigrammes, eau 10 grammes. Contre le chémosis volumineux, on recourra aux scarifications légères ; on appliquera ensuite un bandage compressif émollient.

Le traitement général est le traitement commun à toutes les manifestations oculaires rhumatismales.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIII[e] SESSION, 1884).

Congrès de Blois (1).

VI

Ligature élastique en chirurgie vétérinaire. — M. Cagny se sert du tube creux ou plein en caoutchouc; le tube plein quadrangulaire, d'un demi-centimètre de côté, paraît préférable. Pour fixer la ligature, il est possible de faire un nœud avec les deux brins de caoutchouc ; le meilleur procédé est celui de Silvestri, qui consiste, les deux brins étant maintenus dans l'extension, à les entourer d'un peu de ficelle que l'on noue, et à laisser les deux brins revenir à leur volume normal au-dessus du lien.

Il cite comme application l'ablation des tumeurs, situées en diverses régions du corps des animaux, et notamment dans des circonstances où l'emploi de l'instrument tranchant eût été dangereux.

Telle est, par exemple, l'ablation des tumeurs mélaniques au pourtour de l'anus du cheval, telle est l'ablation aussi d'une tumeur de l'intérieur du vagin sur une vache pleine, quinze jours avant la parturition.

Il insiste, pour la plupart des tumeurs, sur la nécessité de les entourer bien complètement, ce qui est chose facile dans le cas de tumeur pédiculée. Dans les cas contraires, lorsque l'on a à opérer une tumeur à base diffuse, irrégulière, avec prolongements dans diverses directions, le mieux est de fixer d'abord avec un bracelet en caoutchouc la partie principale; puis, avec un second, avec un troisième bracelet de plus petites dimensions, on arrive à saisir tout l'ensemble de la tumeur et à faire un pédicule artificiel sur lequel on applique la ligature définitive.

Comme applications réellement vétérinaires, signalons l'amputation des doigts surnuméraires chez le chien, l'amputation d'une partie de la queue sur tous les animaux et notamment sur le cheval. Pour ce dernier animal, le procédé classique consiste à faire l'amputation avec un instrument spécial, sorte de guillotine, et à

(1) Voir le numéro du 25 septembre 1884.

cautériser la partie laissée à vif, à l'aide d'un fer rouge, pour arrêter l'hémorragie forte qui se produit.

Au moyen de la ligature élastique, placée avant l'amputation, M. Cagny supprime la cautérisation qui est souvent longue, douloureuse et difficile à faire, l'animal se défendant beaucoup.

Une autre application est relative à la castration des animaux domestiques; elle est par ce procédé très facile sur les taureaux ou les béliers, la masse des testicules et des bourses représentant une tumeur bien pédiculée, qu'il est facile d'entourer avec le lien élastique; beaucoup de vétérinaires emploient aujourd'hui ce procédé bien supérieur au procédé ancien, connu sous le nom de *fouettage*, et qui consistait à entourer la masse testiculaire avec un lien de ficelle serré le plus exactement que l'on pouvait.

Sur le cheval, l'opération est plus difficile, la masse testiculaire étant moins pendante. M. Cagny, avec ses bracelets successifs, a pu pratiquer le fouettage du cheval avec la ligature élastique; il s'est assuré que les suites de cette opération sont des moins douloureuses pour l'opéré, sa température, pendant les quinze jours qui suivent l'opération, restant de 1 degré seulement supérieur à celle d'un cheval non opéré, pris pour témoin.

Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré. — M. le professeur Bouchard appelle l'attention sur certain symptôme qu'il a eu l'occasion d'observer chez des individus atteints du diabète sucré, c'est-à-dire sur la perte du réflexe tendineux et notamment du tendon rotulien.

Une statistique de trois années comporte 19 cas sur 66 observations de diabète, soit une proportion de près de 29 p. 100.

Ce phénomène morbide est assez fréquent puisque sur une statistique de trois années comportant 66 observations de diabète sucré, il l'a rencontré 19 fois, soit sur près d'un tiers des cas, on peut dire plus vrai dans la proportion de 29 p. 100.

Il n'apparaît pas au début de la maladie, mais seulement à une certaine période, c'est-à-dire lorsque l'affection dure déjà depuis un certain temps. Il peut quelquefois disparaître, le diabète étant en voie d'amélioration, pour revenir ensuite, alors que la maladie a repris son cours progressif. M. Bouchard l'a constaté deux fois.

La perte des réflexes tendineux donne-t-elle un caractère de gravité plus grande à l'affection diabétique? Voici, à ce sujet, comme s'exprime M. Bouchard :

Si, sur les 66 diabétiques que j'ai observés, 47 avaient conservé le réflexe rotulien et 19 l'avaient perdu, chez les premiers la mortalité n'a été que de 2, tandis qu'elle a été de 6 chez les derniers. Donc, à ne prendre que les cas dont je connais l'issue, la proportion de la mortalité est de 1 décès sur 23 malades dans le premier cas et de 1 décès sur 3 malades dans le second. D'où il suit que les diabétiques chez lesquels les réflexes tendineux ont disparu, sont soumis à des chances plus grandes de mort. Cette gravité dans le pronostic n'est pas inhérente à la maladie elle-même, mais à une phase de la maladie. Quand le diabète entre dans cette phase grave, périlleuse, les réflexes tendineux disparaissent.

Quant au diagnostic, ce phénomène morbide peut, dans certains cas où le médecin reste encore dans le doute, être un élément précieux en appelant l'attention sur la possibilité du diabète et conduire à la recherche du sucre dans les urines. Il acquiert donc une valeur véritable tant pour le diagnostic que pour le pronostic, mais il ne donne pas à la maladie un caractère spécial et ne permet pas de conclure à l'origine nerveuse du diabète.

M. Bouchard cite, entre autres faits, deux observations, celle d'un enfant et celle d'un de ses confrères où la perte des réflexes tendineux conduisit immédiatement au diagnostic de la maladie, lequel se trouve d'ailleurs absolument confirmé par d'autres symptômes et surtout par l'examen des urines.

Induration des corps caverneux et diabète. — M. le docteur Duplouy (de Rochefort) présente un malade âgé de quarante-huit ans et d'une constitution très robuste, qui est atteint d'un épaississement avec induration de la cloison des corps caverneux qui s'étend du point où le gland coiffe les corps caverneux jusqu'à trois travers de doigt en arrière. Cette induration, qui tout d'abord très limitée n'entraînait par suite ni douleurs ni gêne dans l'érection, détermine actuellement une innervation très prononcée et donne au pénis en érection la forme d'une verge de rhinocéros, empêchant ainsi tout rapprochement sexuel.

La lésion paraît remonter à quelques mois seulement, le malade s'en étant aperçu pour la première fois au mois de mai dernier, et a pris rapidement le développement qu'elle présente aujourd'hui.

Comme antécédents, on trouve chez cet homme plusieurs accès de névralgie sciatique, il y a quelques années; mais certains phénomènes ont porté M. Duplouy à soupçonner chez lui quelque affection diabétique que l'examen des urines, — ce malade ayant été vu pour la première fois la veille du Congrès, l'auteur n'avait pas eu le temps de s'assurer encore s'il était ou non glycosurique, — confirmera ou infirmera, car il a eu déjà l'occasion d'observer il y a quinze ans une sclérose ostéoïde de toute la longueur de la cloison chez un vieillard de soixante-quinze ans qui était fortement diabétique.

Quoi qu'il en soit, M. Duplouy ajoute qu'il a cru devoir déconseiller toute opération; car, sans parler du diabète qui n'est encore que soupçonné, il craint que l'extirpation de ce néoplasme laisse à sa place une cicatrice rétractile qui n'aurait peut-être d'autre résultat que d'augmenter encore l'innervation de la verge, ou, en tous cas, qui ne remédierait probablement pas à l'infirmité actuelle.

— Nous avons résumé, dans de précédents articles et d'après des documents qui nous avaient été fournis par les auteurs eux-mêmes, des notes — inscrites au programme du Congrès — de MM. les docteurs Lantier (de Corbigny) et Gairal père.

Il résulte d'une lettre qui nous est adressée par M. le docteur Nicaise, président de la section des sciences médicales, que « ni M. Lantier ni M. Gairal ne se sont présentés et qu'aucune communication n'a été faite en leur nom ».

RAPPORT

FAIT AU NOM DU CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE, SUR L'EMPOISONNEMENT SATURNIN A PARIS, PENDANT LES TROIS ANNÉES 1881, 1882 ET 1883,

Par M. ARMAND GAUTIER, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Monsieur le Préfet,

Dans un premier rapport que j'ai lu au Conseil d'hygiène et de salubrité, le 31 mars 1882, j'ai eu l'honneur de vous exposer les causes d'insalubrité résultant du travail du plomb et de ses nombreux dérivés par les 28 à 30 000 ouvriers du département de la Seine qui manient ce dangereux métal. Je donnais en même temps dans ce mémoire une statistique résumant les années 1876, 1877, 1878, 1879 et 1880, statistique indiquant, suivant les professions principales, le nombre des malades saturnins entrés dans les hôpitaux au cours de cette période quinquennale.

Je viens vous faire aujourd'hui le même exposé pour la période triennale suivante 1881-1883.

. . . .

. . . .

J'insisterai spécialement sur l'importance que doit attacher l'administration à la surveillance, par les inspecteurs des établissements classés, de la mise en pratique des précautions et prescriptions que nous avons recommandées.

Les effets de ces prescriptions sont déjà sensibles. Au cours de la période quinquennale 1876-1880, il est entré dans les hôpitaux parisiens une moyenne annuelle de 552 saturnins. Dans la période triennale 1881-1883, ce nombre est tombé à 421, soit une différence annuelle de 131 malades en moins. Encore doit-on tenir compte que l'affichage de l'instruction votée par le Conseil n'a pu être rendu obligatoire avant le commencement de l'année 1882, puisque son vote n'a eu lieu que fin novembre 1881. Or, durant les deux années 1882-1883, qui ont suivi la publication et l'affichage obligatoire de cette instruction, le nombre des saturnins est

tombé à une moyenne de 340. Il est donc entré dans les hôpitaux parisiens 230 saturnins de moins par an que dans les six années précédentes.

C'est là un heureux et incontestable résultat, dont nous devons nous féliciter tout d'abord au point de vue de la santé publique.

Qu'il me soit permis d'ajouter qu'il se traduit, pour la ville de Paris, par une économie fort notable. L'expérience que chacun des membres de notre Conseil met généreusement au service des industries et de l'hygiène du département, se résume certainement au bout de chaque année en bien-être et profits considérables. Mais ici le résultat est rendu encore plus palpable parce qu'il se traduit par des chiffres.

Il serait donc à désirer que les membres du Conseil général qui font partie de notre Assemblée, fissent, à l'occasion, entendre à leurs collègues du Conseil municipal quels sont les effets pratiques et les économies atteintes d'année en année, à Paris, par les travaux d'un Conseil qui est devenu le gardien vigilant et autorisé de l'industrie et de la santé publique.

Comme je l'ai déjà fait pour les cinq années précédentes, je donnerai ci-dessous, pour chacune des années 1881, 1882, 1883, la statistique des malades entrés dans les hôpitaux de la ville de Paris pour coliques saturnines.

En 1881, il est entré de ce chef 583 malades dans les hôpitaux de Paris, 419 en 1882 et 261 en 1883, ce qui fait ressortir à 421 la moyenne annuelle pendant la période 1881-1883, alors que la moyenne des cinq années précédentes 1876-1880 était de 552.

Dans cette même période de 1881 à 1883, le nombre moyen des jours d'hôpital a été de 20; il y a eu 5 décès en tout.

La répartition par professions et par années du nombre des malades saturnins pendant ladite période est établie dans le tableau suivant :

Professions.	1881.	1882.	1883.
Peintres, enduiseurs, ponceurs, broyeurs de couleurs	333	253	206
Cérusiers, fabricants de massicot et de minium	117	28	3
Polisseurs de caractères	16	4	0
Fondeurs de plomb et de ses alliages, fondeurs de caractères, potiers d'étain	7	4	4
Plombiers, ferblantiers	4	15	12
Étameurs, miroitiers	0	6	7
Typographes	6	8	2
Doreurs	3	0	2
Potiers de terre, faïenciers, émailleurs	15	10	1
Chaudronniers, chauffeurs-mécaniciens	7	6	2
Apprêteurs de poils	4	0	4
Autres professions :			
Journaliers, 84 malades; — dessoudeurs de fer-blanc, 3 malades; — verriers, 9 malades; — ajusteurs, 5 malades; — cartonniers, 3 malades, etc.	69	85	18
TOTAL	583	419	261

Ce tableau comporte quelques explications.

Le nombre des saturnins peintres, enduiseurs, ponceurs, broyeurs de couleurs, a été en décroissant sensiblement de l'année 1881 à 1883.

Saturnins : 1881, 333; — 1882, 253; — 1883, 206.

Toutefois, pour des raisons spéciales qui nous échappent en partie, le nombre des malades de 1881 a été si supérieur à la moyenne des cinq années précédentes que, pour la période triennale 1881-1883, la moyenne des malades appartenant à ces professions a été plus élevée que dans les cinq années précédentes. L'amélioration n'a pas moins suivi la publication des instructions du Conseil, car les deux années 1882-1883 ne donnent qu'une moyenne de 229 malades. Cette amélioration est, il est vrai, peu sensible, ce qui tient, d'une part, à ce que les entrepreneurs de peinture persistent à se servir presque exclusivement de blanc de céruse, malgré les conseils donnés par les architectes et les savants les plus compétents ; de l'autre, à ce qu'il est difficile peut-être de faire pénétrer chez des ouvriers, essentiellement hétérogènes, subissant de perpétuels changements de chantiers et travaillant souvent hors des ateliers, les prescriptions protectrices d'hygiène indiquées par le Conseil. Les ponceurs, racleurs de peinture, etc., persistent à travailler à sec. Enfin il est regrettable que l'on continue à broyer à la main la céruse sèche chez beaucoup de fabricants de couleur, alors qu'on peut la trouver déjà parfaitement broyée et mélangée à l'huile dans les fabriques spéciales de céruse.

Pour ce qui est des cérusiers, fabricants de massicot et de minium, l'amélioration semble s'être fait sentir d'une façon vraiment inattendu. La moyenne de 195 malades par an, dans la période 1876-1880, est tombée à 49, et dans les trois années 1881-1883 on a pour les cas de maladies fournis par ces industries diverses la gradation décroissante qui suit :

Cérusiers et fabricants de minium, etc. : 1881, 117; — 1882, 28; — 1883, 3.

Toutefois ce résultat est en partie apparent. En 1882, la fabrique de céruse de Clichy appartenant à M. Orsat a disparu : elle fournissait le plus grand nombre de malades et par conséquent de ce chef la moyenne annuelle s'est considérablement abaissée. Toutefois les céruseries et fabriques de minium et de massicot parisiennes sont encore assez importantes, pour qu'on doive se féliciter de l'influence qu'ont eue nos décisions sur la morbidité de leurs ouvriers qui, de 117 en 1881, est tombée à 3 seulement en 1883.

Les moyennes des malades fournis par presque toutes les autres industries qui manient le plomb et ses dérivés sont tombées, en 1881-1883, au-dessous de celles de cinq années précédentes, comme l'indique le tableau. Il faut en excepter toutefois en apparence les potiers de terre, faïenciers et émailleurs, qui ont donné 8,7 malades, au lieu de 4,7; soit, par an, cinq de plus dans la période triennale 1881-1883 que dans celle de 1876-1880. Mais cette différence, qui semble défavorable, tient en particulier à ce que nous avons réuni dans notre nouveau tableau les industries des faïenciers et émailleurs à celle des potiers de terre, vu la grande analogie du mode d'intoxication.

Parmi les industries que nous ne dénommons pas spécialement, à cause du petit nombre de malades qu'elles fournissent, on remarquera parmi les plus insalubres :

L'industrie des dessoudeurs de boîtes de fer-blanc, qui a fourni 3 malades. Nous l'avions dénoncée déjà, dans notre précédent rapport, comme l'une des plus dangereuses. Le nombre des ouvriers qui font ce métier est de 15 à 20 au plus à Paris. C'est donc 1 malade, sur 15 ou 20 ouvriers, qui est chaque année frappé.

Dans les trois années 1881-1883, les verriers ont encore fourni 9 malades; — les ajusteurs, 5; — les cartonniers, 3.

Quant à ceux qui, parmi les industries diverses non désignées nominalement dans ce rapport, sont dénommés journaliers, ce sont généralement d'anciens ouvriers cérusiers ou peintres, et les 84 malades qu'ils ont fournis devraient être réunis sous les deux précédentes rubriques. Il est remarquable que ces industries diverses, non ici particulièrement dénommées, qui sont au nombre de 40 à 50 et s'exercent généralement dans des ateliers très exigus, sans importance, et où n'ont pas pénétré dans le plus grand nombre de cas les prescriptions du Conseil d'hygiène, ont fourni dans la période triennale 1881-1883, dont nous nous occupons, 57 malades par an au lieu de 56,6, nombre presque égal qu'elles avaient fourni par an dans la période précédente 1876-1880. Il n'y a donc eu, pour ces industries détachées et peu importantes, aucune amélioration. C'est là une nouvelle confirmation de la nécessité qu'il y a de faire observer régulièrement, dans tous les cas, les prescriptions que nous avons résumées dans l'instruction à la-

quelle nous avons déjà fait allusion plusieurs fois dans ce rapport.

D'autre part, en étudiant le nombre moyen de jours que les malades de chacune des industries signalées ont passés à l'hôpital pendant la période de 1881 à 1883, on constate que ce nombre de jours peut être considéré comme proportionnel à la gravité de la maladie et, en particulier, qu'un ouvrier intoxiqué par le plomb reste en moyenne vingt jours en traitement.

Les ouvriers qui paraissent avoir été le plus gravement atteints sont les plombiers et les ferblantiers ayant subi un traitement de 34,4 jours en moyenne, et les polisseurs de caractères, restés 29 jours à l'hôpital. Ceux qui paraîtraient atteints le moins gravement sont : les chaudronniers, chauffeurs, mécaniciens (12,6 jours), et les typographes (10,5 jours). Le nombre des décès durant ces trois années a été de 5, dont 2 sortis de l'ancienne fabrique de Clichy. En moyenne 1,66 ouvrier (peintre ou cérusier) mort encore à Paris chaque année.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXIV

Mon estomac à jeun sollicitait mon retour à la petite baie où j'avais débarqué; en conséquence, je pliai bagages et je regagnai le bateau; je trouvai les bateliers fort inquiets sur mon compte, ils étaient sur le point de se mettre en marche pour aller à ma recherche. Après avoir dévoré un énorme morceau de pain sans boire, attendu que j'avais oublié la provision d'eau, je quittai l'île ingrate de Rotono; mon dessein était de faire une visite à Pomègue sa voisine, mais les conducteurs de ma barque m'assurèrent que les récifs escarpés qui l'entourent la rendent inabordable. Je renonçai donc à ce projet et j'ordonnai de faire voile vers la plage de Montredon, distante d'une petite lieue. J'aperçus pendant la traversée plusieurs *marsouins*, qui se jouaient à la surface de l'eau, en émergeant de temps en temps la partie supérieure de leur corps : les *dauphins* ne sont pas rares dans ces parages. Nous abordâmes tout près d'un fort situé sur la côte, et, malgré l'embrasement de l'air, je partis aussitôt pour parcourir la plage si intéressante pour le naturaliste; à peine eus-je fait cinq cents pas, qu'un canonnier armé de son grand sabre vint me signifier l'ordre de comparaître devant le commandant du fort, afin de déclarer qui j'étais et ce que je venais faire en ces lieux; à la force point de résistance, je m'empressai d'obéir à l'ordre du militaire. Le lieutenant, après avoir lu d'un bout à l'autre et à haute et intelligible voix mon passeport, afin sans doute de prouver qu'il savait lire, me demanda dans quel dessein je venais prendre le plan de la côte. — Moi, prendre le plan de la côte! lui répondis-je. Qui donc a pu faire naître ce soupçon ? — Le batelier qui vous a débarqué, répliqua-t-il, m'en a informé : vous êtes sans doute un espion anglais et vous serez détenu ici jusqu'à ce que je sois convaincu du contraire.

J'affirmai au lieutenant que je n'avais, en parcourant la plage, d'autre projet que de prendre, non des *plans*, mais des *plantes*, des simples, des herbes; je lui ouvris en conséquence mon carton pour le convaincre : le mot *plantes*, dont il ignorait la signification, avait occasionné un singulier quiproquo dont heureusement on finit par rire; je fus donc relaxé sur-le-champ et je circulai librement pendant trois heures. La soirée fut employée aux préparatifs de départ pour le lendemain.

A SALON, ARLES ET BEAUCAIRE.

Le 29 juin, au lieu de reprendre la route d'Aix pour revenir à Beaucaire, nous préférâmes passer par Salon. Le hasard nous servit à merveille pour la composition du personnel de notre diligence; nous fîmes agréablement la route avec deux charmantes Arlésiennes dont la beauté justifiait, surpassait même la réputation du sexe de leur pays natal. A Salon, qui est la patrie de la bonne huile et fut la résidence du célèbre Nostradamus, nous comptions voir le tombeau de l'astrologue dans l'église Saint-Michel, bâtie par les Templiers, mais ce tombeau n'existe plus; on nous montra seulement son portrait peint, et, au bas du tableau, une plaque d'airain avec une inscription gravée : celle-ci nous apprend que le tombeau de Nostradamus fut ouvert pendant la Révolution par des impies, qui jetèrent au vent les cendres du grand homme, et que la municipalité de Salon, lorsque les orages révolutionnaires furent dissipés, recueillit quelques restes de ces cendres et les fit déposer derrière la plaque; on dit que la plupart des profanateurs de la tombe du prophète ont péri misérablement.

J'avais une lettre de recommandation pour M. de Sufren, estimable naturaliste de Salon : j'eus le regret de ne pas le rencontrer. De Salon à Arles, nous traversâmes la vaste plaine de la Crau : c'est un bassin de quatre ou cinq lieues de largeur sur six ou sept de longueur, environné de montagnes peu élevées; elle est formée d'un sol graveleux qui atteste le séjour antérieur des eaux; malgré son état inculte, elle est renommée pour le pacage des brebis qui, pendant l'hiver, y descendent des montagnes au nombre de trente à quarante mille. On prétend que ces animaux, pendant les frimas, soulèvent les pierres avec leur museau et trouvent une plante dont ils sont très friands. D'après les renseignements que j'ai pris auprès d'un indigène, il paraîtrait que cette plante est une espèce de *scabieuse*, peut-être la *scabieuse colombaire*. Nous passâmes la journée du 1er juillet à Arles, ville renommée par ses monuments romains, ses saucissons et ses femmes. M. Artaud, botaniste instruit, homme de cinquante ans, m'accueillit avec cet empressement. cette honnêteté simple, franche et loyale qui, pour l'ordinaire, caractérise les personnes adonnées à l'étude attrayante de la nature. Nous allâmes ensemble faire une visite au vieux M. Amoreux, entomologiste instruit mais ignoré, qui a publié un livre sur les insectes venimeux.

La ville, située sur la rive gauche du Rhône, est en général fort mal bâtie; les rues sont mal percées et un peu sales; elle est, comme Beaucaire, habitée par beaucoup de paysans; il y a quelques allées d'ormeaux dans le voisinage du fleuve et un pont de bateaux fort élégamment construit. Nous visitâmes les édifices et les monuments remarquables : l'*obélisque*, situé au milieu de la place Napoléon (c'est une pyramide granitique très effilée, ayant de 120 à 130 pieds de hauteur et reposant sur le dos de quatre lions fort dégradés qui surmontent un piédestal calcaire. Cette pyramide monolithe, ouvrage des Romains, était autrefois placée hors de la ville dans un endroit appelé le Cirque. Ce fut Louis XIV qui la fit transporter au lieu qu'elle occupe aujourd'hui. Il est remarquable que le granit ne se trouve qu'à quarante lieues d'Arles, du côté de Nice) l'*amphithéâtre* ou les *arènes*, édifice construit sur le même plan que celui de Nîmes, beaucoup plus vaste, plus dégradé, plus encombré de maisons (il offre trois rangées ou étages de gradins plus ou moins ruinés; nous descendîmes, armés de torches, dans les souterrains où l'on nous fit remarquer les loges qui, du temps des Romains, servaient à enfermer les animaux féroces destinés aux combats dans l'arène — *arena*, sable; l'hôtel de ville, édifice qui, sans être antique, est cependant d'une architecture digne des grands maîtres (on y admire une voûte presque plate et, dans le vestibule des tombeaux, des morceaux de colonnes, des fragments de statue); le *jardin de Mlle de Perreins*, où l'on voit de beaux fragments antiques, deux colonnes encore debout, de 30 à 35 pieds de hauteur, qui, à l'époque romaine, faisaient partie d'un théâtre, statues, urnes, etc.; les Champs-Élysées, emplacement situé hors de la ville et où l'on rencontre à chaque pas des tombes antiques, tantôt simples, tantôt jumelles. Voilà bien des détails sur les antiquités de la *Rome gauloise*. Passons au temps moderne, disons un mot du sexe arlésien : mais, toutes réflexions faites, que puis-je en dire moi qui ne suis resté qu'un jour dans cette cité et qui n'ai guère vu que deux femmes ? Elles étaient sans doute les plus

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 septembre 1884.

jolies, peut-être les seules jolies; il faut donc que je me contente d'écrire que les Arlésiennes sont renommées pour être les plus belles femmes de l'Empire, et que celles que j'ai pu considérer justifiaient pleinement cette réputation. On m'a assuré que les femmes de la campagne ont la singulière coutume de se faire raser par esprit de coquetterie; les barbières se servent, pour cette opération, d'un morceau de verre dont elles promènent le tranchant sur la peau, qui paraît ensuite et plus lisse et plus fine; autrefois leur jupe atteignait à peine le genou, elle est moins courte aujourd'hui. Quant à la coiffure, elle est la même qu'à Beaucaire et à Avignon avec plus de clinquant.

Le lendemain matin, avant le départ pour Beaucaire, je fis avec M. Artaud une fructueuse excursion de botanique sur une montagne à une lieue de la ville. Nous traversons une partie des vastes marais d'Arles peuplés de plantes aquatiques fort curieuses. J'eus le plaisir de cueillir, pour la première et la dernière fois de ma vie, l'*Aldrovanda vesiculosa*, plante singulière, qui, au moyen de petites vessies remplies d'air, flotte à la surface de l'eau, fleurit et fructifie quoiqu'elle ne communique avec la terre par aucune racine. La *gratiole*, le *sonchus maritimus*, un *cyperus* gigantesque, y étaient en pleine floraison. Au retour de l'excursion, nous visitâmes avec M. le docteur Ferrière, notre condisciple à Paris, l'hôpital d'Arles qui est petit mais fort bien tenu; puis nous reprîmes le fourgon pour aller à Beaucaire avec accompagnement d'un vent violent mêlé de tourbillons de sable. Nous stationnâmes encore cinq jours chez notre ami Blaud. La fameuse foire, après laquelle les habitants de Beaucaire soupirent comme les malades après la santé, s'ouvrira vers le 15 juillet; une nouvelle ville de bois s'est formée, depuis notre départ, dans la grande prairie : cinq ou six cents maisonnettes ou boutiques, disposées les unes près des autres, en quatre ou cinq rangées, n'attendent plus que les marchandises et les marchands. De jolis cafés chinois sont dressés, les salles de spectacle sont terminées; tous les habitants vont se loger, pendant la foire, dans les greniers et les galetas, afin de louer aux étrangers leurs appartements.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Nous relevons les chiffres suivants, touchant le nombre des victimes de l'épidémie cholérique depuis notre dernier bulletin :

Toulon. — Le 23 septembre, 2 décès, dont 1 en ville et 1 à l'hôpital Bon-Rencontre. La situation est de 5 malades en traitement dans cet hôpital et 5 également à Saint-Mandrier. — Le 24 septembre, 1 décès en ville.

Marseille. — Du 23 au 24 septembre, 4 décès, dont 1 à l'hôpital du Pharo. — Du 24 au 25 septembre, 2 décès. Depuis trois mois, c'est-à-dire depuis le commencement de l'épidémie, le choléra a fait dans cette ville 1715 victimes, soit environ 19 décès par jour.

Var. — *La Seyne*, 1 décès. — *Creux Saint-Georges*, 1 cas grave. — *Ollières*, 2 décès. — *Camps*, plusieurs cas nouveaux.

Hérault. — *Bességes*, 2 cas nouveaux. — *Cette*, 2 décès au lazaret de cette ville.

Ardèche. — *Saint-Remèze*, 3 décès. — *Lavilledieu*, 2 décès. — *Villeneuve-de-Berg*, plusieurs malades en traitement.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 11 décès. — *Cattlar*, 1 décès. — *Fontpédrouze*, 1 décès. — *Arles-sur-Tech*, 1 décès. — *Vinça*, 2 décès. — *Thuir*, 1 décès. — *Castelnau*, 1 décès. — *Marquaixanes*, 5 décès. — *Baixas*, 1 décès.

Espagne. — Les bulletins officiels du royaume nous font connaître la situation suivante : *Barcelone*, 1 décès. — *Elche*, 4 cas nouveaux et 4 décès. — *Monforte*, 7 cas nouveaux et 4 décès. — *Novelda*, 1 cas nouveau et 3 décès. — *San Vicente*, 1 décès. — *Mora de Ebro*, 1 décès. — *Cervera*, 2 décès. — *Borjas*, 1 décès.

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* nous donne les chiffres suivants touchant l'épidémie cholérique, pendant la journée du 23 septembre 1884, pour les provinces déjà contaminées :

Le 23 septembre, 444 cas nouveaux et 213 décès. Dans ces chiffres, la ville de *Naples* est comprise pour 264 cas nouveaux et 126 décès, et la *Spezzia*, 21 cas nouveaux et 6 décès.

Dans la ville de Gênes, on a constaté, ce même jour, 3 cas nouveaux suspects.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Toussaint est nommé aide-préparateur de physique (emploi nouveau).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changements d'adresses, aux envois de valeurs et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Étude sur les cystites blennorragiques, par le docteur F. Leprévost. Broch. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16778.

N° 113. — MARDI 30 SEPTEMBRE 1884. 57e ANNÉE. MARDI 30 SEPTEMBRE 1884. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. Mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. La maladie de Bright, les albumines de l'urine; traitement de l'albuminurie brightique. — HÔPITAL NECKER. I. Rupture aponévrotique, hernie musculaire. — II. Épithélioma de la paupière inférieure. — Accouchement provoqué au huitième mois dans un cas grave d'hydrémie. — Nouvelles.

MON DERNIER MOT SUR LES FIÈVRES DE L'ALGÉRIE

Avant de me confiner dans le repos absolu auquel me convient mon grand âge et la stupéfiante perturbation des sciences médicales, j'éprouve, une fois encore, le désir de fixer sur le papier quelques souvenirs bien lointains déjà, il est vrai, mais qui cependant se rattachent directement à la question toujours ouverte des fièvres de l'Algérie, à cet objet constant de mes études et de mes préoccupations pour l'armée. Je regarde aussi comme un devoir, *ante mortem*, de faire ressortir que c'est presque exclusivement aux médecins modernes des armées de terre et de mer, ces chevaliers errants de la science et de l'humanité, que reviennent le mérite et l'honneur d'avoir éclairé d'un jour si vif un sujet de premier ordre qui, jusqu'à eux, était resté tout à fait incompris. Mon assertion est incontestable ; rien de plus facile à prouver. Qu'on lise, en effet, les classiques qui faisaient foi dans le premier tiers de ce siècle : les *Fièvres* de Chomel de 1821, les diverses éditions de la *Nosographie* de Pinel, le *Traité des fièvres pernicieuses* d'Alibert, et l'on aura ainsi, comme je crois l'avoir déjà exprimé, la quintessence de l'enseignement officiel à cette époque; puis, que l'on mette en regard les recherches de Boudin, d'Haspel, de Dutroulau, de Colin, de Bérenger-Féraud, de Mahé, de Laveran, l'esprit restera confondu en constatant l'incompétence négative des premiers, d'une part, et, d'autre part, la profonde investigation, l'heureuse fécondité des seconds. On comprendra très bien le sentiment de réserve qui m'a engagé à ne pas inscrire mon nom parmi ceux que je viens de citer; mais, comme il est infiniment probable que c'est pour la dernière fois que je laisserai ma plume octogénaire écrire quelques lignes destinées à la publicité, je demande la permission de dire combien je me trouve honoré de constater qu'après bien des controverses mes savants successeurs ont fait entrer dans le domaine scientifique les principales des propositions que, de 1834 à 1836, j'avais posées et développées sur le traitement des fièvres dans les pays chauds et marécageux.

On sait, par de nombreux ouvrages de médecine, toutes les calamités qui ont assailli nos troupes à leur arrivée en Afrique; je n'ai donc pas à m'en occuper. Mais, pour bien faire comprendre la situation, il n'est pas sans intérêt de constater combien, en dehors des données purement scientifiques, la population s'était émue devant une mortalité que l'histoire, de son côté, s'est chargée de nous transmettre et dont je trouve un exemple saisissant dans un ouvrage qui vient de paraître sous le titre de *Trente-deux ans à travers l'Islam* et que l'on doit à M. le consul général Roches, ancien interprète de l'armée d'Afrique, qui, en cette qualité, faisait partie de la colonne chargée, en 1841, de ravitailler la garnison de Milianah : « Onze cents hommes valides, dit-il, furent laissés, le 10 juin 1840, à Milianah..... Au 1er octobre, il n'y en avait plus que 300, qui portaient la mort dans leur sein. Au 1er janvier 1841, il n'en restait que 80 ; ainsi plus de 1,000 hommes, sur 1,100, périrent en moins de six mois. » (T. Ier, p. 424.)

On ne peut se soustraire au désir qui, en pareille occurrence, devient une obligation professionnelle, de s'expliquer ce lugubre drame; et l'on arrive vite à reconnaître que ce ne sont ni des maladies obsidionales, ni des maladies de misère, ni les fatigues, ni les privations, qui ont pu, en 113 jours et dès le début du blocus, faire mourir 800 hommes sur 1,100 : bien certainement, étant donnée la nature du pays dans lequel ces troupes expéditionnaient depuis plusieurs mois, il faut y voir l'influence de l'élément palustre, ce facteur, toujours le même, des terribles affections qui nous ont enlevé tant de monde en Morée et en Algérie ; on pourrait même ajouter dans nos colonies lointaines.

J'ai essayé de me procurer des renseignements médicaux pour éclaircir ce lamentable épisode de Milianah; mais je n'ai pas été assez heureux pour en rencontrer, malgré les sources officielles où il m'a été donné de puiser : ce qui m'autorise à penser qu'il n'en existe nulle part. Il faut donc s'en rapporter au raisonnement et analyser des faits analogues pour en déduire des conséquences pratiques et applicables au fait actuel. Je ne mets en doute ni le savoir ni l'expérience des médecins attachés à cette expédition ; mais je crois que le grand nombre de malades atteints si subitement aura immédiatement épuisé l'approvisionnement réglementaire du sulfate de quinine; et la clinique aura été ainsi complètement désarmée. Nous avons connu cette triste situation, à Alger même, en 1832 et en 1833, à une époque où les relations avec la France, se faisant encore presque exclusivement par des bâtiments à voiles, étaient assez rares et irrégulières. Nous n'avions pas même l'outillage nécessaire pour pulvériser les écorces de quinquina; on

était réduit à les concasser pour en faire une décoction que l'on administrait aux malades dans de petites fioles portant l'étiquette fallacieuse de potion fébrifuge. Cette même cause, la *pénurie du sulfate de quinine*, paraît avoir eu aussi une large part dans la catastrophe de l'île Maurice, dont j'ai parlé dans la *Gazette des Hôpitaux* du 29 mai 1883; 40,000 morts, en 1867, sur une population de 360,000 âmes. L'un des médecins les plus distingués du pays, M. Pellereau, à qui nous devons le meilleur travail sur la nature paludéenne de ces fièvres, dont l'origine et le caractère avaient d'abord été méconnus, a eu l'obligeance de me remettre une note que je m'empresse de faire connaître comme un document précieux en faveur de mon opinion sur les maladies de Milianah. « La mortalité fut occasionnée non seulement par « le développement de miasmes abondants et d'une exces- « sive intensité, mais encore, et surtout, par un manque « déplorable de sulfate de quinine. Cet alcaloïde fit défaut « au moment même où l'épidémie était à son apogée, et où « une malheureuse population se débattait sous sa fatale « étreinte. La petite quantité qui se trouvait dans les phar- « macies de l'île fut vendue à un prix exorbitant, jusqu'à « 1,500 francs le flacon de trente grammes. Lorsqu'il n'en « resta plus, il fallut s'adresser aux pays environnants. Puis, « cette dernière ressource épuisée, nous trouvant sans « armes et sans défense contre la plus meurtrière des épi- « démies, on dut recourir à des médicaments reconnus au- « jourd'hui tout à fait inutiles, tels que : arsenic, goudron, « acide phénique, etc., etc., et, de plus, à des plantes indi- « gènes dont les résultats furent également nuls. »

Je n'ai pas besoin de dire combien, en face d'un ennemi si redoutable, dont nos maîtres, dans leurs leçons et dans leurs livres, ne nous avaient à peu près rien appris, nous avons, tous, dû faire d'efforts et de tentatives pour paralyser ses coups. Ces efforts et ces tentatives ont porté principalement *sur les fièvres paludéennes à type continu; sur les accidents consécutifs du paludisme; sur l'emploi du sulfate de quinine à hautes doses*. Des circonstances particulières m'avaient préparé à aborder le premier point de cette étude avec résolution; je venais d'assister à des épidémies de fièvres intermittentes endémiques à Ajaccio et à Alger, lorsque je fus envoyé à Bône en pleine station marécageuse, sous un ciel brûlant; c'était me conduire tout droit à la connaissance des fièvres auxquelles, pour bien mettre en garde les praticiens contre leur marche insidieuse, j'ai cru devoir donner le nom de *pseudo-continues*.

Je n'ai ni le désir, ni la volonté, ni le besoin de revenir sur les attaques bien regrettables, au point de vue de la conservation des hommes, dont mes recherches ont été le point de mire. Je remets à l'argumentation que Littré a inscrite à la tête des *Epidémies d'Hippocrate* le soin de faire priser, à sa valeur, le rôle qui me revient dans la détermination des fièvres continues des pays chauds et marécageux. J'ajoute que je regarde aussi comme une grande force et comme un insigne honneur pour moi de pouvoir joindre à cet important témoignage celui, non moins imposant, de l'éminent professeur Verneuil qui, quarante ans après Littré, date pour date, fit ressortir au congrès scientifique d'Alger, en 1881, la portée de ces mêmes travaux et leur donna un retentissement auquel je n'avais jamais eu l'ambition d'aspirer. Il y a loin de la haute sanction de ces grands esprits à la résistance opiniâtre qu'a rencontrée sur son chemin une méthode universellement adoptée maintenant; qui, dès le début, s'était affirmée par des succès, qu'il était facile de contrôler, de vérifier par l'expérimentation qu'elle appelait et provoquait avec confiance, parce qu'elle savait qu'elle reposait sur un grand nombre de faits concordant tous entre eux pour attester sa puissance.

La symptomatologie des *accidents consécutifs* était trop bien connue, trop minutieusement décrite pour que nous ayons eu à la modifier en rien. Mais il n'en a pas été de même pour la théorie de leur genèse. Au début de notre séjour en Afrique, on était généralement encore dans la croyance qu'ils étaient dus à l'action des préparations de quinquina et à leur emploi prématuré; d'où le double précepte de prescrire le sulfate de quinine en petite quantité (20 à 40 centigrammes dans la journée), et de n'y recourir que vers le septième ou le huitième accès de fièvre. Le *Recueil des mémoires de médecine militaire* reproduit, en 1833, ces mêmes conseils, en publiant des travaux dus à des médecins de l'Algérie qu'il donne comme devant servir de guide aux praticiens. Entraîné par la marche des maladies de Bône, ce foyer pestilentiel, je dus bien vite m'éloigner de la voie qui nous était tracée et prescrire avec succès le sulfate de quinine à des prises très élevées, ce qui me permit d'écrire dans un *Mémoire sur les fièvres intermittentes du nord de l'Afrique* lu, le 30 mai 1835, à l'Académie de médecine, ce qui suit : « Par l'emploi de cette médication, nous avons aussi décidé, je crois, un grand fait; c'est que, loin de déterminer des engorgements des viscères abdominaux, des hydropisies, des diarrhées, etc., le sulfate de quinine les prévient en s'opposant au retour des accès. C'est, il n'en faut pas douter, la répétition des accès que l'on doit accuser seule de ces accidents consécutifs qui, à la fin des épidémies de fièvres intermittentes, viennent enlever les malades que les accès pernicieux avaient épargnés. »

Ce que j'exprimais se fondait sur des faits authentiques et consignés dans un de mes rapports aux officiers de santé en chef de l'armée, en date du 11 janvier 1835 : « Au premier du mois, disais-je, il me restait 208 hommes qui ne me donneront, selon toute probabilité, qu'une très faible mortalité, eu égard surtout à la fin d'une épidémie aussi longue. Vous jugerez facilement, Messieurs, combien j'ai peu d'affections chroniques dans mon service, puisque, bien qu'ayant reçu 236 entrants dans la dernière dizaine de décembre, j'ai pu réduire, par mes sorties, à 208, mon mouvement, qui, le 21 décembre, s'élevait à 344. » Ce m'est une bonne fortune inespérée de pouvoir mettre en regard de ces documents ce que raconte l'un de mes antagonistes les plus décidés, M. Casimir Broussais, de ce qu'il a trouvé dans les hôpitaux, en arrivant à Alger, au mois de décembre 1844, « une grande quantité de corps chétifs, épuisés, languis- « sants ; une foule de pauvres malades minés par la diar- « rhée ou la dysenterie chronique et enflés par l'hydropi- « sie. » (*Recueil des mémoires de médecine militaire*, t. LX, p. 45.)

Quel contraste ! J'en accuse, sans hésitation aucune, l'incohérence et l'insuffisance des méthodes thérapeutiques contre lesquelles j'avais cependant, depuis dix ans déjà, si hardiment réagi, sans avoir été assez heureux pour entraîner, du premier coup, toutes les convictions. Si M. Casimir Broussais était venu à Bône en 1834, comme il a été à Alger en 1844, il aurait pu, sans sortir de l'enceinte de notre hôpital, voir, d'une manière saisissante, ce double tableau : d'une part, le mouvement général de mon service, exposé dans mon rapport précité, dont le double, par le même courrier, avait été adressé au Conseil de santé; d'autre part, il

aurait facilement constaté que, dans les diverses divisions de fiévreux, les résultats étaient en raison directe de l'empressement que l'on avait mis à suivre mon exemple; de telle sorte que, dans l'une d'elles, celle de son frère, où la doctrine physiologique battait son plein, il eût facilement chargé sa palette de couleurs aussi sombres que celles sous lesquelles il a rendu les impressions qu'il a ressenties en mettant le pied dans les salles de l'hôpital du Dey.

Raconterai-je maintenant comment, avant les critiques de médecins mal inspirés, j'avais eu déjà à subir celles tout aussi imméritées de la part du public? L'aventure ne manque pas de piquant. Dès l'origine de mes tentatives, il y avait eu un *tolle* général contre moi dans la population civile, tout comme dans la garnison. De jeunes officiers, pour se soustraire à ma médication, s'étaient organisé un dispensaire sous la direction d'un aide-major du 59e de ligne, assez instruit, assez intelligent, orateur d'estaminet. Leur algarade, du reste, ne dura que quelques semaines; ces dissidents ne tardèrent pas à déserter, d'un commun accord, leur hôpital interlope, pour venir s'abriter dans nos salles et nous demander des soins, dont l'expérience avait promptement démontré l'efficacité.

Cette malheureuse croisade contre le *sulfate de quinine* à haute dose était si universelle dans l'armée, que le duc d'Orléans lui-même, cet homme si intelligent et si bienveillant, cédant à l'entraînement général, a écrit que, lors de l'expédition de Constantine, en 1836, « *des ballots entiers* « *de ce poison avaient été avalés en quelques jours dans les* « *régiments transformés en infirmeries* ». (*Campagnes de l'armée d'Afrique*, 1835-1839, par le duc d'Orléans, p. 195; publication faite par ses fils en 1870.) Voilà des expressions bien malheureuses dépassant de beaucoup le droit de la critique; car, présentés dans une acception rigoureuse, sans que rien ne les atténue, elles transforment tout simplement en empoisonneurs publics des médecins instruits, actifs, dévoués, exposés à tous les dangers, à toutes les misères du soldat, comme le démontre si bien elle-même cette terrible campagne dont la relation princière est un modèle de style et de haute appréciation dans les choses du commandement et de l'administration, mais non dans celles de la médecine. Ce n'est pas que je m'émeuve outre mesure de cette accusation; je la revendique même pour moi seul, attendu que je suis le grand coupable; car ce qui est si fortement incriminé ici n'était que l'application de la méthode que j'avais créée, en 1834, dans cette même contrée, et dont l'extension a fini par dompter, tout le monde le reconnaît aujourd'hui, le grand mal qui dévorait l'armée et les colons.

Dr F.-C. Maillot,
Ancien président du Conseil de santé des armées.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

La maladie de Bright, les albumines de l'urine; traitement de l'albuminurie brightique (1).

III

En abordant aujourd'hui, au point de vue pratique, le traitement de la maladie de Bright dans ses diverses formes, mon intention n'est pas de vous énumérer les nombreuses méthodes, les nombreux procédés qui ont été proposés, mais de vous exposer seulement la méthode que je considère comme rationnelle, et que j'emploie depuis déjà nombre d'années, à laquelle je suis arrivé peu à peu, en introduisant à diverses époques les modifications qu'une longue expérience m'a enseignées.

Au point de vue pratique, au point de vue de la conduite à tenir par le médecin vis-à-vis de son malade, il est nécessaire de diviser les cas brightiques en deux classes : les cas avec urgence, et les cas sans urgence qui sont de tous heureusement les plus nombreux.

Le phénomène qui, à lui tout seul, constitue l'urgence, c'est la dyspnée, — je parle, bien entendu, de la néphrite brightique et non pas de l'urémie, — qu'elle soit la conséquence d'une hydropisie viscérale, d'un hydropéricarde, d'un hydrothorax, ou qu'elle tienne à la mauvaise constitution du sang. A la dyspnée nous pouvons ajouter, comme contribuant à l'urgence, les vomissements répétés.

Les cas sans urgence sont ceux où il n'y a pas de dyspnée. C'est par eux que nous allons commencer à étudier le traitement à intervenir. Que faut-il donc faire dans les cas sans urgence? Pour moi, je suis ici d'une rigueur absolue. Je commence uniquement par le régime lacté exclusif, sans atermoiement ni compromission, en imposant ma volonté formelle, allant même jusqu'à dire à mes malades : « Si vous ne voulez pas vous y soumettre, je renonce à vous soigner. » Il est vrai, je l'avoue, que le régime lacté pur n'est pas agréable. Néanmoins, pour la première phase, il faut que le médecin soit impitoyable; il lui faut expliquer et faire comprendre à son malade qu'il devra prendre la quantité de lait nécessaire pour ne pas éprouver le sentiment de la faim, pour ne pas gêner les organes digestifs. On le lui donnera froid; toutefois, dans le cas où par hasard il ne serait pas toléré froid, on le lui fera prendre tiédi au bain-marie et non bouilli, sans addition de quoi que ce soit, ni sucre, ni sel. Le lait sera pris par fractions, en quantité modérée, toutes les heures. La dose pour vingt-quatre heures doit être, d'après ce que l'expérience m'a appris, de trois litres en moyenne, de telle sorte que l'équilibre de la nutrition se maintienne convenablement. Certains malades n'en prennent que deux litres et demi, tandis que d'autres vont jusqu'à quatre litres; mais, je le répète, la moyenne est d'environ trois litres, administrés par tasses de dimensions raisonnables.

Même lorsqu'il est bien toléré, le lait entraîne avec lui certains inconvénients inévitables, tels qu'un goût affreux dans la bouche et une constipation si opiniâtre qu'il est nécessaire de la combattre, non pas par des médicaments pris par la bouche, mais par des lavements. Dès le deuxième ou troisième jour du régime lacté exclusif, l'urine est moins foncée, elle devient plus claire, sa coloration se rapproche plus du verdâtre clair que du jaune; elle est, pour ainsi dire, celle du petit-lait.

En même temps que l'on prescrit ainsi le lait, et au bout de trois ou quatre jours, si le malade n'a aucune hydropisie, si son cœur ou ses poumons ne présentent aucune contre-indication, en un mot, si son état rénal est pur, vous interviendrez par l'hydrothérapie. Vous soumettrez votre malade à des douches quotidiennes froides composées de la pluie et du jet, en ayant soin surtout d'en garantir la région lombaire. Tout d'abord, la durée de la douche sera de quinze secondes, puis on arrivera à vingt, à vingt-cinq et à trente, chiffre maximum. Cette douche sera immédiate-

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 septembre 1884.

ment suivie de frictions sèches avec du linge, une éponge ou de la flanelle, frictions assez énergiques faites à la fois par deux personnes, l'une à la droite, l'autre à la gauche du malade, de façon à déterminer une certaine rubéfaction de la peau et ramener la chaleur. Le malade s'habillera ensuite rapidement et se livrera à une certaine marche. Les exercices musculaires, en effet, sont un élément nécessaire du traitement, car leur but est d'activer le processus nutritif interne et les fonctions de la peau. Le malade devra aussi porter caleçon et gilet de flanelle.

Chez les individus chez lesquels l'affection brightique se complique d'hydropisie, on attendra que celle-ci ait disparu sous l'influence du régime lacté pour recourir à l'hydrothérapie telle que nous venons de l'indiquer.

Enfin j'ajouterai que, dans cette première période du traitement, je ne prescris aucun médicament, et que, par la méthode que je viens de vous indiquer, j'ai obtenu de nombreux succès; aussi est-elle, pour moi, la plus efficace de toutes. Mais pour qu'elle réussisse, il faut une grande persévérance, il faut prolonger le traitement tout le temps nécessaire, c'est-à-dire pendant un mois au moins. Du reste, les premiers jours seuls, généralement, sont pénibles. Cependant il est des cas où il est indispensable de continuer cette thérapeutique au delà de cette période.

Le mois est fini, et je suppose que tout s'est bien passé; le malade n'est pas guéri, il est très amélioré; s'il avait auparavant des phénomènes subjectifs, ceux-ci ont disparu; il n'a plus d'hydropisie, les urines sont meilleures, l'albumine a diminué des deux tiers, des trois quarts, des quatre cinquièmes même, et cela, quels que doivent être les déboires ultérieurs. Alors, ce premier mois terminé, il faut recourir aux procédés d'exploration. Il faudra tâter le terrain, tâter l'influence de l'alimentation ordinaire dans des conditions qui permettent d'en obtenir quelque succès. C'est ainsi que le malade prendra encore, chaque jour, deux litres au moins de lait, tandis que vers le milieu de la journée, il fera un petit repas avec de la viande grillée, des légumes herbacés, si cela est possible, un peu de pain, un peu de vin rouge dépouillé de toute acidité. Mais on aura grand soin de lui défendre les œufs sous quelque forme que ce soit. On lui recommandera aussi très énergiquement de continuer l'hydrothérapie suivie des frictions et de l'exercice prescrits très sévèrement dans la première période du traitement.

Pendant la durée de ce nouveau régime on aura soin d'analyser les urines tous les trois ou quatre jours. Si l'albumine n'a subi aucune augmentation par rapport au chiffre qu'elle présentait à la fin du premier mois du régime lacté auquel le malade avait été soumis, on doit considérer ce résultat comme un succès. Si, au contraire, l'albumine est augmentée, c'est un insuccès, tout au moins momentané.

Dans l'un ou l'autre cas, que faut-il faire? Si l'albumine n'a pas augmenté, on maintiendra le régime mixte, c'est-à-dire régime lacté, repas indiqué plus haut, hydrothérapie et exercice, et l'on aura quelque raison d'espérer pouvoir arriver, avec le temps, à la disparition complète de l'albumine, voire même à la guérison de la maladie sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucun moyen nouveau.

Au contraire, si la dose de l'albumine a augmenté dès que le malade a été soumis au régime mixte, on reviendra au lait pur, en expliquant au malade, qui en est souvent plus que dégoûté, pourquoi on agit ainsi; on continuera aussi l'hydrothérapie et l'exercice. Mais cela ne suffira pas, il faudra faire autre chose encore, car cet insuccès est la preuve que la qualité de l'albumine est pour beaucoup dans cette absence de résultat favorable. C'est dans ces conditions que nous devrons intervenir par des moyens spéciaux, ainsi que nous le verrons dans la prochaine séance.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Rupture aponévrotique, hernie musculaire.
II. Épithélioma de la paupière inférieure.

I. J'ai opéré mardi dernier le jeune homme qui est couché au n° 25. Il était entré dans nos salles depuis une dizaine de jours environ. Ce garçon avait été examiné avec le plus grand soin non seulement par moi, mais par un certain nombre d'autres personnes, et les avis exprimés à son égard étaient partagés. Les uns opinaient pour un phlegmon, un abcès périnéphrétique; d'autres, pour un mal de Pott, pour quelque ostéite tuberculeuse de la colonne vertébrale, ayant déterminé la formation d'un abcès.

Pour moi, me basant sur les dires du malade, savoir qu'il y a deux mois encore il n'avait rien du tout, et que le début de sa maladie ne remontait pas, en réalité, au delà de six semaines, je penchais vivement, dans mon diagnostic, vers l'idée d'un phlegmon aigu développé dans quelque gaine musculaire, notamment du carré lombaire, d'un abcès consécutif s'accompagnant d'une déformation due à une irritation musculaire.

C'est ainsi que je considérai ce malade comme très opérable de son foyer purulent, après anesthésie préalable, et je l'opérai en effet mardi. Auparavant, cependant, alors qu'il était complètement chloroformé, j'examinai de nouveau sa région lombaire gauche; la tuméfaction me parut un peu moindre que les jours précédents; je cherchai la fluctuation, je la trouvai aussi un peu moins franche. Néanmoins elle était si nette la veille encore, que je n'ai pas hésité à inciser les tissus dans l'axe de la tumeur, c'est-à-dire dans une direction oblique de dehors en dedans, et dans une étendue de sept à huit centimètres.

La peau était saine, le tissu cellulaire sous-cutané était également indemne; au-dessus, je trouvais un tissu graisseux peu abondant, mais pas d'abcès. J'incise plus profondément, pas d'abcès encore; mais au fond de l'incision, j'aperçois une coloration jaune grisâtre des tissus, coloration anomale, quelque peu analogue à celle que présentent les ganglions caséeux; cette coloration appartient à une sorte d'amas qui ne ressemble en rien à un abcès, il semble que la collection purulente ait disparu. Je dissèque alors soigneusement tout à l'entour et je constate que l'aponévrose des muscles longs du dos est déchirée en bas, et qu'au-dessus fait saillie une tumeur peu considérable que j'enlève en totalité. Cette tumeur est solide, mollasse, mais nullement liquide; elle se dirigeait depuis le bord externe des muscles longs du dos en remontant jusqu'à la douzième côte. Elle adhérait au bord externe et à la face antérieure du muscle carré des lombes dans lequel elle envoie un prolongement; elle adhérait aussi au muscle grand oblique et à son aponévrose. Enfin, le muscle carré des lombes présentait des taches ecchymotiques.

En résumé, toutes les hypothèses qui avaient été émises sur la nature de la tuméfaction lombaire gauche de notre malade étaient fausses. Il s'agissait d'une rupture muscu-

laire et d'un épanchement sanguin, devenu fibrineux et très adhérent au tissu musculaire; quant à la déformation des parties, elle résultait de l'irritation musculaire consécutive à cet accident. Ce fait est un très bel exemple des déformations multiples, complexes, qui peuvent résulter d'un traumatisme musculaire.

Maintenant, au point de vue clinique, je dirai que si j'avais attendu huit jours encore avant d'intervenir, je serais arrivé bien certainement à un diagnostic exact, surtout en tenant compte du début brusque des premiers phénomènes, qui a une importance considérable en pareil cas pour déterminer la nature du mal. Mais en présence de l'état du malade et des douleurs qu'il ressentait, en présence des signes que la tuméfaction nous donnait et à la suite de l'examen attentif et plusieurs fois renouvelé de la lésion, pouvions-nous hésiter? Je ne le pense pas.

Ceci me rappelle un autre fait qui remonte à deux ans, où, cette fois, je pus porter un diagnostic parfaitement exact. Il s'agissait d'un homme porteur d'une tumeur de la région abdominale. Or, chez lui, la rapidité du début me fit diagnostiquer, en toute certitude, une rupture du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen.

Mais je reviens à mon opéré de mardi : je vous disais en commençant que la fluctuation, au moment de l'opération, c'est-à-dire quand je fis un dernier examen de la tumeur, était beaucoup moins franche que les jours précédents, je vous disais qu'elle avait en partie disparu. Or ce qui l'avait simulée pendant tout le temps que nous avons pu la sentir, et ce qui nous avait donné cette sensation de fausse fluctuation, c'était la déchirure de l'aponévrose et la masse musculaire faisant hernie à travers cette déchirure même. Cette masse musculaire constituait une de ces tumeurs mollasses pseudo-fluctuantes que l'on transforme facilement par certains mouvements imprimés à la région et que l'on peut ainsi faire disparaître et remplacer par une corde rude due à la contraction musculaire. Et de fait, cette fluctuation correspondait très bien, comme je l'avais indiqué, à la hernie musculaire. Mais, je le répète également, par une observation prolongée pendant quelques jours encore nous eussions constaté que la tumeur était faussement fluctuante et nous eussions émis un diagnostic vrai. Celui-ci avait bien son importance, car il eût évité au malade une opération inutile, opération dans laquelle nous avons été forcé de mettre à nu un certain nombre de muscles, de détruire une partie du muscle grand dorsal, enfin de créer une plaie assez étendue. J'espère bien néanmoins que cet homme guérira parfaitement sans aucun accident.

II. Au nº 54 de notre salle des hommes, nous avons un malade qui se trouve dans de bien mauvaises conditions chirurgicales. C'est un journalier, âgé de soixante et un ans, sans antécédents morbides héréditaires.

Il y a treize ans, il s'est aperçu d'une toute petite tumeur à la paupière inférieure du côté droit, tumeur qui, peu à peu, a acquis le volume d'un gros pois. Dans un frottement involontaire il l'a arrachée; depuis lors, son pédicule ne s'est jamais cicatrisé, mais il s'est mis à bourgeonner granuleusement, lentement. La plaie n'a jamais été bien douloureuse ni très gênante, elle saigne un peu à la surface; elle n'a jamais donné lieu à aucun retentissement dans le voisinage. Mais depuis six semaines elle a pris tout à coup un développement relativement considérable, de telle sorte qu'aujourd'hui elle constitue un épithélioma végétant, dont la hauteur ne mesure pas moins de trois centimètres, qui s'étend d'un angle de l'œil à l'autre, et forme un relief violacé, granuleux et saignant. En somme, il s'agit d'un épithélioma ayant pris tout à coup, comme chez les vieillards, un accroissement rapide et qui, actuellement, déborde sur l'os malaire, sur la joue et empiète même sur le nez.

Tout d'abord, j'ai pensé que la tumeur était bien volumineuse pour intervenir chirurgicalement par l'ablation; puis, afin de donner une satisfaction morale au pauvre malade, j'ai conçu le projet d'une opération réparatrice; enfin, j'ai abandonné à son tour ce nouveau projet pour me borner à une simple opération palliative. En effet, quel bénéfice le pauvre homme peut-il retirer d'une opération aussi considérable? Un succès plastique, oui; mais un résultat définitif, non. Aussi, comme cet homme réclame nos secours, je vais me borner purement et simplement à détruire avec le thermocautère le plus possible de sa tumeur, opération, en réalité, incomplète et purement palliative.

ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ AU HUITIÈME MOIS

DANS UN CAS GRAVE D'HYDRÉMIE.

Par M. le docteur H. Bigot (de Meslay-du-Maine).

I

Le 1er février dernier, la femme P..., fermière des environs, vint me consulter pour un œdème des membres inférieurs : elle était enceinte de sept mois. Elle me dit que, jusqu'à ce moment, sa grossesse s'était bien passée; mais qu'elle avait les jambes enflées depuis quelques jours, et que cela l'inquiétait d'autant plus que sa mère était morte horriblement enflée, huit jours après l'avoir mise au monde. Sa tante était également morte atteinte d'anasarque généralisée. Ma cliente est native de Maine-et-Loire; c'est une brune de grande stature, bien proportionnée, et d'une forte constitution, n'ayant jamais été malade, paraît-il. Elle attribue ce léger œdème malléolaire au froid qu'elle a eu à endurer pendant plusieurs nuits précédentes. J'auscultai le cœur et ne remarquai rien d'anomal en dehors de l'état physiologique dû à la grossesse. Je conseillai le petit-lait, additionné de chlorure de sodium, le vin de quinquina, des pilules au lactate de fer et recommandai à ma cliente de revenir me voir dans quelques jours, si l'œdème augmentait, et de ne pas oublier de m'apporter une fiole de son urine, afin de me rendre compte de la proportion d'albumine qu'elle pouvait contenir.

Une dizaine de jours se passèrent sans que j'entendisse parler de rien. Enfin, le 13 février, on me prévint de me rendre près d'elle. Je la trouvai dans un état pitoyable. La face était bouffie; l'œdème avait envahi les jambes, les cuisses, une partie de l'abdomen. Elle se plaignait beaucoup de la vulve qui la faisait souffrir horriblement; les grandes lèvres œdématiées formaient un volume plus gros que le poing. Son mari me dit qu'elle avait travaillé tant qu'elle en avait eu la force, espérant que l'œdème disparaîtrait à la longue. Pouls petit, fréquent, langue saburrale, anorexie, céphalalgie.

J'ordonnai deux cuillerées à café par jour d'un opiat scillitique et je prescrivis un régime tonique : j'emportai un flacon de ses urines afin de les examiner. Elles renfermaient une quantité considérable d'albumine.

14 février. — Le lendemain je trouvai la malade plus gênée que la veille. La respiration était courte, fréquente, le pouls petit, la céphalalgie persistait. Elle se plaignit amèrement de l'opiat, prétendant qu'il lui donnait la diarrhée. Elle avait eu de violentes coliques qui s'étaient terminées par six ou huit abondantes selles liquides. J'attribuai cette diarrhée à l'hydrémie. L'œdème avait augmenté depuis la veille et la mensuration donna : jambe gauche au-dessus des malléoles, 25 centimètres; jambe droite, 255 millimètres. La vulve, considérablement tuméfiée, la faisait beaucoup

souffrir. Je fis de nombreuses piqûres à la lancette sur les grandes lèvres et une grande quantité de sérosité s'écoula aussitôt.

15 février. — L'état général est à peu près le même : l'œdème de la vulve a diminué, grâce aux piqûres; mais la mensuration des jambes donne 26 centimètres. De plus, la malade a eu dix ou douze selles liquides et les attribue toujours à l'opiat. Pensant qu'elle pouvait avoir raison et que la poudre de scille qui entrait dans sa composition pouvait en effet accroître la diarrhée, je le supprimai à sa satisfaction, et le remplaçai par du sirop d'iodure de fer, une cuillerée à bouche par jour. Même régime : lait.

16 février. — La diarrhée a un peu diminué. Les digestions sont très pénibles. La malade a des nausées, elle étouffe après les repas. Même régime : lait.

17 février. — Pouls toujours petit, fréquent. Polydipsie, céphalalgie, insomnie. Réapparition de l'œdème de la vulve, nouvelles et nombreuses piqûres à la lancette sur les grandes lèvres. La mensuration des jambes donne 265 millimètres. Le poignet droit est légèrement œdématié. Je préviens la malade que si son état continue à empirer, je serai peut-être obligé de recourir à l'accouchement provoqué. Elle me répond qu'elle n'y consentira qu'à la dernière extrémité. Même régime tonique. Tilleul orangé comme boisson.

18 février. — L'état général ne s'améliore pas. L'œdème du poignet droit s'est accru et a envahi le bras; la mensuration du poignet donne 19 centimètres. Le poignet gauche et le bras gauche sont intacts. La mensuration des jambes donne 27 centimètres. La paroi abdominale est tellement œdématiée que le palper, qui du reste est très douloureux, n'apprend rien sur la position de l'enfant, et qu'il est impossible d'entendre les battements du cœur. Le toucher vaginal démontre une présentation céphalique et la tête en partie descendue dans l'excavation.

20 février. — État général très mauvais. La malade a des nausées, *du dégoût du lait*, du vin, ne peut presque plus rien prendre, et se plaint d'une ceinture de plomb qui l'étouffe. Respiration saccadée très fréquente, pouls misérable, tous les tissus sont couleur de cire. L'œdème du bras droit a encore augmenté et envahi jusqu'à l'épaule, le poignet mesure 205 millimètres. Le poignet gauche commence à s'œdématier. La mensuration des jambes donne 28 centimètres. L'œdème de la vulve est redevenu aussi considérable que les jours précédents. Suranémie, céphalalgie intense. Le moral de la malade est bon. Je lui déclare que je ne vois pas d'autre moyen de guérison pour elle, que l'accouchement provoqué et que j'en suis d'autant plus partisan que la présentation est céphalique et que, de plus, il y a lieu d'espérer que l'enfant vivra.

Elle hésite, j'insiste et lui propose de prendre l'avis d'un confrère. Après avoir demandé conseil à son mari, elle se décide enfin et me prie d'amener le lendemain avec moi un de mes confrères, M. le docteur Pieau. Je fus d'autant plus satisfait de ce choix que mon érudit confrère jouit dans la contrée d'une réputation méritée et incontestée d'excellent accoucheur.

Dans la nuit même on vint me prévenir en toute hâte que la femme était très mal. Je me munis d'éponges à la ficelle, d'une potion au bromure de potassium et au chloral, pour prévenir autant que possible les convulsions éclamptiques, et je partis aussitôt, emmenant mon confrère avec moi.

A notre arrivée, nous trouvâmes la malade dans un piètre état. Faiblesse extrême, pouls à peine sensible au bras gauche (au bras droit il était impossible de le sentir, vu l'œdème). Après un examen minutieux de la malade, mon confrère me déclara sans restriction qu'il partageait entièrement mon opinion et que l'accouchement provoqué était évidemment le seul moyen de salut.

Nous convînmes d'avoir recours au procédé de Kluge. Je fis donc disposer la femme sur le bord du lit, puis je tentai de glisser sur mon index gauche, introduit dans le vagin, une éponge à la ficelle et de la faire pénétrer dans le col utérin. Je ne pus y parvenir, le col fuyait sous la pression. Je cédai la place à mon confrère, qui ne fut pas plus heureux. Nous décidâmes alors de recourir au procédé de Krause.

J'introduisis avec assez de difficulté mon spéculum Fergusson et dans le col utérin, ainsi fortement éclairé, j'engageai une sonde urétrale nº 16 ; puis, après avoir franchi l'orifice interne du col, je la retirai. Je pris ensuite une sonde œsophagienne de gros calibre, et après l'avoir huilée, je l'introduisis de même et la poussai doucement dans la cavité utérine d'une longueur de 8 à 10 centimètres. Je priai alors mon confrère de bien vouloir s'assurer luimême de l'état d'engagement de la sonde, après quoi je la retirai comme la première. Nous ne crûmes pas nécessaire de faire des injections, comptant introduire dans le col ainsi dilaté, l'éponge à la ficelle. J'essayai, en effet, d'en placer une au moyen d'une longue pince ; cela me fut impossible de l'engager de plus d'un centimètre et demi environ : le col fuyait et se repliait en doigt de gant. Nous laissâmes l'éponge ainsi placée, bien qu'incomplètement, et nous prîmes congé de la malade après lui avoir fait diverses recommandations.

21 février. — Je retournai dans l'après-midi et trouvai la femme assez tranquille. La violente céphalalgie qui l'incommodait avait en partie disparu ; peut-être grâce à la potion ? Pas le moindre symptôme de réaction de l'utérus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Depuis notre dernier bulletin nous avons relevé les chiffres suivants, touchant l'épidémie cholérique en France et à l'étranger :

Toulon. — Du 24 au 25 septembre, 4 décès cholériques. — Le 25 septembre, à l'hôpital Bon-Rencontre, 3 entrées et 8 malades en traitement; à Saint-Mandrier, 5 malades en traitement. — Du 25 au 26 septembre, 0 décès.

Marseille. — Du 24 au 25 septembre, 2 décès, dont 1 à l'hôpital militaire. — Du 25 au 26 septembre, 4 décès. — Du 26 au 27 septembre, 6 décès.

Var. — *Lagarde*, 5 cas nouveaux et 4 décès. — *La Seyne*, 6 décès. — *Creux-Saint-Georges*, 4 nouveaux cas. — *Pourrières*, 2 décès.

Ardèche. — *Villeneuve-de-Berg*, 3 nouveaux cas, 6 décès, 28 malades en traitement, parmi lesquels M. le docteur Bouveret, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, chef de la mission sanitaire envoyée dans ce département. — *Saint-Reméze*, 2 décès et 16 malades en traitement.

Gard. — *Nîmes*, 2 décès et 2 cas nouveaux. — *Salindres*, 3 décès et 8 cas nouveaux. — *Salles-de-Cagnières*, 3 décès et 4 cas nouveaux. — *Pompignan*, 4 décès et 5 cas nouveaux. — *Bességes*, 1 décès. — *Robiac*, 2 décès. — *Castillon*, 2 décès. — *Courry*, 1 décès. — *Roussan*, 1 décès. — *Alais*, 1 cas très grave.

Hérault. — *Montpellier*, 1 décès. — *Lunel*, 2 décès. — *Cette*, 1 décès. — *Graissessac*, 1 décès. — *Bouzigues*, 5 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 11 décès. — *Thuir*, 1 décès. — *Rivesaltes*, 2 décès. — *Cattlar*, 1 décès. — *Vinça*, 3 décès. — *Salces*, 1 décès. — *Carroles*, 1 décès. — *Marquixanes*, 5 décès.

Cantal. — *La Roquebrou*, 6 cas et 5 décès.

Yonne. — *Les Noyers*, 1 nouveau cas, 1 décès.

Paris. — Quant à Paris, le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* nous apprend que le service de statistique a reçu avis d'un décès survenu dans un hôpital par suite de « choléra sporadique », d'après le diagnostic du médecin traitant. Il s'agit d'un palefrenier, âgé de cinquante-quatre ans et habitant le quartier des Épinettes (XVIIe arrondissement).

Algérie. — *Oran*, 11 cas suspects, 2 décès.

Espagne. — Les bulletins officiels nous fournissent les nombres suivants : *Elche*, 3 cas nouveaux et 3 décès. — *Borjas*, 2 cas nouveaux et 1 décès. — *Tarrevieja*, 1 décès. — *Montforte*, 8 cas nouveaux et 13 décès. — *Novelda*, 2 cas nouveaux et 5 décès. — *Anteo*, 1 cas nouveau et 1 décès.

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* nous fait connaître l'état de la situation pour les journées du 24, du 25 et du 26 septembre 1884, touchant l'épidémie cholérique dans les provinces contaminées :

Le 24 septembre, 425 cas nouveaux et 218 décès. Dans ces chiffres la ville de *Naples* est comprise pour 242 cas et 121 décès, la *Spezzia*, 20 cas et 10 décès, la ville de *Gênes*, 9 cas et 5 décès, enfin *Rome*, 1 cas nouveau.

Le 25 septembre, 454 nouveaux cas et 230 décès, chiffres parmi lesquels la ville de *Naples* compte pour 201 cas et 75 décès ; la *Spezzia*, 13 cas et 5 décès ; la ville de *Gênes*, 51 cas et 20 décès, *Ravenne*, 1 cas suspect.

Le 26 septembre, 412 cas nouveaux et 230 décès. Dans ces chiffres, la ville de *Naples* est comprise encore pour 166 cas et 74 décès ; la *Spezzia* pour 11 cas et 6 décès, *Venise*, 2 cas, 2 décès, *Gênes* pour 39 cas et 27 décès, *Palestrina*, 11 cas et 1 décès.

Nous ajouterons que le nombre des personnes atteintes par le fléau dans la seule ville de Naples s'élevait, le 21 septembre, à 9,062 et celui des morts dépassait 5,000.

Pour faire suite au rapport général de M. le docteur Proust que nous avons publié dans le numéro de mardi dernier (1), le *Journal officiel* donne le tableau des décès cholériques en France, qui ont eu lieu du 1er au 19 septembre inclusivement.

Voici le résumé de ce tableau ainsi que la comparaison des résultats avec ceux de la semaine précédente :

Nombre de communes atteintes :

Du 6 au 12 septembre		74	74	Diminution, 13.
Du 1er au 19 septembre.	Déjà atteintes	44	61	
	Nouvellement atteintes	17		

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 876-877.

Nombre de décès signalés :

Du 6 au 12 septembre	321	Diminution, 111.
Du 13 au 19 septembre	210	

Le nombre de départements où se trouvent les 61 communes atteintes s'élève à 12. Ce sont : l'Ardèche, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, la Drôme, le Gard, la Haute-Garonne, l'Hérault, les Pyrénées-Orientales, le Var, le Vaucluse, l'Yonne et la Seine. Ce dernier département figure dans cette statistique pour 4 décès cholériques pour la même période, dont 2 à Saint-Denis et 2 à Aubervillers.

— Le jury du concours pour l'internat des hôpitaux et hospices civils de Paris se composera, sauf modifications, de MM les docteurs Quinquaud, Empis, Duplay, Luys, Kirmisson, Henriet et Bar.

— Une session extraordinaire exclusivement réservée aux engagés conditionnels d'un an sera ouverte dans les Facultés des sciences et les Facultés des lettres, le samedi 25 octobre 1884, pour les épreuves du baccalauréat.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur François Grosgurin, conseiller général de l'arrondissement de Gex, ancien député de l'Ain, décédé le 21 septembre 1884.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16793.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. I. Accidents cérébraux. — II. Péricardite et broncho-pneumonie. — Académie de Médecine. — Rapport au Président de la République française. — Correspondance. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A l'exposé doctrinal sur le choléra présenté par J. Guérin dans l'avant-dernière séance, M. J. Rochard a répondu, en son nom et au nom de ses collègues de la commission d'enquête, par l'exposé de la doctrine presque de tous points contradictoire du Comité consultatif, opposant la différence de nature des deux choléras nostras et indien à l'identité, l'importation à la naissance sur place, la nécessité des mesures sanitaires générales aux simples mesures préventives individuelles, etc. D'où l'on pourrait conclure à l'impossibilité d'une entente sur un terrain mixte, aucun des adversaires n'ayant fait de concessions à l'autre, nul ne voulant se déclarer vaincu ou tout au moins ébranlé dans ses convictions, chacun demandant à l'autre des preuves, et, lorsque ces preuves sont énoncées, les déclarant nulles ou insuffisantes. N'est-ce pas là, d'ailleurs, le plus souvent le résultat le plus apparent au moins de ces sortes de discussions? Ajoutons d'ailleurs qu'entre MM. J. Rochard et J. Guérin la discussion a été à la fois des plus brillantes et des plus courtoises de part et d'autre. Qu'est-ce que cela prouve, en définitive, si ce n'est la difficulté excessive que présente réellement la solution de la plupart des questions posées, en présence d'épidémies qui, bien qu'identiques au fond et conservant d'ailleurs toujours leur caractéristique principale, se modifient si souvent suivant les temps et les lieux, soit dans leur intensité, soit dans quelques-unes de leurs manifestations d'un caractère plus ou moins contingent? Nous ne voulons citer pour l'instant d'autre preuve de ces difficultés et du danger des affirmations formelles et absolues sur ce qu'on croit même savoir le mieux, que les faits révélés dans la petite interlocution de M. Leroy de Méricourt, à la fin de la séance. On n'ignore pas que le fait, si capital dans la question, de la contagion, mis en doute et contesté même lors des premières épidémies d'Europe, adopté depuis par le Congrès international et par le Comité consultatif comme l'élément principal, sinon unique, de la propagation de la maladie, est devenu aujourd'hui comme une sorte d'article de foi pour la généralité des médecins; d'où cette terreur panique qui s'est emparée de toutes les populations envahies par l'épidémie. Or où est le rôle de la contagion? Comment serait-il possible d'en saisir la moindre manifestation dans ce fait du *Calypso*, rappelé par M. Leroy de Méricourt, ou dans l'immunité dont jouirent officiers et médecins dans l'épidémie épouvantable qui sévit sur la flotte à l'époque où se passait ce fait? Nous pourrions invoquer le souvenir, très présent encore à notre esprit, d'une immunité semblable dont médecins et élèves en médecine (*quorum pars fui*) eurent le bénéfice au milieu d'un effroyable foyer épidémique, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, lors de la première épidémie de cette ville, en 1835. Doit-on s'étonner d'après cela que M. J. Guérin, instruit de ces faits et de bien d'autres semblables, fasse encore aujourd'hui des réserves sur la contagion, et ne la considère que comme un fait contingent, mot très juste, à notre avis, bien qu'il ait paru surprendre quelques personnes de l'auditoire.

Ajoutons enfin que si ces débats contradictoires entraînent rarement des conversions dans les opinions, et que si les adversaires affectent, de part et d'autre, de conserver intacte leur conviction première, elles ne sont cependant pas aussi stériles et aussi inutiles qu'on pourrait le supposer de prime abord. Est-il aussi vrai qu'ils le disent, que les adversaires n'aient nullement été ébranlés dans leurs opinions, que l'argumentation n'ait pas jeté dans leur esprit quelque lueur nouvelle, quelque aperçu auquel ils n'avaient point songé et qui trouble leur système ou les oblige à changer quelque disposition dans le siège qu'ils s'étaient fait? Un seul exemple : N'avons-nous pas entendu, pas plus tard qu'hier, parler, comme d'un fait courant et admis aujourd'hui sans conteste, de ces formes frustes, ébauchées du choléra, ainsi que de toutes les autres maladies épidémiques, alors qu'il y a quelques années seulement, il était traité de paradoxe, quand il fut mis en avant dans la discussion sur la morve par M. J. Guérin, dans l'esprit duquel il n'était, à cette époque, qu'une application à un ordre de fait spécial nouveau de ce que lui avait déjà révélé lors de la première épidémie cholérique en France, l'observation et l'étude de la cholérine.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Accidents cérébraux. — II. Péricardite et broncho-pneumonie.

I. Parmi les malades les plus intéressants du service, je vous parlerai d'un homme de vingt-trois ans qui a toujours joui d'une assez bonne santé jusque dans ces derniers temps.

Il est Brésilien et c'est à grand'peine que nous avons pu obtenir de lui quelques renseignements sur ses antécédents.

Il est Brésilien, et la seule maladie qu'il aurait eue serait des accès de fièvre intermittente, dont d'ailleurs il était bien guéri.

Il est à Paris depuis deux mois. Ce n'est ni un alcoolique, ni un arthritique. Nous n'avons découvert sur son corps aucune trace de syphilis; il aurait eu seulement autrefois, dit-il, un chancre mou.

A son entrée à l'hôpital, il avait une céphalalgie intense avec tendance au délire, mais sans fièvre. Il avait déjà présenté quelques jours auparavant des phénomènes à peu près semblables; il était entré à l'Hôtel-Dieu, mais, n'en ayant éprouvé aucun soulagement, il avait quitté cet hôpital pour venir dans notre service.

Tout d'abord, je crus devoir considérer sa céphalalgie comme de nature rhumatismale et je lui prescrivis du salicylate de soude. Les douleurs diminuèrent passagèrement, c'est-à-dire pendant quarante-huit heures, pour revenir de nouveau. Songeant alors qu'elles pourraient, malgré les dires du malade, reconnaître pour cause la syphilis, j'ordonnai l'iodure de potassium. Dès le lendemain les douleurs avaient notablement diminué, l'état de torpeur délirante du malade faisait place à une certaine satisfaction, le surlendemain l'appétit reparaissait, enfin le troisième jour douleurs et délire avaient cessé.

Malgré l'absence absolue de toutes traces de syphilis, il est bien difficile en pareil cas de ne pas présumer qu'il s'agissait là d'une céphalite syphilitique; je dis présumer et non certifier, car, si l'iodure de potassium guérit les accidents de la syphilis, il guérit aussi d'autres affections. Cependant, de toutes les maladies, il n'en est aucune où il ait une action aussi rapide. Aussi, dans l'espèce, est-ce là un signe de présomption de syphilis.

II. La malade couchée au n° 12 de la salle Sainte-Adélaïde nous a causé de grandes préoccupations.

C'est une femme de vingt-six ans, brodeuse, qui, à son arrivée dans nos salles, était déjà malade depuis six semaines. A la suite d'un refroidissement, elle a éprouvé des frissons, elle a craché un peu de sang et a souffert d'un point de côté à gauche.

Le premier jour de son arrivée ici, l'auscultation nous révéla un souffle systolique au-devant de la région précordiale et ce fut tout. S'agissait-il d'une endocardite primitive? Le fait est assez rare en dehors de toute autre affection aiguë, mais il peut se rencontrer. Cependant ce souffle présentait, comme caractère, de s'entendre à droite du mamelon gauche et notablement au-dessus de la pointe du cœur, au niveau du point où les bords des deux poumons se réunissent. De plus, il s'accompagnait d'une sorte de froissement de voisinage, et il était superficiel. De sorte que nous avions lieu de penser qu'il s'agissait de quelque souffle extracardiaque. Enfin, le cœur n'était pas hypertrophié.

Quoi qu'il en soit, nous étions assez inquiet, assez incertain sur le diagnostic à émettre, lorsque le lendemain nous entendîmes de plus, et en dehors du souffle persistant, un frottement pleural rendu saccadé par les mouvements du cœur. Il semblait donc, par suite, que nous nous trouvions en présence d'une pleurite et probablement aussi d'une péricardite.

On sait, du reste, que cette dernière se manifeste quelquefois dès le début par un souffle et non par des bruits de frottement; ce souffle, on ne l'explique pas, on le constate et c'est tout.

En même temps la malade se plaignait de douleurs rhumatismales articulaires. Les jours suivants nous observâmes tous les phénomènes d'une fluxion pleuro-pulmonaire siégeant au niveau de la partie moyenne et de la partie supérieure du côté droit, et notamment un froissement pleural auquel succédait dans les vingt-quatre heures un frottement véritable.

Bientôt ce qui n'était encore qu'une simple fluxion évolua et prit le caractère d'une véritable pneumonie. Nous fîmes appliquer alors un certain nombre de ventouses scarifiées. Puis nous eûmes à observer des alternatives d'augmentation et de diminution dans les accidents pulmonaires. En même temps la malade était en proie à un délire assez prononcé, la fièvre se manifestait avec des oscillations assez importantes. L'inflammation se généralisait, nous avions affaire à une broncho-pneumonie avec ses râles et son expectoration caractéristiques.

Enfin, après de nouvelles alternatives d'amélioration et d'aggravation dans l'état de la malade, les phénomènes de broncho-pneumonie commencèrent à s'atténuer, la fièvre diminua peu à peu, disparut, et la température tomba à 37°,5. Mais au moment où tout semblait terminé, où la malade paraissait entrer en convalescence, la défervescence des phénomènes fébriles se maintenant bien, nous vîmes tout à coup la malade prise d'un délire excessif et en proie à une agitation extrême.

Malgré leur acuité, ces accidents ne m'inquiétèrent en rien par cela même qu'ils coïncidaient avec la défervescence de la fièvre. En effet, ces phénomènes de délire et d'agitation peuvent se présenter dans deux conditions : 1° ils s'accompagnent de fièvre, et le cas est d'un pronostic grave, il donne lieu de présager la mort comme terminaison; 2° ils se manifestent en pleine défervescence d'une affection aiguë; dans ce cas on est en présence d'un délire d'inanition, délire qui cède promptement à une alimentation sagement réglée et à l'emploi des toniques.

C'est, en effet, ce qui s'est passé ici; nous avons immédiatement commencé à nourrir notre malade et lui avons prescrit quelques toniques, de sorte que deux jours plus tard elle entrait en pleine convalescence.

Les conséquences qui découlent de tous ces faits sont : 1° qu'une péricardite peut avoir pour première manifestation l'apparition d'un souffle intense, souffle relativement sans gravité en ce sens qu'il ne résulte pas d'une lésion valvulaire du cœur; 2° que ce souffle peut se distinguer des souffles intracardiaques à ces caractères qu'il est superficiel et limité au point où l'on rencontre d'habitude les souffles extracardiaques; 3° enfin, qu'un délire des plus intenses survenant à une certaine période, et dans certaines conditions, ne présente aucune gravité malgré son intensité même.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 septembre 1884. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : 1° diverses communications relatives au choléra; 2° une note de M. Dumontpallier sur les revaccinations obligatoires dans les lycées et les collèges; 3° un pli cacheté relatif à un cérébrotome et à un stéthoscope imaginés

par M. Gavoy, médecin-major de première classe (Accepté); 4° une lettre de M. Oulmont accompagnant l'envoi d'une disposition du testament de son oncle, léguant à l'Académie une rente annuelle de 1,000 francs, qui devra être décernée tous les ans au lauréat de la médaille d'or de l'internat. Si le concours de la médaille vient à disparaître, ce prix fera retour à l'Académie, transformé en un prix de thérapeutique portant le nom de M. Oulmont.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le choléra.

La parole est à M. Rochard.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA.

M. J. ROCHARD commence en déclarant qu'il pourrait relever dans l'argumentation de M. Jules Guérin certaines inconséquences qui l'ont étonné, parce que ce sont des concessions. C'est ainsi qu'il reconnaît que le choléra peut se transmettre. Or, quelque faible que soit la contagion, du moment où on l'admet on ne peut nier la transportation. Mais il ne veut pas l'attaquer sur des questions de détail. C'est la doctrine dont il est resté un des derniers représentants qu'il veut prendre à partie.

A la contagion près, c'est celle qui régnait en France il y a une quarantaine d'années. Cette doctrine, on pouvait la croire morte; puisqu'elle bat encore de l'aile, il va essayer de l'achever.

D'après cette manière de voir, le choléra est le même sous toutes les latitudes. Les cas isolés que nous observons chaque année à l'époque des grandes chaleurs sont identiques à ceux du bord du Gange. Le choléra n'est jamais importé. Il naît sur place sous l'influence d'une constitution médicale. On ne peut ni lui barrer le passage, ni entraver sa marche. Les quarantaines, les cordons sanitaires, les lazarets, sont inefficaces, inutiles et dangereux. Les seules mesures rationnelles consistent dans l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène, la dissémination des malades et le traitement de la diarrhée prémonitoire.

Voilà les trois points sur lesquels repose la doctrine de M. Jules Guérin. Il s'agit de montrer que ce sont des erreurs.

Le choléra simple, le choléra de nos climats, diffère de celui de l'Inde, comme la fièvre éphémère diffère de la fièvre paludéenne, la fièvre bilieuse de la fièvre jaune, la colite de la dysenterie, la synoque de la fièvre typhoïde. Il y a entre eux toute la distance qui sépare un mal d'aventure, causé par l'abus des boissons froides ou de mauvais fruits, d'un formidable empoisonnement, d'une maladie infectieuse qui vient se placer à côté de la fièvre jaune, de la peste, dans la redoutable famille des grands fléaux populaires. Comment peut-on soutenir qu'il y a identité entre ces quelques cas isolés de choléra nostras qui se terminent presque tous par la guérison et ne se communiquent jamais, et ces épidémies qui enlèvent en une semaine le centième des populations d'une ville?

M. Jules Guérin se base, pour établir l'identité, sur la similitude des symptômes. Mais ce n'est pas à lui qu'il faut apprendre que cette similitude n'a jamais impliqué une identité de nature. Les erreurs de diagnostic sont fréquentes d'ailleurs à cet égard. Il est toutefois un caractère qui établit entre les deux formes une différence capitale, c'est l'intensité et la nature de la réaction. Dans le choléra nostras, elle est presque nulle. Dans le choléra asiatique, la réaction est souvent insidieuse et des plus dangereuses, quelquefois mortelle.

Voilà un premier point fixé.

Pour le second point, la difficulté serait de condenser tous les faits d'importation qui sont à notre connaissance.

Commençant par les continents pour passer ensuite aux îles, M. Rochard montre que toutes les fois que le choléra a pénétré en Europe par l'Est, il a traversé la mer Caspienne, passant de Recht ou de Bakou pour arriver à Astrakan, remonter le cours du Volga, ravager successivement toutes les villes situées sur ses bords, se répandre dans toute la Russie d'Europe et de là en Pologne et en Prusse, pour rejoindre le courant parti des provinces danubiennes.

Il montre qu'il a été importé cinq fois en Algérie d'une façon incontestable, en 1834, en 1837, en 1849, en 1854 et en 1859.

En Amérique, l'importation est tout aussi évidente.

A la côte occidentale d'Afrique, il a été importé deux fois, en 1815 et en 1868.

En ce qui concerne les îles qui constituent un terrain si favorable pour les observations de ce genre, le rapport du docteur Smart, inspecteur général du service de santé de la marine anglaise, en donne des exemples aussi curieux que probants.

M. Rochard termine par un fait qu'il a observé au mois de février 1866 : le choléra sévissait avec intensité à Lorient et à Gavres. L'île de Groix, située en face de ce dernier village, à une couple de lieues marines, n'en avait pas un seul cas; lorsque, le 18 février, un bateau de pêche venant du Croisic, où la maladie régnait, y dépose un matelot de vingt-deux ans qui l'avait contractée. Cet homme fut conduit dans sa famille, au village de Resillo. Il s'y guérit; mais, au bout de dix jours, sa mère qui ne l'avait pas quitté un instant, fut atteinte et succomba le quatrième jour. Douze heures après son décès, une vieille femme qui l'avait soignée mourut en deux jours; puis ce fut le tour d'un enfant du voisinage et, en fin de compte, ce petit village de 130 habitants a eu, à lui seul, 25 cas de choléra dont 9 ont été suivis de mort, tandis que le reste de l'île n'en a enregistré que 6 dont 1 seul a été mortel.

Sans doute il y a des exceptions à cette règle. La plus remarquable est celle qu'a offerte la Guadeloupe en 1865. En sept mois le choléra y a fait 11,939 victimes sur une population de 150,419 habitants (près de 8 p. 100) et il a été impossible de découvrir par où il est entré. C'est un fait négatif à opposer à des faits positifs sans nombre.

M. Rochard passe sous silence les faits d'importation si évidents qui se sont produits pendant la guerre d'Orient, ainsi que ceux qui ont signalé l'épidémie de 1865, parce qu'ils sont archi-connus, pour arriver à rencontrer M. J. Guérin sur un terrain qui lui soit moins défavorable.

Il est certain qu'on n'a pas pu découvrir comment le choléra s'était introduit à Toulon et d'où il était venu : sur ce point, M. J. Guérin triomphe; mais, en présence de cet amas de preuves qui viennent d'être rappelées, de la similitude de cette épidémie avec celles qui l'ont précédée, il est bien indispensable, pour prouver qu'elle a été importée comme les autres, de montrer la fissure par laquelle elle est entrée.

Comment le Comité consultatif d'hygiène n'a pas cessé, pendant six mois, de protester contre les imprudences qui se commettaient dans la mer Rouge et de prédire qu'elles allaient attirer le choléra en Égypte et puis en Europe! Plus tard, lorsque ces sinistres prévisions se sont réalisées, on est venu dire : Vous vous trompez; ce sont de simples coïncidences; ce ne sont pas des navires partis de l'Inde qui ont apporté le choléra en Égypte; il est sorti de la vase du port de Diamette, ou bien c'est un vieux choléra qui sommeillait en Égypte depuis 1865, etc. Puis, le système du laissez-passer continuant, on a vu des navires venant de l'Inde traverser le canal de Suez avec le choléra à bord et venir semer les cadavres dans la Méditerranée.

Enfin, comme il fallait s'y attendre, un beau jour on a appris que le choléra venait d'éclater sur un point du littoral méditerranéen; et on vient nous dire : Que parlez-vous d'importation? Ce sont là de vieilles superstitions; le choléra naît sur place; il s'est développé en vertu d'une constitution médicale. M. Guérin ne nous a pas convaincus; nous persistons à croire que le choléra a été importé cette fois comme les précédentes.

M. J. Guérin persiste, au contraire, à affirmer qu'il existait à Toulon et à Marseille une constitution épidémique avant l'explosion du choléra; mais M. Proust a réfuté cette assertion. Tous les médecins de Toulon nous ont affirmé qu'il n'existait dans cette ville ni diarrhée, ni cholérine, ni dysenterie, lorsque l'épidémie y a éclaté.

Enfin M. J. Guérin déclare que les mesures sanitaires en usage aujourd'hui sont inutiles, inefficaces et dangereuses, qu'il faut les supprimer et leur substituer la dissémination des malades, la dé-

sinfection et l'aération des édifices, et le traitement rationnel de la diarrhée prémonitoire.

Toute son argumentation et toutes ses objections sont dirigées contre les quarantaines établies sur les frontières de terre et contre les lazarets improvisés dans les gares de chemins de fer. Mais ces mesures, nous avons été des premiers à en signaler les dangers, et l'Académie les a condamnées. En revanche, notre adversaire ne parle pas des quarantaines maritimes, les seules rationnelles, les seules que nous ayons défendues.

Pour mettre fin à cette équivoque, M. Rochard expose la doctrine du Comité consultatif d'hygiène, celle édifiée par M. Fauvel.

En ce qui a trait aux cordons sanitaires, M. Rochard a déjà dit qu'ils ne pouvaient être efficaces que dans les pays déserts, qu'on ne pouvait y compter pour préserver l'Europe.

Quant aux quarantaines de terre, ce sont là des mesures inspirées par la peur et que l'hygiène et l'humanité réprouvent également.

Les fumigations des voyageurs et des bagages sont des mesures puériles : il n'y a pas à en parler.

La dissémination des malades, que conseille M. J. Guérin, serait une imprudence et aurait pour conséquence la dissémination de l'épidémie. Il faut leur consacrer l'espace et les bâtiments nécessaires et leur assurer tous les soins que leur état exige, mais il ne faut pas les disperser.

La dissémination des personnes valides est, au contraire, une excellente mesure, si elle est appliquée avec intelligence à des réunions d'individus dont on est le maître, comme les troupes; c'est un déplorable expédient lorsqu'on l'applique aux populations. L'épidémie de Toulon en a fourni la preuve. Dès le début, les troupes et les équipages de la flotte ont été disséminés. On les a distribués dans des forts inoccupés, à bord de vieux navires, sous des tentes, dans des conditions d'hygiène irréprochables. Aussi leur mortalité a-t-elle été extrêmement faible; tandis que la population de la ville, poussée à l'émigration, s'est enfuie dans toutes les directions, s'entassant dans les faubourgs, dans les villages voisins, dans les conditions de l'insalubrité la plus flagrante, et l'épidémie y a fait rage.

Voilà quelles sont nos idées au point de vue de la prophylaxie du choléra. Pour mon compte particulier, dit en terminant M. Rochard, il en est une autre que je conseillerais. J'inviterais les gouvernements européens à interdire ce pèlerinage de la Mecque où le choléra éclate presque tous les ans, et qui est une menace perpétuelle pour l'Europe. (Applaudissements et marques d'approbation.)

M. J. GUÉRIN, devant les marques d'approbation qui ont accueilli la communication de M. Rochard, convient que la partie est difficile à soutenir. Toutefois il ne s'est pas senti un seul instant atteint par les arguments de son contradicteur. Il a bien entendu rappeler toutes les preuves accumulées en faveur de l'importation, tous les arguments invoqués à l'appui de la distinction du choléra asiatique et du choléra nostras, tous les faits tendant à prouver l'efficacité des mesures quarantenaires; mais dans tout cela, M. Guérin n'a pas trouvé un seul argument capable d'ébranler ses convictions. Ce qui distingue, dit-il, la science moderne de la science ancienne, c'est le besoin de preuves : or M. Rochard a-t-il rajeuni toutes les assertions qu'il a émises par des preuves nouvelles? M. Guérin ne le pense pas. Les preuves sont le véritable caractère du progrès : or M. Guérin n'en a pas trouvé dans l'argumentation que l'Académie vient d'entendre.

M. Rochard a passé très légèrement sur des faits d'une très grande importance; M. Guérin veut parler non seulement des diarrhées prémonitoires, mais aussi des diarrhées qu'on observe dans le cours même des épidémies. A ce point de vue, il croit avoir apporté des preuves irréfragables. Il est impossible de ne pas tenir compte des faits qu'il a rassemblés sur ce sujet.

Ses contradicteurs ont renoncé aux cordons sanitaires et ne tiennent plus qu'aux quarantaines maritimes ; c'est là un acheminement vers les opinions que soutient M. Guérin.

Les hésitations qu'ont mises nos confrères si autorisés à se prononcer sur le véritable caractère de l'épidémie de Toulon prouvent bien les difficultés qu'il y a à distinguer le choléra asiatique du choléra nostras. Cette distinction, en effet, ne repose sur aucune preuve. L'importance que les partisans de l'importation attachent aux quarantaines maritimes et l'abandon si facile qu'ils font des cordons sanitaires sembleraient prouver que le contact ou la contagion sur terre n'est rien, tandis qu'en mer, au contraire, ce serait tout. Il y a là des contradictions flagrantes et une absence de preuves bien faites pour ébranler la théorie soutenue par ses adversaires.

M. ROCHARD n'a pas eu la prétention de convaincre M. Guérin dont les convictions sont anciennes et profondes. Mais il a cru que ses collègues et lui ne devaient pas, par leur silence, sembler accepter la retraite honorable à laquelle M. Guérin se flattait de les avoir contraints ; il a pensé qu'il ne fallait pas, dans ce débat, laisser le dernier mot à la doctrine soutenue par lui avec tant de conviction et de talent; il a cru devoir prendre la parole, devoir rappeler ce qui a été dit déjà bien souvent; mais il s'est efforcé de n'apporter que des faits, rien que des faits, laissant à l'Académie et au public le soin de choisir entre les arguments de M. Guérin et les siens.

M. Guérin a reproché à M. Rochard de passer légèrement sur les faits de formes atténuées de choléra, ces faits ayant, aux yeux de M. Guérin, la plus grande importance au point de vue de la doctrine qu'il soutient. Mais c'est là, pour ainsi dire, l'essence même des maladies contagieuses épidémiques, de donner lieu à ces formes atténuées, à ces ébauches ; il en est de même, à ce point de vue, de la peste, de la fièvre jaune, du choléra, de la variole, de la rougeole, etc., et le caractère fondamental de ces formes atténuées, c'est qu'elles peuvent donner lieu, par contagion, aux formes les plus graves de la maladie. C'est, si l'on veut, un petit chien enragé, mais aussi enragé que le plus gros dogue.

Relativement aux quarantaines, M. Rochard répond à M. Guérin que si l'on tient tant à la conservation des quarantaines maritimes, c'est parce qu'elles sont facilement applicables et par cela même sûrement efficaces, tandis que les cordons sanitaires doivent être abandonnés parce qu'ils sont impraticables et ne peuvent, contrairement au but qu'on se propose, que favoriser la dissémination de la maladie.

M. BROUARDEL ne veut pas laisser passer sans y répondre le reproche adressé par M. Guérin à M. Proust et à lui sur leurs prétendues hésitations lors de leur arrivée à Toulon. Ces hésitations n'ont d'abord pas été si longues, puisqu'arrivés à Toulon le mardi, ils se sont prononcés définitivement le samedi. MM. Brouardel et Proust n'avaient d'ailleurs qu'à répondre à cette question du gouvernement : « Le choléra constaté à Toulon se propagera-t-il oui ou non? » Or ils ont dû attendre, pour répondre à cette question, le premier fait de propagation.

Quant à la diarrhée prémonitoire dont M. Guérin maintient l'existence, trente-six médecins consultés séparément à Toulon ont tous répondu qu'il n'y en avait pas eu.

M. Brouardel ne croit pas devoir revenir sur la différence des quarantaines terrestres avec les quarantaines maritimes. M. Rochard a démontré qu'il n'y avait, à ce point de vue, aucune contradiction dans la doctrine que combat M. Guérin.

M. JULES GUÉRIN rappelle avoir le premier soulevé la question des maladies frustes ou ébauchées dont M. Rochard vient de citer des exemples intéressants et qui confirment de tous points sa manière de voir à ce sujet. C'est ainsi qu'il a montré les formes ébauchées du charbon, de la fièvre typhoïde, du choléra. Or l'épidémie actuelle en est une nouvelle confirmation, puisqu'on a vu partout, aussi bien à Paris qu'ailleurs, les formes ébauchées du choléra. Les adversaires de M. Guérin, non prévenus de ce fait, non imbus de la vérité qu'il représente, ont pu le laisser passer inaperçu. M. Guérin, au contraire, prévenu de ce fait, l'a facilement découvert et a montré son existence à Toulon comme ailleurs. A ce point de vue, donc, l'avenir décidera entre M. Guérin et ses contradicteurs.

Quant aux quarantaines terrestres, M. Guérin regrette que ce

soit contraints et forcés que ses adversaires les abandonnent; il eût mieux valu pour eux qu'ils le fissent avec la conviction d'accomplir un progrès et non pour les avoir reconnues inapplicables.

Il y a longtemps qu'on a admis que les maladies contagieuses ne le sont pas toujours, et cela est vrai surtout pour le choléra, au sujet duquel il y a lieu de se demander même s'il est réellement contagieux. M. Guérin admet plutôt qu'il est infectieux, et il se propose de le démontrer.

M. LEROY DE MÉRICOURT a eu souvent l'occasion, pendant la guerre de Crimée, de constater l'exactitude de ce qu'a dit M. Rochard au sujet de la prostration toute spéciale des malades atteints de choléra asiatique. Il y a d'ailleurs, dans cette question du choléra, bien des faits étranges et qui échappent à toute interprétation. Par exemple, en ce qui concerne la diarrhée prémonitoire, ayant assisté en Crimée à une épidémie formidable à bord de la flotte mouillée devant Constantinople, il a eu l'occasion de constater qu'aucun des marins n'avait eu cette diarrhée.

Voici un autre fait qui vient à l'encontre de la contagion : Le *Calypso* avait été envoyé dans la Dobroutcha pour y recueillir 420 soldats cholériques; 220 d'entre eux moururent en route et l'équipage du *Calypso* ne perdit qu'un seul homme ! Cependant les soldats et les marins étaient dans une telle promiscuité que les vomissements des uns tombaient parfois dans la gamelle des autres. Enfin, pendant cette épidémie qui sévit d'une manière épouvantable sur la flotte, aucun officier ni aucun médecin ne fut atteint.

M. J. GUÉRIN prend acte de ces faits qui viennent à l'appui de son opinion sur la contingence de la contagion.

La séance est levée.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Monsieur le Président,

C'est au ministère du commerce que sont spécialement confiées, depuis de nombreuses années, la direction et la tutelle de la santé publique. Le système des institutions sanitaires qui relèvent de ce département et qui comprend les médecins sanitaires en Orient, les agences du littoral, la police des eaux minérales, les médecins des épidémies, les conseils et les commissions d'hygiène et de salubrité, est complété par l'établissement, au siège de l'administration centrale, d'un comité supérieur qui a pour mission d'éclairer l'autorité dans toutes les questions sanitaires et qui est comme le grand conseil de l'hygiène publique.

C'est à la République de 1848 que revient l'honneur d'avoir institué ce comité qui a rendu depuis sa fondation les services les plus signalés. Créé par un arrêté du chef du pouvoir exécutif du 10 août 1848, le comité a subi des modifications successives et se trouve actuellement régi par un décret du 14 octobre 1879.

Il m'a paru que l'organisation actuelle du comité était susceptible de recevoir certaines améliorations destinées à accroître ses moyens d'action et à augmenter sa légitime autorité. Après avoir pris l'avis des hommes les plus compétents en ces matières, j'ai rédigé le projet de décret suivant qui réorganise le Comité consultatif d'hygiène publique de France et que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute approbation.

Ce projet de décret contient plusieurs innovations importantes sur lesquelles je crois utile d'insister.

Le Comité se compose, comme par le passé, de membres de droit siégeant en raison de leurs fonctions, et de membres nommés par le ministre parmi les savants, les médecins, les chimistes, spécialement désignés par la nature de leurs travaux. Actuellement, le ministre procède directement à ces nominations. J'ai pensé qu'il y aurait avantage à restituer au Comité le droit de présentation qui lui a appartenu jusqu'en 1879. La nomination faite directement par le ministre a l'inconvénient grave de laisser croire que le Comité n'a point, dans l'étude des questions qui lui sont confiées, une indépendance suffisante vis-à-vis de l'administration. Bien que ce reproche n'ait jamais été justifié, j'estime qu'il convient de le rendre impossible, et j'ai l'honneur de vous proposer de décider que désormais les membres du Comité nommés par le ministre le seront sur une liste de présentation dressée par le Comité tout entier et portant trois candidats pour chaque emploi vacant.

Une autre disposition sur laquelle j'appellerai votre attention est celle qui institue des auditeurs auprès du Comité consultatif d'hygiène publique. Assistant aux délibérations du comité, prenant part à ses travaux, les auditeurs pourront ainsi se préparer à entrer plus tard dans les divers services de l'hygiène avec les connaissances et l'expérience nécessaires. Ce sera une pépinière qui a fait jusqu'à présent défaut pour le recrutement du personnel sanitaire à tous les degrés. Ces auditeurs, dont les fonctions seraient gratuites, seraient nommés par le ministre du commerce, sur la proposition du Comité, et pour une période de trois ans, et toujours renouvelable.

A côté du Comité, et pour servir de trait d'union entre l'administration et lui, je vous propose d'instituer un comité de direction des services de l'hygiène, qui serait composé du président du Comité d'hygiène, de l'inspecteur général des services sanitaires et du directeur du service compétent. Ce comité aurait pour mission d'étudier les solutions à donner par l'administration à toutes les affaires ressortissant au service de la police sanitaire, sauf, bien entendu, à en référer, comme aujourd'hui, au Comité lui-même, pour toutes celles qui présenteraient une certaine importance. En vous proposant d'établir ce comité, qui constituera un conseil permanent, mon but est de donner aux affaires de l'hygiène une direction homogène s'inspirant des principes de la science médicale. Il n'y aura plus une seule question, si modeste qu'elle puisse être, dont la solution n'ait été préparée par des hommes compétents.

Je ne m'arrêterai pas aux autres dispositions du projet du décret, qui s'expliquent suffisamment d'elles-mêmes, et qui sont empruntées pour la plupart aux règlements existants. Tel qu'il est, ce projet me paraît réaliser un progrès sérieux. J'aurai d'ailleurs l'honneur de vous soumettre prochainement un ensemble de dispositions en vue de réorganiser les services extérieurs de l'hygiène et de leur donner la vitalité et la force dont ils ont besoin pour veiller efficacement à la sauvegarde de la santé publique.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'hommage de mon profond respect.

Le Ministre du commerce,
CH. HÉRISSON.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre du commerce,

Vu l'arrêté du chef du pouvoir exécutif, en date du 10 août 1848, établissant un Comité consultatif d'hygiène publique près du ministère de l'agriculture et du commerce;

Vu les décrets en date des 1er février et 2 décembre 1850, qui apportent à l'arrêté ci-dessus diverses modifications;

Vu les décrets en date des 23 octobre 1856, 5 novembre 1869, 15 février, 7 et 14 octobre 1879, 4 mars 1881 et 8 mars 1884, relatifs à l'organisation du Comité consultatif d'hygiène publique,

DÉCRÈTE :

ARTICLE PREMIER. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France, institué près du ministère du commerce, est chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre, spécialement en ce qui concerne :

La police sanitaire maritime, les quarantaines et les services qui s'y rattachent;

Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les épidémies et pour améliorer les conditions sanitaires des populations manufacturières et agricoles;

La propagation de la vaccine;

Le régime des établissements d'eaux minérales et le moyen

d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres ou peu aisés;

Les titres des candidats aux places de médecins-inspecteurs des eaux minérales;

L'institution et l'organisation des conseils et des commissions de salubrité;

La police médicale et pharmaceutique;

La salubrité des logements, manufactures, usines et ateliers;

Le régime des eaux au point de vue de la salubrité.

Le Comité indique au ministre les questions à soumettre à l'Académie de médecine.

Il est publié, chaque année, un recueil des travaux du Comité et des actes de l'administration sanitaire.

Art. 2. — Le Comité consultatif d'hygiène publique est composé de vingt-trois membres.

Sont de droit membres du comité:

1° Le directeur des affaires commerciales et consulaires au ministère des affaires étrangères;

2° Le président du conseil de santé militaire;

3° L'inspecteur général, président du conseil supérieur de santé de la marine;

4° Le directeur général des douanes;

5° Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique;

6° Le directeur du commerce intérieur au ministère du commerce;

7° L'inspecteur général des services sanitaires;

8° L'inspecteur général des écoles vétérinaires;

9° L'architecte inspecteur des services extérieurs du ministère du commerce.

Le ministre nomme les autres membres, dont huit au moins sont pris parmi les docteurs en médecine.

En cas de vacance parmi les membres nommés par le ministre, la nomination est faite sur une liste de trois candidats, présentée par le Comité.

Art. 3. — Le président et le vice-président, choisis parmi les membres du comité, sont nommés par le ministre.

Art. 4. — Un secrétaire, ayant voix délibérative, est attaché au Comité. Il est nommé par le ministre.

Un secrétaire-adjoint peut, si les besoins du service l'exigent, être attaché au Comité; il est également nommé par le ministre; ses fonctions sont gratuites.

Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix délibérative, à toutes les séances du Comité et de ses commissions.

Art. 5. — Le ministre peut autoriser à assister aux séances du Comité, avec voix consultative et à titre temporaire, soit les fonctionnaires dépendant ou non de son administration, soit les docteurs en médecine ou toutes autres personnes dont la présence serait reconnue nécessaire pour les travaux du Comité.

Art. 6. — Des auditeurs peuvent être attachés au Comité avec voix consultative. Ils sont nommés par le ministre, sur les propositions du Comité et pour une période de trois ans toujours renouvelable. Leurs fonctions sont gratuites.

Art. 7. — Le ministre peut nommer membres honoraires du Comité les personnes qui en font partie.

Art. 8. — Le Comité se réunit en séance au moins une fois par semaine.

Il se subdivise, pour l'étude préparatoire des affaires, en commission dont le nombre et la composition sont arrêtés par le président. Ces commissions se réunissent sur la convocation du président.

Art. 9. — Il est institué près du ministère du commerce un comité de direction des services de l'hygiène composé du président du Comité consultatif d'hygiène publique, de l'inspecteur général des services sanitaires, et du directeur du commerce intérieur.

Le chef du bureau de la police sanitaire et industrielle assiste, avec voix consultative, aux séances de ce comité.

Art. 10. — Les membres du Comité consultatif d'hygiène publique et du comité de direction des services de l'hygiène ont droit, pour chaque séance à laquelle ils assistent, à un jeton d'une valeur de 15 francs.

Le secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique ne reçoit pas de jetons de présence: il touche une indemnité annuelle qui est fixée par arrêté du ministre.

Art. 11. — Sont rapportés les décrets susvisés des 23 octobre 1856, 5 novembre 1869, 15 février 1879, 7 et 14 octobre 1879, 4 mars 1881 et 8 mars 1884.

Art. 12. — Le ministre du commerce est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois.*

Fait à Mont-sous-Vaudrey, le 30 septembre 1884.

Jules Grévy.

CORRESPONDANCE

A M. le docteur Netter, *bibliothécaire universitaire à Nancy.*

Cher maître et ami,

Je viens de lire, dans la *Revue médicale de l'Est*, votre mémoire: *Effets pernicieux de l'opium administré, dans le choléra, contre la diarrhée initiale.* Connaissant votre compétence en la question, vous qui avez observé de si nombreux cholériques tant en Crimée, à la Dobrutcha, que dans les hôpitaux militaires de France, je me permets de vous adresser les quelques lignes qui vont suivre:

Dans un des hôpitaux de Toulon, dix cholériques ont paru si modérément atteints qu'on n'avait pas d'inquiétude à leur sujet, quand tout à coup ils ont été pris d'une somnolence qui a bientôt évolué en stupeur et coma avec terminaison par la mort. Tandis que le médecin traitant a vu dans ces cas une forme *insidieuse* du choléra, vous, analysant le compte-rendu qu'il a publié, vous attribuez les décès à l'opium qui avait été administré dès le début de la maladie.

Avec l'opium, on a non pas supprimé, mais seulement enrayé la diarrhée initiale; il s'est produit après cela une demi-algidité et la filtration urinaire physiologique a diminué; de là, à un moment donné, *enraiement de l'élimination de l'opium absorbé,* qui, continuant à circuler avec le sang, a produit ainsi le narcotisme tardivement.

Telle est votre explication, et je crois que tous ceux qui ont lu votre mémoire seront de votre opinion. Oui, comme vous le faites observer, dans l'administration de l'opium ou d'autres remèdes contre la diarrhée initiale, on ne s'est préoccupé jusqu'ici que de l'absorption des agents, et l'on n'a pas pensé que l'enraiement du fonctionnement des glandes éliminatrices pouvait ultérieurement et tout à coup en amener les effets toxiques; mais doit-on pour cela s'interdire toute prescription de médicaments antidiarrhéiques, d'opium notamment? Permettez-moi de vous présenter là-dessus quelques courtes réflexions critiques.

D'abord il est indéniable que, dans une épidémie de choléra, toute diarrhée prédispose à cette maladie, à ce point que, dans le traitement des autres affections, la règle est alors d'éviter autant que possible l'emploi des purgatifs. Cela se trouvant ainsi, et un médecin étant appelé auprès d'une personne prise subitement de diarrhée, doit-il se croiser les bras? Vous savez que dans le choléra les selles, avant d'offrir leur aspect caractéristique, peuvent plus ou moins longtemps rester bilieuses: on ne sait ce qui en adviendra, et on devrait renoncer à l'opium, à l'antidiarrhéique le plus puissant! Sans doute un certain nombre de cholériques, modérément atteints, et qui guériraient spontanément, seront ainsi exposés à l'éventualité du narcotisme; mais l'immense nombre des autres? Qui sait si ce n'est pas à l'emploi aujourd'hui général de l'opium contre la diarrhée initiale qu'est due la limitation du fléau dans ses foyers actuels en France? Ajoutons que, le narcotisme survenant, on peut le combattre par les moyens appropriés.

Quoi qu'il en soit de la justesse de mes critiques, vous aurez toujours le mérite d'avoir appelé l'attention sur un des points les plus importants de la thérapeutique du choléra.

Agréez, cher maître, l'expression de mes sentiments de respectueux dévouement.

Dr Kœtz.

Conflans-Sainte-Honorine, le 24 septembre 1884.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Voici les chiffres que nous avons recueillis touchant l'épidémie cholérique depuis notre dernier bulletin :

Toulon. — Du 28 au 29 septembre, 1 décès à l'hôpital Saint-Mandrier, 0 décès en ville. — Le 29 septembre, à l'hôpital Bon-Rencontre, 4 malades en traitement; à l'hôpital Saint-Mandrier, il reste 1 seul malade en traitement. — Du 29 au 30 septembre, 1 décès. — Le 30 septembre, 4 malades sont entrés à l'hôpital Bon-Rencontre, et 1 à l'hôpital Saint-Mandrier.

Marseille. — Du 27 au 28 septembre, 4 décès cholériques. — Le 28, 11 malades en traitement à l'hôpital du Pharo, dont un seul est dans un état grave. — Du 28 au 29 septembre, 5 décès. — Du 29 au 30 septembre, 3 décès cholériques.

Var. — *Pourrières*, 2 décès. — Le *Creux-Saint-Georges*, 1 décès.

Bouches-du-Rhône. — *Tarascon*, 1 décès.

Ardèche. — *Villeneuve-de-Berg*, 1 décès et une trentaine de malades en traitement. — *Saint-Remèze*, 1 décès.

Drôme. — *Charces*, 1 décès et plusieurs cas, dont 3 très graves.

Gard. — *Nîmes*, 3 décès. — *Alais*, 2 décès. — *Bességes*, 2 décès. — *Salles-de-Gagnières*, 2 décès.

Hérault. — *Montpellier*, 2 décès. — *Salindres*, 3 décès. — *Saint-Just*, 1 décès. — *Facquières*, 1 décès. — *Montbazin*, 1 décès et 1 nouveau cas. — *Bouzigues*, 1 décès.

Ariège. — *Artigues*, 4 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 3 décès. — *Salces* et *Vinça*, plusieurs cas nouveaux. — *Maureillas*, 1 décès et 1 nouveau cas grave. — *Céret*, 1 décès. — *Rivesaltes*, 1 décès.

Corrèze. — Deux décès sont signalés dans le département, sur les confins du Cantal.

Algérie. — *Oran*, 11 décès et 10 cas nouveaux. — *Bone*, 4 décès et 4 cas nouveaux, dont 2 sont désespérés.

Italie. — Nous trouvons les chiffres suivants dans le *Bulletin sanitaire officiel*, sur l'épidémie cholérique :

Le 28 septembre, 356 cas nouveaux et 200 décès. — Dans ces nombres la ville de *Naples* est comprise pour 118 cas et 67 décès, la *Spezzia* pour 8 cas et 6 décès, *Gênes* pour 52 cas et 26 décès, et *Rome* pour 1 cas suspect suivi de mort.

Le 29 septembre, 419 cas nouveaux et 207 décès. — La ville de *Naples* est comprise dans ces chiffres pour 122 cas et 61 décès, la *Spezzia* pour 8 cas et 3 décès, *Gênes* pour 66 cas et 47 décès.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, rue des Saints-Pères, 19. — 16802.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Maladie du système nerveux : Paralysis agitans (maladie de Parkinson) ; Paralysie et atrophie simultanées des deux membres supérieurs sans cause connue. — De l'application de la sphygmographie à l'étude de la bronchite chronique. — Société de Chirurgie. — Association française pour l'avancement des sciences (XIIIe session, 1884). Congrès de Blois. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladie du système nerveux.

Deux cas d'affection médullaire, l'un très clair dans sa caractéristique spéciale comme dans son étiologie, l'autre, au contraire, aussi obscur dans sa cause que dans la détermination précise de sa nature et de son siège, ont été le sujet des conférences que fait M. Déjerine tous les jeudis dans le service de M. Vulpian, qu'il supplée en ce moment. L'un est un exemple type de paralysis agitans, ou maladie de Parkinson, l'autre un cas de lésion médullaire de la région cervicale, myélite subaiguë probable en voie d'évolution, dont la cause, ainsi que le caractère spécifique, si elle en a un, échappe entièrement jusqu'à présent à toute enquête analytique. Nous allons reproduire une esquisse rapide de ces deux faits :

Paralysis agitans (maladie de Parkinson).

Une femme de trente-neuf ans, femme de la campagne, robuste, bien constituée, n'ayant jamais été malade, fut prise brusquement, il y a deux ans, à la suite d'un saisissement profond et d'une douleur morale intense, causés par la mort de son mari, des symptômes qui ont été constatés à son entrée à l'hôpital, il y a un mois, et qu'elle présente encore aujourd'hui.

Examinée assise, elle frappe d'abord par l'aspect presque atone et comme indifférent de sa physionomie et par l'attitude de sa tête, fortement inclinée en avant lorsqu'elle est au repos, et qui se tourne lentement et tout d'une pièce quand elle veut regarder d'un côté ou d'autre. Mais le phénomène le plus saillant, celui qui constitue le caractère spécial de l'affection dont elle est atteinte, c'est un petit tremblement régulier, rythmique, d'une très petite étendue, comme oscillatoire des deux membres supérieurs, dont les mouvements normaux sont libres d'ailleurs ; les doigts sont également animés d'une petite trémulation régulière incessante. Ces tremblements ne cessent que pendant le sommeil.

Lorsqu'on vient à découvrir les membres inférieurs, on voit qu'ils sont animés d'un tremblement tout à fait semblable à celui des membres supérieurs. Les orteils comme les doigts sont agités par un petit tremblement rythmique à très petit diamètre.

La force musculaire est d'ailleurs normale. Cette femme peut marcher longtemps ; elle peut se servir de ses membres supérieurs pour les divers usages de la vie, elle écrit, mais son écriture est tremblée, chaque jambage au lieu d'être rectiligne est en zigzag.

Il s'écoule un certain espace de temps entre la volonté de mouvoir et l'exécution du mouvement. Cela tient sans doute à ce que presque tous les muscles des membres sont dans un léger degré de contracture. Aussi toutes les brisures des membres sont-elles habituellement, chez cette malade, dans une attitude un peu forcée : celles des membres supérieurs où domine l'action des fléchisseurs, dans une demi-flexion ; celles des membres inférieurs, dans un léger degré d'extension. Enfin c'est probablement aussi à cet état de semi-contracture musculaire qu'il faut attribuer cette sorte d'immobilité et d'impassibilité que présente la face.

Les muscles du tronc, qui, dans le principe, ne paraissaient pas participer à l'affection, commencent à se prendre à leur tour, si bien qu'aujourd'hui tous les muscles du corps, excepté ceux de la face et du cou, sont plus ou moins animés de ces petites secousses oscillatoires. La tête, en effet, dans l'attitude habituelle d'inclinaison en avant que nous avons indiquée plus haut, n'est point agitée des mêmes mouvements que le tronc et les membres ; elle n'a que les mouvements très limités que lui impriment les secousses du corps, pendant la marche par exemple.

La malade étant assise, il n'y a guère que les tremblements des membres qui soient bien visibles. Seulement, lorsque dans cette attitude elle veut se tourner, elle ne le fait que lentement et en quelque sorte tout d'une pièce. Mais lorsqu'elle se lève et marche, c'est d'abord tout d'une pièce aussi qu'elle semble se mouvoir, toutes les articulations semblant comme ankylosées par le fait de la contracture musculaire généralisée.

La marche s'effectue avec des caractères tout particuliers, elle a lieu lentement d'abord et avec hésitation, puis comme si elle obéissait à une sorte de propulsion, la marche se précipite et finit par un petit trottinement ; il faut la surveiller et la guider pour l'empêcher de se jeter en avant ou de se heurter contre des obstacles. Si, pendant la marche, on vient à l'arrêter ou à la tirer légèrement en arrière par ses vêtements, elle semble obéir à un mouvement de ré-

tropulsion aussi irrésistible que celui de la propulsion en avant. Elle tomberait à la renverse si on ne la retenait.

La parole se ressent aussi un peu de la participation de la langue à l'état général de rigidité du système musculaire, elle est régulière, mais lente, et l'articulation comme un peu embarrassée.

Cette malade présente quelques autres symptômes qui sont aussi pathognomoniques de cette affection, quelques douleurs, principalement des fourmillements dans la plante des pieds. Elle n'est point sensible à l'impression du froid, elle dit avoir toujours trop chaud et être toujours trop vêtue. Elle éprouve parfois des sensations de chaleur, soit spontanées, soit sous des influences morales ou par le fait de la marche; elle compare cette chaleur à celle d'une forte fièvre, et comme un accès de fièvre elle se termine ordinairement par des sueurs.

La santé générale de cette femme est d'ailleurs excellente. Toutes ses fonctions, hors les fonctions locomotrices, s'exécutent avec une régularité parfaite. La sensibilité générale et la sensibilité sensorielle sont normales : il n'y a ni anesthésie, ni hyperesthésie.

On retrouvera dans ce fait tous les principaux traits du tableau si complet qu'ont fait de cette affection Parkinson, MM. Charcot, Vulpian et quelques-uns de leurs élèves.

Le diagnostic ici était des plus faciles à faire et des plus évidents. Malheureusement le pronostic reste aussi sombre et tout porte à craindre que la maladie n'évolue, quoi qu'on fasse, qu'arrivée à un certain degré elle ne s'arrête et ne se perpétue à l'état stationnaire, ou bien qu'elle ne progresse incessamment et qu'elle ne finisse, après une longue durée, soit par une maladie intercurrente, soit par marasme, d'une manière funeste. C'est ce que n'enseignent que trop les faits antécédents. Tous les moyens thérapeutiques tentés jusqu'à présent sont restés sans effet. Un bon régime, une bonne diététique sont à peu près les seuls moyens à mettre en œuvre.

Enfin, et c'est par cette dernière remarque que nous terminerons, ici l'étiologie est on ne peut plus manifeste, et peu de faits démontrent aussi clairement que celui-là l'influence pathogénique d'une grande émotion morale ou d'un violent mouvement passionnel. Voilà une femme bien constituée, robuste même, ayant toujours été parfaitement bien portante, et qui, sans aucune prédisposition morbide connue ou appréciable, sous la seule influence de l'ébranlement profond imprimé à l'économie et particulièrement au système nerveux, par un violent chagrin, entre brusquement dans une névrose probablement incurable. C'est du reste là l'ordre de causes qui a été le plus souvent constaté, da s les cas surtout où la maladie a eu un début brusque. Quelle étiologie plus évidente, mais aussi plus obscure dans son mode d'action !

Paralysie et atrophie simultanées des deux membres supérieurs sans cause connue.

L'autre malade est un homme de quarante-cinq ans, d'apparence robuste, vigoureusement constitué, n'ayant aucun antécédent morbide, qui est entré dans le courant du mois d'août dernier à l'Hôtel-Dieu, dans le même service, pour un affaiblissement survenu subitement dans son membre supérieur gauche. Il était en train de manger; il laisse tomber son couteau et en essayant de le ramasser, il s'aperçoit que son bras est paralysé, que ses mouvements n'obéissent plus à sa volonté. Cet état persistant, il entre à l'hôpital où l'on constate l'état suivant : différence assez sensible entre les deux membres supérieurs. Le volume des muscles sus et sous épineux du côté droit est notablement diminué, tandis qu'il reste normal dans le côté gauche. En avant la différence n'est pas aussi sensible, elle l'est même très peu, si tant est qu'il y en ait une. Cependant, avec beaucoup d'attention, on finit par voir qu'il existe une légère diminution de volume dans le biceps, dans les muscles interosseux et dans le long supinateur du côté droit. Mais si la différence, au point de vue de l'état de nutrition et de développement des muscles, est peu sensible entre les deux membres, la différence est beaucoup plus grande dans l'état de leur contractilité volontaire comme de leur contractilité électrique qui est presque éteinte dans les muscles du bras droit tandis qu'elle est restée jusque-là entière dans les muscles homologues du bras gauche. La paralysie, en somme, dans le bras droit, est beaucoup plus prononcée que l'atrophie. Il y a une sorte d'association incomplète et inégale entre ces deux ordres de phénomènes.

Quelques jours se passent, un nouvel examen fait constater que des phénomènes analogues commencent à se manifester dans le membre gauche, notamment dans les fosses sus et sous épineuses dont les muscles ont déjà perdu de leur volume et de leur contractilité.

A quoi avait-on affaire ? Où fallait-il chercher la cause et le siège de la lésion dont on pût faire dépendre cette paralysie et cette atrophie simultanées et symétriques des deux membres supérieurs, débutant ainsi brusquement, sans aucun antécédent connu? Il n'y avait eu ni aucun fait de compression, ni aucun symptôme de névrite, qui pussent faire supposer que l'on eût affaire là à une paralysie par lésion périphérique.

Cet homme, qui exerçait la profession de puisatier, robuste et bien portant jusque-là, n'avait pas eu la syphilis et n'en portait aucune trace ; il n'était pas notoirement alcoolique, il n'en présentait du moins pas les signes. Il n'y avait lieu de soupçonner aucune intoxication, saturnine ou autre, à laquelle, ni par sa profession, ni par ses habitudes et sa manière de vivre, il n'était nullement exposé.

Pouvait-on soupçonner une lésion du cerveau? Outre qu'aucun symptôme cérébral ne pouvait justifier ce soupçon, le fait seul de l'atrophie musculaire suffisait pour en faire éloigner l'idée.

Élimination faite de ces diverses conditions de siège et d'étiologie, M. Déjerine s'est arrêté à l'idée d'une lésion médullaire cervicale probable, d'une myélite subaiguë progressive, en voie d'évolution, se fondant, pour formuler ce diagnostic probable, sur le début subit de l'affection, sa progression lente et surtout la simultanéité de son développement dans les deux membres.

Le traitement sera institué en vue de cette hypothèse et le pronostic réservé.

Il sera intéressant de suivre ce malade et de voir jusqu'à quel point la marche ultérieure de l'affection et les résultats de la médication mise en usage justifieront cette détermination.

De l'application de la sphygmographie à l'étude de la bronchite chronique.

S'il est des médecins favorablement placés pour l'étude des bronchites chroniques, de leurs variétés, de leurs complications, de leur dépendance des divers états diathésiques, de leurs relations avec les troubles de la circulation,

ce sont, sans contredit, ceux qui exercent dans certaines stations thermales, notamment celles qui appartiennent aux deux grands groupes des eaux sulfureuses et des eaux arsenicales, vers lesquelles sont plus particulièrement dirigés les malades atteints d'affections chroniques d'origine arthritique ou herpétique. C'est à ce titre que l'un de nos confrères, qui exerce à Cauterets, ayant été à même de constater de nombreuses contradictions entre les résultats obtenus par le traitement thermo-sulfureux et les notions pathologiques régnantes, s'est proposé d'examiner la question de la bronchite arthritique dans ses rapports avec les troubles de la circulation.

On constate chaque année, dit-il, que des arthritiques, parmi lesquels la masse des asthmatiques, des rhumatisants bronchiques éprouvent d'excellents effets des eaux sulfureuses, alors qu'ils n'avaient trouvé aucun soulagement durable dans les stations d'eaux bicarbonatées sodiques arsenicales, ou réciproquement; d'où ce va-et-vient, ce courant de malades, un peu à l'aventure, d'un groupe de stations à l'autre, ces changements de direction proposés par les médecins lorsque les résultats d'une première tentative ne leur ont pas paru répondre à leur attente. En présence de ces difficultés, des hésitations qu'elles font naître, des erreurs ou des déboires dont elles deviennent parfois la cause, et se fondant sur ce fait d'observation qu'à côté de l'élément cardiaque compliquant souvent la bronchite arthritique, plus souvent encore il y a lieu de tenir compte de l'élément morbide aortique ou artériel, M. le docteur Lahillonne a eu la pensée de mettre au service de ce complément si utile de diagnostic la constatation de l'état de l'élément artériel à l'aide du merveilleux moyen d'exploration dont la science est redevable au savant professeur du Collège de France, M. Marey. Nous avons nommé le sphygmographe.

Après avoir recueilli, dans ces conditions d'examen, un grand nombre de sphygmogrammes, M. Lahillonne a été frappé de la rareté d'un tracé normal parmi les bronchitiques arthritiques. Inégalité de l'élément constant de la tension artérielle, exagération de cette même tension, plateaux systoliques à formes diverses, rapport anomal entre les phases systolique et diastolique du tracé, systoles avortées, dicrotismes multiples avec rythme normal, altération du rythme, etc., tous ces désordres se rencontrent chez les diathésiques en question; et cela, sans que l'auscultation du cœur révèle nécessairement une lésion valvulaire. Et s'il arrive que tout ne soit pas désordre artériel dans l'espèce, le plus souvent, du moins, la détermination de l'élément morbide cardiaque est subordonnée à celle de l'élément artériel.

Cela posé, afin de faciliter l'interprétation immédiate des sphygmogrammes recueillis et qui constituent les pièces justificatives de son étude, M. Lahillonne, partant des principales données physiologiques de la sphygmographie connues aujourd'hui de tous les médecins, en a fait l'application à un certain nombre de malades bronchitiques, choisis notamment parmi ceux qui présentaient, avec des signes incontestables d'arthritisme, des troubles cardiaques ou artériels plus ou moins manifestes. L'analyse de ces observations nous conduirait beaucoup trop loin. Il nous serait encore moins possible d'en exposer ici les détails et d'en reproduire les tracés. Qu'il nous suffise d'indiquer quelques-uns des résultats généraux obtenus. Dans un cas où il s'agissait de déterminer si une intermittence du pouls indiquait une affection cardiaque anomale ou si elle était occasionnée par une simple diminution de l'activité nerveuse, après les essais successifs d'un traitement excitant d'abord, puis beaucoup plus modéré, les sphygmogrammes pris après chacune des phases du traitement permirent de constater finalement le retour de l'élasticité artérielle et le libre écoulement du sang par les capillaires par le fait de la diminution de la tension artérielle accusée par les premières explorations. Dans un deuxième cas, le sphygmographe révéla aussi l'élément morbide artériel chez un malade qu'on eût pris, sans ce mode d'exploration, pour un cardiaque anomal, ce qui fut confirmé par le traitement mis en usage. Dans un troisième et un quatrième cas c'était bien de vrais cardiaques qu'il s'agissait, mais, malgré cette constatation, le traitement sulfureux institué avec toute la modération et la prudence indiquées, le réveil de quelques phénomènes arthritiques sous l'influence de ce traitement, coïncidant avec un grand soulagement des phénomènes cardiaques, révéla la nature de ces derniers et le sphygmographe aida à constater les modifications obtenues. Enfin, dans un cinquième cas où les accidents laryngiens bronchitiques fréquents et tenaces paraissaient liés à un état eczémateux héréditaire, l'auscultation des poumons et du cœur ne révélant d'ailleurs rien d'anomal, une première semaine de traitement détermine l'aggravation de la dyspnée et une fluxion de la muqueuse respiratoire et de la peau, sous l'influence probable d'une diminution de l'ondée ventriculaire et d'un plus rapide écoulement du sang dans le système artériel, accusés par le sphygmographe. Une modification produite dans le mode de médication de manière à produire des réflexes toniques sur les centres de l'innervation cardio-pulmonaire, au lieu de chercher à accentuer la fluxion cutanée, amena une amélioration considérable dans les phénomènes dyspnéiques, etc.

Le but bien défini de M. Lahillonne dans ces recherches n'a pas été de mettre la sphygmographie au-dessus des procédés d'investigations ordinaires, la plessimétrie, la stéthoscopie, la spirométrie, mais d'en faire un auxiliaire utile, et, à côté de sa valeur relative, de faire ressortir sa valeur propre et les indications précieuses qu'on en peut tirer.

Chacun des trois facteurs principaux de la pulsation artérielle : action ventriculaire, quantité et pression du sang, élasticité et contractilité de la paroi artérielle, intervenant pour modifier dans un sens ou dans un autre les caractères de la pulsation, il importait d'étudier et d'analyser à ces divers points de vue les caractères du pouls à l'aide des tracés sphygmographiques. C'est là la voie dans laquelle s'est engagé notre confrère. En appliquant cette étude aux malades qu'il a eu l'occasion d'observer et de traiter à la station de Cauterets, il s'est proposé de rechercher comment l'eau sulfureuse de cette source, employée seule, ou associée aux agents de la thérapeutique ordinaire *intus* et *extra*, modifie les trois facteurs de la pulsation artérielle dans certains états morbides cliniquement déterminés; d'évaluer la durée de ces modifications, de tirer de leur étude des indications pendant et après le traitement, et d'apprécier l'action de l'eau prise en boisson par rapport à celle des bains et des douches, etc., en un mot de sortir de l'empirisme pour expliquer, justifier ou rejeter les errements traditionnels.

La voie nouvelle de recherches dans laquelle est entré notre confrère nous semble devoir lui mériter tous nos encouragements, et nous croyons qu'il y a là un exemple à suivre par les médecins qui exercent dans les diverses sta-

tions thermales où l'on traite aussi et avec des avantages au moins égaux, quoique dans des conditions de thermalité différente, les affections du même genre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er octobre 1884. — Présidence de M. Guéniot.

COMMUNICATIONS

Amputation. — M. **DESPRÉS** donne à la Société des nouvelles du malade qu'il a présenté dans la dernière séance du mois d'août et qu'il avait amputé de la jambe quelques jours auparavant. Ce malade va bien.

Ovariotomie. — M. **TERRILLON** fait connaître les résultats des ovariotomies qu'il a pratiquées. Sur trente-trois opérations d'ovariotomie il a obtenu vingt-neuf guérisons et quatre morts. On peut donc en France aussi obtenir de bons résultats de l'ovariotomie. En général, il y avait eu une ou plusieurs ponctions avant l'opération. M. Terrillon en fait souvent une lui-même quelques jours avant. Il a toujours eu recours à l'antisepsie la plus minutieuse. Sur ces 33 cas, il a rencontré 30 kystes multiloculaires, 2 paraovariens, 1 dermoïde. Dans 11 cas, il n'y avait pas ou peu d'adhérences; 14 fois il a rencontré des adhérences résistantes, ayant exigé une dissection minutieuse. 18 fois il a trouvé la tumeur infiltrée dans les feuillets du ligament large. Dans 4 cas, il a dû faire une opération incomplète.

Avant l'opération on ne peut avoir que des présomptions relativement aux adhérences. La péritonite latente a une grande importance en ce sens qu'elle peut être réveillée par l'opération. Les signes de cette péritonite latente sont une exacerbation de la température le soir, une élévation de la température locale, enfin une douleur localisée.

M. Terrillon a toujours fait un pédicule perdu; il lie ce pédicule avec la soie phéniquée. Les ligatures artérielles et autres sont faites avec du catgut. Il n'a pas recours au drainage, à moins d'opération incomplète. La durée des opérations a été de vingt-cinq minutes à une heure et quart et plus. Cette durée ne paraît pas d'ailleurs avoir une importance capitale. L'étendue des adhérences est bien autrement importante.

Après l'opération, il a souvent constaté, au début, des accidents redoutables en apparence, vomissements, température élevée, etc. Mais tous ces accidents peuvent céder après quelques jours.

Les quatre cas suivis de mort sont les suivants : dans le premier il s'agissait de deux kystes multiloculaires, l'un infiltré dans le ligament large, l'autre adhérent à la vessie ; opération incomplète, drainage par le vagin, mort par péritonite purulente (perforation de la paroi kystique). Dans le second cas, affaiblissement, fièvre avec exacerbations, mort par épuisement le troisième jour; opération d'ailleurs très laborieuse; traces douteuses de péritonite. Troisième cas : mort de péritonite le troisième jour, ballonnement tel du ventre que la suture a cédé; adhérences étendues, résistantes; fièvre déjà avant l'opération; mort par péritonite.

M. Terrillon a souvent constaté de petits abcès de la paroi abdominale au niveau de la suture. Une seule fois il y eut éventration. Dans un cas il a vu une masse sarcomateuse se développer dans la cicatrice un an après l'opération. Le kyste n'avait eu aucun caractère spécial. Ces sortes de cas ne sont pas très rares.

M. Terrillon termine sa communication par des réflexions dont voici le résumé : Les contre-indications de l'ovariotomie deviennent de plus en plus rares. Les adhérences elles-mêmes très étendues n'en sont pas. Les opérations incomplètes permettent la guérison ou tout au moins la prolongation de l'existence.

M. **DESPRÉS**, à l'occasion des faits cités par M. Terrillon, rappelle que la malade à laquelle il a fait une ponction suivie d'une injection iodée est restée guérie depuis deux ans et demi.

M. **TERRIER** fait quelques remarques relativement aux adhérences : M. Terrillon semble admettre que l'exacerbation de la température, le soir, est un signe d'adhérences; M. Terrier n'est pas édifié sur ce point. Il croit qu'on a d'autant plus de chances de rencontrer des adhérences que le kyste est plus ancien et qu'il date par exemple de deux ou trois ans. L'élévation de la température indiquerait plutôt une suppuration dans l'intérieur même du kyste.

Quant aux petits abcès survenant au niveau de la suture sur la paroi, M. Terrier croit qu'ils tiennent à ce qu'on laisse les fils d'argent trop longtemps, plus de six ou huit jours, par exemple. Il a pris l'habitude de les retirer le quatrième jour, et depuis ce temps il n'observe plus l'apparition de ces abcès.

Contrairement à M. Terrillon, M. Terrier pense que la durée de l'opération exerce une influence réelle sur le pronostic opératoire. L'élévation de la température, à la suite de l'opération, n'est pas, selon lui, d'une grande importance. Cette élévation s'observe habituellement dans les cas où l'opération a nécessité de grands délabrements; quand elle cesse après quarante-huit heures, il y a lieu de ne pas s'en inquiéter. La péritonite, qui enlève nos opérées d'ovariotomie, n'entraîne pas toujours une température très élevée et suit plutôt la marche insidieuse de la fièvre traumatique que celle de la péritonite franche.

L'ascite constatée pendant le cours de l'opération est le plus souvent un accident péritonitique ; c'est une ascite sirupeuse, visqueuse, sanguinolente, d'origine inflammatoire. Quand on la rencontre, on a presque toujours des accidents consécutifs très sérieux.

La récidive cancéreuse signalée par M. Terrillon est un fait très rare. Sur quatre-vingt-douze ovariotomies qu'il a pratiquées, M. Terrier ne l'a jamais constatée.

En somme, les résultats obtenus par M. Terrillon concordent avec ceux de M. Terrier; ils peuvent se résumer en ces deux mots : gravité, au point de vue de l'opération, des kystes multiloculaires, bénignité des kystes simples uniloculaires.

M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** a interrogé les plus célèbres ovariotomistes, en particulier Spencer Wells, Kiew, relativement au diagnostic des adhérences. Tous s'accordent à reconnaître que c'est là un diagnostic très sujet à caution, pour ne pas dire impossible. Quand il y a eu des douleurs vives avec des vomissements, on pense qu'il y a eu des poussées de pelvi-péritonite avec des adhérences consécutives. Les adhérences ne sont nullement en rapport avec ces douleurs. M. Lucas-Championnière cite l'exemple d'une malade qui avait eu une pelvi-péritonite post-puerpérale. Comme elle eut ensuite un kyste ovarique, il l'opéra et ne trouva pas du tout d'adhérences. Réciproquement on voit des femmes qui n'ont jamais eu de douleurs et chez lesquelles on rencontre des adhérences. La durée de la maladie peut exercer une certaine influence sur la production des adhérences; mais M. Lucas-Championnière pense qu'elles tiennent plutôt à la nature du kyste.

Quant aux abcès de la paroi, au niveau de la suture, M. Lucas-Championnière pense que le meilleur moyen de les éviter est non pas d'avancer l'ablation des fils, mais bien d'augmenter la somme des précautions antiseptiques.

M. **TILLAUX** pense, comme ses collègues, qu'il est impossible de dire d'avance s'il y a ou non des adhérences. On ne peut s'en rapporter aux douleurs. M. Tillaux rappelle l'observation d'une jeune fille qui a été opérée par M. Le Fort; cette jeune fille avait tellement souffert depuis un an qu'aucun chirurgien n'avait voulu l'opérer; M. Le Fort s'y décida; il ne rencontra pas trace d'adhérences; mais il y avait une inflammation de la paroi interne du kyste. M. Tillaux a également opéré une jeune fille de Caen ; on lui avait fait, dans cette ville, une ponction suivie d'une injection iodée ; il y eut ensuite des souffrances qui firent croire à une péritonite; M. Tillaux l'opéra, ne rencontra pas d'adhérences, et le malade a très bien guéri. Il y avait, de même que dans le cas de M. Le Fort, une inflammation de la paroi interne du kyste. D'ailleurs la péritonite localisée n'est pas une contre-indication à l'ovariotomie. L'année dernière, M. Tillaux a opéré une malade en pleine péritonite suraiguë suppurée; cette malade a très bien guéri.

M. Tillaux a vu, comme ses collègues, de petits abcès sur la

suture, il a même vu un véritable phlegmon. Il se demande si l'habitude qu'ont certains chirurgiens et qu'il a eue lui-même de saisir le péritoine entre les mors d'une pince hémostatique pour faciliter le passage de l'aiguille dans la suture, n'est pas pour quelque chose dans la production de ces abcès. Toujours est-il qu'il en obtient beaucoup moins depuis qu'il a renoncé à cette petite manœuvre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE cite, à cette occasion, le fait suivant : s'étant aperçu qu'un aide qui lui passait les fils les tenait dans sa bouche, il lui en fit l'observation. Mais deux de ces fils avaient déjà été passés. Ces deux fils seuls ont donné lieu à des abcès.

M. LE DENTU dit que la présence de douleurs chez des malades atteintes de kystes est plutôt une raison de penser qu'il n'y a pas d'adhérences, mais bien des complications inflammatoires du kyste lui-même. Il a vu, à Saint-Antoine, une femme qui avait eu des douleurs atroces, de véritables coliques kystiques; cette malade fut opérée, il n'y eut pas d'adhérences. Ces douleurs tenaient à des poussées congestives du kyste lui-même.

M. TERRIER fait observer que les douleurs peuvent tenir au volume de la tumeur. Il y a des malades hystériques avec des kystes de très petit volume qui souffrent beaucoup; il y en a d'autres qui ont de véritables poussées inflammatoires; dans ces cas, les douleurs sont localisées. Enfin les douleurs sont habituellement très vives dans les kystes du ligament large. Les éléments de la douleur sont donc très variables.

M. TERRILLON se défend d'avoir parlé du diagnostic des adhérences; il a dit qu'on pouvait seulement avoir des présomptions. Quand la douleur est localisée dans l'abdomen et s'accompagne d'une élévation de la température locale et d'une poussée de fièvre le soir, il y a lieu de supposer l'existence d'une péritonite toute récente.

Relativement aux abcès de la paroi, M. Terrillon déclare avoir pris les plus grandes précautions de propreté et, malgré cela, avoir vu se produire ces abcès.

La récidive cancéreuse sur laquelle il a appelé l'attention de la Société est plus fréquente que semble le croire M. Terrier; il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les statistiques des ovariotomistes, celles de Spencer Wells, de Péan, etc.

LECTURES ET PRÉSENTATIONS.

M. GUERMONPREZ (de Lille) donne lecture d'une observation de *didactylie* (comm. M. Berger).

M. KIRMISSON présente un malade atteint de maux perforants, d'un spina bifida et d'un infundibulum paracoccygien.

M. POULET présente des moules en plâtre relatifs à des luxations variées des doigts et de la main.

La séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIII[e] SESSION, 1884).

Congrès de Blois (1).

VII

Injections sous-cutanées de vératrine. — M. Cagny préfère la vératrine au sulfate d'ésérine, à l'aconitine et aux autres alcaloïdes semblables, à cause de son prix peu élevé. Il se sert d'une solution de vératrine au 1/25 ou 1/50 dans l'alcool à 95 degrés.

Il a constaté que la vératrine excite et régularise toutes les sécrétions sans exception.

Immédiatement après l'injection, l'animal éprouve une légère agitation, la peau est chaude (il faut tenir compte de l'action de l'alcool), il cherche à manger; il y a expulsion de matières fécales; il y a régularisation de toutes les fonctions; la température, élevée sous l'action de la fièvre, baisse d'une manière notable et par contre, dans les cas d'anémie, de syncope, la température de la peau augmente. La propriété la plus précieuse, pour M. Cagny, consiste surtout dans la surexcitation donnée aux facultés digestives qui permet aux animaux malades de manger et de digérer.

Personnellement, M. Cagny a constaté sur lui tous ces effets de la vératrine.

Il a employé avec succès les injections de vératrine dans le traitement des indigestions souvent si tenaces du bœuf, et est parvenu à rétablir (ce qui est difficile par tout autre traitement) la rumination suspendue.

Dans la convalescence, dans l'anémie, dans les suites de velage, il a vu les injections journalières de vératrine, hâter beaucoup la guérison en rétablissant l'intégrité des fonctions digestives. Il a pu guérir, sans autre traitement, la pneumonie chez le cheval, et chaque fois il a constaté que le malade, jusque-là triste, sans appétit, recouvrait, sous l'action de la vératrine, une partie de sa gaieté et surtout le goût des aliments. Dans les cas de pousse (affection comparable à l'asthme), il a vu, sous l'action de la vératrine, la suffocation diminuer momentanément, et une amélioration durable se produire à la suite d'injections répétées pendant une quinzaine de jours.

Nous croyons devoir reproduire ici le passage de la communication de l'auteur, relatif à l'emploi de la vératrine en cas de syncope :

« La vératrine excitant les contractions de tous les muscles à fibres lisses, il m'a paru tout naturel de l'employer pour hâter l'apparition des manifestations de la vie sur les veaux, au moment de la naissance, dans le cas de velage difficile; les doses doivent être faibles : 1 à 2 centigrammes. Les résultats obtenus étant satisfaisants, j'ai profité de toutes les occasions que je rencontrais pour employer la vératrine dans les cas de syncope. Lorsque la vie a cessé, l'injection ne produit aucun effet, cela va sans dire.

Au mois d'octobre 1883, un cultivateur me montra un veau n'ayant pas vingt-quatre heures : la parturition s'est faite naturellement, mais le veau s'est montré faible; en le soutenant on a pu l'approcher de la mère et le faire téter ; la faiblesse a augmenté, impossibilité de le maintenir debout, et de lui faire avaler une goutte de lait; plus de mouvements respiratoires visibles, battements du cœur à peine sensibles, la tête et les membres obéissent aux lois de la pesanteur lorsqu'on les déplace ; de pareils symptômes qui vont en augmentant depuis deux heures, sur un veau ayant à peine un jour, c'est la mort dans peu d'heures. Injection sous-cutanée de 3 centigrammes de vératrine, cinq minutes après le veau est debout, marche en titubant; expulsion de méconium; le veau se couche au bout d'une demi-heure, cependant la vitalité est revenue au point qu'on peut l'alimenter; il reste faible sur ses jambes, mais est assez vigoureux pour qu'un autre cultivateur qui fait métier d'engraisser les veaux l'achète deux jours après; j'ai su que ce veau a été conservé plus d'un mois et engraissé.

Si l'on songe que la vératrine est soluble dans l'éther, *ce fait peut être le point de départ d'essais en médecine humaine* dans tous les cas de syncope; et si les faits analogues à ceux que j'ai observés se multipliaient, il y aurait peut-être là un moyen de diagnostiquer la mort réelle. »

De l'emploi des pointes métalliques pour fixer les os après les résections articulaires. — Si, après la résection du genou, les chirurgiens parviennent le plus souvent à maintenir dans un contact parfait les surfaces osseuses, de façon à avoir après la guérison une bonne consolidation avec rectitude du membre, cependant il est encore un certain nombre de cas où la captation est incomplète, malgré tous les soins, le fémur se soulevant en avant, d'où une série d'accidents plus ou moins graves pouvant parfois entraîner la mort.

Afin d'obtenir d'emblée une soudure osseuse parfaitement régulière, sans le moindre déplacement, M. le docteur Demons (de Bordeaux) s'est efforcé de vulgariser en France l'emploi des poin-

(1) Voir le numéro du 27 septembre 1884.

tes métalliques, adopté depuis un certain temps déjà à l'étranger. Il cite à l'appui de sa communication dix observations de sa pratique chirurgicale, toutes suivies de succès, et décrit ainsi qu'il suit la façon dont il procède.

Quand l'hémostase est complètement obtenue par les procédés ordinaires et non par la bande d'Esmarch, dont l'emploi est souvent dangereux en pareille circonstance, on fait, dit-il, juxtaposer étroitement par un aide les surfaces osseuses du tibia et du fémur, le malade étant toujours plongé dans l'anesthésie la plus parfaite. Puis on enfonce une pointe d'acier dans le tibia, à 2 centimètres au-dessous de la section de l'os. Cette pointe est enfoncée obliquement et va se fixer dans le fémur. On en enfonce une autre du côté opposé, on peut même en appliquer une troisième, médiane. En somme, on cloue le tibia et le fémur de la même façon qu'on clouerait deux morceaux de bois ensemble. On applique un pansement antiseptique ordinaire et on enlève, — extraction facile, — les tiges d'acier vingt jours après, alors que la consolidation est assez avancée pour qu'on n'ait plus à redouter l'écartement des os. Quatre jours plus tard, la petite ouverture qui leur donnait passage est complètement cicatrisée. L'application des pointes d'acier n'offre aucun danger; celles-ci ne blessent, en effet, aucun organe important; elles ne déterminent aucune inflammation osseuse qui puisse inquiéter le chirurgien, comme on pourrait peut-être le redouter.

Non seulement M. Demons a appliqué le procédé des pointes dans les cas de résections du genou, mais, une fois aussi, à la suite d'une résection tibio-tarsienne chez un individu atteint d'arthrite purulente de cette articulation. La pointe d'acier ayant été enfoncée dans le calcanéum et le tibia, la guérison fut obtenue dans l'espace de deux mois.

L'acide phénique en pansement et la paralysie vésicale. — M. le docteur Cartaz, qui remplit les fonctions de secrétaire général adjoint au congrès, relate deux observations très intéressantes de paralysie vésicale consécutive à l'emploi de l'acide phénique en pansements.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, à la suite d'un avortement au deuxième mois de sa grossesse, fut prise d'accidents septicémiques par rétention d'un fragment placentaire, accidents caractérisés par les signes ordinaires : grand frisson, température élevée, fétidité des lochies, etc. Pour remédier à ces phénomènes morbides, on pratique des injections intra-utérines avec une solution phéniquée à 2 pour 100, quatre fois par jour. La fièvre tomba rapidement, l'écoulement reprit ses caractères normaux; mais au second jour de ce traitement, la malade se plaignait de maux de tête, d'abattement; cependant la température restait normale. Le lendemain (troisième jour après le début de cette septicémie) la malade se plaignait de n'avoir pu uriner depuis la veille; le ventre était en effet distendu et par un cathétérisme immédiat la sonde ramenait 408 grammes d'urine, colorée en brun foncé.

On remplace alors le liquide phéniqué des injections intra-utérines par une solution de sublimé à 1 pour 2 000. Le cathétérisme est encore nécessaire pendant quarante-huit heures; les phénomènes de stupeur, d'adynamie, disparaissent graduellement et la malade entre rapidement en convalescence.

Dans le second cas, le pansement phéniqué avait été fait avec de la charpie imbibée d'une solution à 5 pour 100 pour une simple escarre de la région sacrée chez une femme de quatre-vingt-six ans maintenue au lit pour une fracture du col du fémur.

Le troisième jour après l'application de ce pansement, en l'absence de toute fièvre, survient de la rétention d'urine. La malade est cathétérisée et la sonde ramène plus d'un litre d'urine noirâtre. Il n'existe aucun phénomène d'intoxication générale, aucun symptôme de lésion du système nerveux. On substitue à l'acide phénique un pansement à la vaseline boriquée. Les accidents de paralysie vésicale disparaissent au bout de quarante-huit heures.

M. le docteur Cartaz ne croit pas qu'il s'agisse, dans ces cas, de rétention d'urine de cause réflexe, comme on l'observe dans une foule de circonstances. Pour lui, l'empoisonnement phéniqué serait la cause directe de cet accident.

Un thermographe médical. — M. P. Gallois présente un nouveau thermographe dont il donne ainsi la description :

Ce thermographe se compose essentiellement d'un réservoir de forme lenticulaire de 5 centimètres de diamètre environ. Ce réservoir s'applique sur le corps du malade dont on veut inscrire la température. Il contient du pétrole. Celui-ci est mis en communication, par un tube métallique capillaire, avec un manomètre de Bourdon. La température du corps fait dilater le pétrole; par suite, les branches du manomètre de Bourdon s'écartent; il suffit d'adapter à l'une des extrémités de celui-ci un système de leviers dont le dernier est un stylet porteur d'encre à la gélatine pour inscrire sur un tambour les variations de la température.

Cependant le manomètre de Bourdon et le tube de communication sont sensibles à l'influence de la température extérieure.

Pour corriger cette influence, un compensateur a été installé. Il est constitué par un second manomètre relié au premier par un levier et disposé de façon à supprimer l'action de la température extérieure.

Pour faire fonctionner l'appareil, on fixe, au moyen de bandes de flanelle, le réservoir lenticulaire sur le corps du malade, à l'aisselle ou mieux à l'aine. Le tube de communication se rend dans une boîte de 20 centimètres de long et de 10 centimètres de large et qui contient les manomètres, le système de levier et de tambour.

L'appareil donne actuellement, par une différence d'un degré dans la température du malade, une déviation de 2 millimètres. On distingue donc très nettement des différences de 8 dixièmes et aussi de 3, de 2 et même de 1 dixième, ce qui donne une approximation suffisante en clinique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Depuis notre dernier bulletin, nous avons relevé les chiffres suivants, touchant l'épidémie cholérique en France et à l'étranger :

Toulon. — Du 30 septembre au 1er octobre, 1 décès.— Le 1er octobre, hôpital Bon-Rencontre, 8 malades en traitement; hôpital Saint-Mandrier, 2 malades en traitement. — Du 1er au 2 octobre, 1 décès à l'hôpital Saint-Mandrier. — Le 2 octobre, même situation dans les hôpitaux.

Marseille. — Du 30 septembre au 1er octobre, 2 décès cholériques.

Var. — *Le Pradet*, 1 décès.

Ardèche. — *Villeneuve-de-Berg*, 2 nouveaux décès, une trentaine de malades en traitement.

Gard. — *Nîmes*, 1 décès. — *Salles-de-Gagnières*, 1 décès.

Lot. — *Bagnac*, 2 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 4 décès. — *Maureillas*, 1 décès. — *Saint-Estève*, 1 décès.

Le *Journal officiel* publie aujourd'hui le tableau suivant des décès cholériques qui ont eu lieu, en France, du 20 au 26 septembre :

Nombre de communes atteintes.

Du 13 au 19 septembre.		61	Augmentation, 1
Du 20 au 27 septembre	déjà atteintes	46	62
	nouvellement atteintes . .	16	

Nombre de décès signalés.

Du 13 au 19 septembre.	210	Diminution, 33
Du 20 au 26 septembre.	177	

Les communes atteintes appartiennent aux départements suivants : Ardèche, Aude, Bouches-du-Rhône, Cantal, Drôme, Gard, Haute-Garonne, Gers, Hérault, Pyrénées-Orientales, Var, Vaucluse, Yonne et Seine. Ce dernier département figure pour 2 décès dont 1 à Saint-Denis et 1 à Saint-Ouen.

Algérie. — *Oran*, 8 entrées nouvelles à l'ambulance et 5 décès. — *Bône*, 8 cas et 3 décès.

Italie. — Nous trouvons les chiffres suivants dans le *Bulletin sanitaire officiel*, sur l'épidémie cholérique.

Le 30 septembre, 433 cas nouveaux et 195 décès. Dans ces chiffres, la ville de *Naples* est comprise pour 136 cas nouveaux et 57 décès; *Gênes* pour 52 cas nouveaux et 30 décès; la *Spezzia*, 6 cas nouveaux et 2 décès; *Rome*, 1 cas nouveau suivi de mort.

Nous trouvons aussi dans un journal italien la statistique suivante relative aux épidémies cholériques qui ont décimé la ville de Naples depuis 1836 :

En 1836, la mortalité cholérique a été de	5,300	personnes.
En 1837, — —	13,800	—
En 1854, — —	8,500	—
En 1855, — —	1,300	—
En 1865, — —	2,200	—
En 1866, — —	3,470	—
En 1867, — —	300	—
En 1873, — —	1,280	—
TOTAL. . . .	36,150	décès.

Espagne. — Les bulletins officiels nous font connaître les chiffres suivants, touchant l'état sanitaire pendant ces derniers jours : *Elche*, 2 décès. — *Novelda*, 2 décès. — *Monforte*, 6 décès et 3 cas. — *Tortosa*, 2 décès. — *Cherta*, 1 décès. — *Barcelone*, 2 décès. — *Borjas*, 1 décès. — *Benifuyet*, 1 décès. — *Asco*, 3 cas.

— Par décret, en date du 28 septembre, M. Liard, recteur de l'Académie de Caen, est nommé directeur de l'enseignement supérieur, en remplacement de M. Albert Dumont, décédé.

— Par décret, en date du 26 septembre, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de première classe : M. Ferret, médecin aide-major de première classe, démissionnaire de l'armée active.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs Marseille, Antelmy, Barthélemy, Bresset dit Perrin, Fillion, Pruvot, Colombet, Revillet, Authenac, Cassin, Le Villain, Regnard.

— Par décret, en date du 27 septembre, ont été promus dans le cadre des officiers de santé de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs Houet, Dordelu.

— Par décret, en date du 27 septembre, ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Landrieux, médecin des hôpitaux de Paris, Kirmisson et Bouilly, agrégés de la Faculté de Paris.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs Dubuisson, Maury, Kuhff, Miquel, Foucart, Barbelet, Ajello, Gouël, Ricklin, Kœnig, Henninger, Bloch, Barborin, Morisson, Hamon, Cornilleau, Richer, Chevalet.

— Par arrêté ministériel, en date du 17 septembre 1884, M. le docteur Rogron est nommé médecin du bureau de bienfaisance du XIe arrondissement de Paris.

— MM. les docteurs Henriet, chirurgien des hôpitaux, Piéchaud, médecin du Sénat, et Blayat sont nommés médecins inspecteurs-adjoints du personnel enseignant du département de la Seine.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Brugerolles (de Massiac), sénateur du Cantal, qui vient de succomber à l'âge de quarante-quatre ans.

On nous annonce aussi la mort de M. le docteur Canepa, décédé le 26 septembre 1884, victime de l'épidémie cholérique qui sévit à Naples.

— M. le docteur Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Laënnec, commencera ses conférences de clinique chirurgicale, le samedi 4 octobre à dix heures et se continuera les mardis et samedis suivants.

— *Muséum.* — Les exercices relatifs à l'emploi du microscope dans l'étude de la structure intime des tissus constitutifs des animaux ont lieu, dès maintenant, tous les jours, de midi à cinq heures du soir, sous la direction de MM. Ch. Robin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et G. Pouche, professeur au Muséum, au laboratoire d'anatomie comparée et d'histologie zoologique, rue de Buffon, 55, où les élèves doivent se faire inscrire près du directeur-adjoint.

— *Erratum.* — Par suite d'une faute typographique qui s'est glissée dans notre numéro du 16 septembre, page 854, colonne 1, ligne 16, le mot *pilules* a été imprimé au lieu du mot *pommade*.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16821.

81

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

12

APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Dragées de Gélis et Conté

AU LACTATE DE FER

Deux rapports académiques et de nombreuses expériences anciennes et récentes ont démontré leur supériorité sur tous les autres ferrugineux, et leur efficacité contre les *Pâles couleurs*, pour fortifier les *Constitutions lymphatiques*, et combattre toutes les maladies qui ont pour cause l'*Appauvrissement du sang*.

Dépôt général : LABÉLONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

143

Véritables Grains de Santé

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

13

Peptones de viande

du docteur KOCHS

Solution d'un problème scientifique depuis longtemps cherchée : l'albumine peptonisée réunie aux matières extractives de la viande en un produit alimentaire de premier ordre, naturel, incorruptible, agréable au goût, s'absorbant immédiatement dans l'organisme humain sans le concours de l'action digestive de l'estomac.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris Londres, Berlin, Vienne, etc.; spécialement recommandé aux personnes affaiblies ou digérant mal, aux anémiques, aux dyspeptiques, aux convalescents.

DÉPÔT CENTRAL :

A Paris, rue Meyerbeer, 5.

Boîte en fer blanc de	1 000 gr.		18 fr.
Pot de porcelaine de	225	—	5 »
Pot de porcelaine de	100	—	2f50
Tablettes en étui.			5 »
Pastilles en boîte.			1f25

51

Appareils en feutre plastique

moulés pour chaque cas spécial de *skoliose, kyphose, coxalgie, luxation, mal de Pott*, etc. Conformément à des mesures à nous fournir, collection de bulletins et échantillon de feutre gratis et franco.

Ramie à pansement hygroscopique.

Ramie phéniquée, salicylique, boratée.

Véritables bandes du docteur Martin pour la guérison d'ulcères chroniques.

Fabrique internationale d'objets de pansement, à MONTPELLIER. Directeur : H.-Th. BAESCHLIN.

170

Chatel-Guyon GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

57

Boldo-Verne.

Dans les congestions et les troubles fonctionnels du foie, dans la dyspepsie atonique, on prescrit ds les hôpitaux à Paris et à Vichy le **BOLDO-VERNE** à la dose de 50 à 100 gouttes par jour, ou 4 cuillerée. à café **Elixir de Boldo Verne.** — VERNE, à Grenoble. Paris, 25, r. Réaumur. — Principales pharmacies.

40

Tamar indien Grillon

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent : *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique*, etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc. Ph. GRILLON, 28, r. Grammot, Paris. Bte, 2 f. 50.

65

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

71

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine, 12 aout 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39. 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

2

Aseptol

Acide orthoxyphénilsulfureux

préparé par E. GAUTRELET

pharmacien-chimiste de 1re classe, ex-interne et lauréat des hôpitaux et de l'École de pharmacie de Paris.

Premier prix. — Médaille d'or

L'**Aseptol** ou acide orthoxyphénilsulfureux, est aujourd'hui reconnu comme le plus puissant des antiseptiques. Il a sur l'acide phénique l'avantage d'être soluble, presque inodore et non toxique.

L'**Aseptol** remplace avec avantage l'acide phénique dans toutes ses applications : pansements de toute sorte, même ceux de l'oculistique; applications sur les muqueuses dans le muguet et la diphtérie; injections vésicales et vaginales; pansements chirurgicaux dits de Lister, partout enfin où l'on emploie l'acide phénique et les antiseptiques

L'**Aseptol,** comme structure chimique, est analogue à l'acide salicylique. Il a l'aspect d'un liquide sirupeux à réaction franchement acide, et cristallise à 8 degrés.

On emploie l'**Aseptol** à la façon de l'acide phénique, et en pouvant élever les doses d'une façon considérable, tant pour l'usage interne que pour l'usage externe.

Le flacon, **3 fr. 50.** — Le kilog., **10** fr.

Vente en gros : 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, et 23, rue d'Hauteville, Paris.

96

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT **doit être pris par cuillerée à café matin et soir.**

Une instruction accompagne chaque flacon.

11

L'eau de Léchelle

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leuchorrée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux. dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

PARIS, phie GREZ 34, rue de la Bruyère.

38

Sirop DU DOCTEUR Reinvillier

Au Phosphate de chaux gélatineux

Phthisie pulmonaire, bronchite chronique, rachitisme, débilité organique, maladies des os.

Le sirop du docteur Reinvillier, administré quotidiennement aux enfants, facilite la dentition et la croissance. Chez les nourrices et les mères, il rend le lait meilleur et empêche la carie et la perte des dents qui suivent souvent la grossesse.

Huile phosphorée titrée pour frictions.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

96

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

19

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Perret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement *5 gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET. 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

109

LA PLUS PUGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna

(Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sydney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

22

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte PIERRE Lamouroux

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

24

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. Des procédés d'analyse des eaux. — Hôpital de la Charité. L'asthme et son traitement. — Hernie traumatique.— Accouchement provoqué au huitième mois dans un cas grave d'hydrémie. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

DES PROCÉDÉS D'ANALYSE DES EAUX.

Dans notre numéro du 23 septembre dernier, nous n'avons répondu — nous n'osons pas dire satisfait — qu'à l'une des questions qui nous avaient été posées par notre confrère, celle qui est relative aux moyens chimiques d'épuration des eaux. Mais il peut y avoir et il n'y a que trop souvent dans les eaux potables d'autres éléments d'adultération que des matières organiques. « Si, dans un litre d'eau, disait M. Vallin, à propos de la question des cimetières, dans un article de la *Revue d'hygiène*, en 1881, on laisse tomber une parcelle de sang charbonneux, quelques gouttes de mélange, injectées sous la peau d'un cobaye, amèneront la mort en quarante-huit heures. Si l'on donne le liquide à analyser à un chimiste, il est évident que la quantité de matière organique ou d'azote albuminoïde trouvée ne mesurera nullement la virulence de la solution. »

Il y a donc une limite à la puissance de l'analyse chimique. Cette limite où s'arrête la chimie est celle où commence le rôle de la bactérioscopie et des procédés de destruction ou d'élimination des microbes. C'est l'examen de ces derniers procédés qui va compléter notre réponse.

Disons un mot, auparavant, d'un procédé qui est comme une transition naturelle entre l'analyse chimique dont il est une sorte de complément et les recherches qui sont en ce moment à l'étude.

On sait que M. Pasteur se sert d'une solution sucrée et additionnée de phosphate de soude, comme moyen de déceler et de rendre appréciable l'existence des germes vivants ou de matières organiques putrescibles dans l'eau destinée à la boisson.

Le docteur Angus Smith a également reconnu cette propriété à la solution en question, mais il pense toutefois que la démonstration est encore plus nette par les solutions de gélatine, qui ont servi à Koch de milieux de culture dans ses expériences. Ce mode d'examen des eaux est, à ses yeux, le complément nécessaire de l'analyse chimique et du dosage de la matière organique.

Voici en quels termes il décrit sa manière de procéder dans le *Sanitary Record* de février 1883 :

Dans 100 grammes d'eau distillée, chauffée à + 30°c., on fait dissoudre 2 à 5 grammes de gélatine bien sèche en feuilles minces, et 2 centigrammes de phosphate de soude, on filtre et l'on précipite à l'aide d'albumine fraîche. On prend 25 centimètres cubes de cette solution ; on y verse 25 centimètres cubes de l'eau à examiner, et l'on maintient le tube ainsi rempli pendant quelques minutes dans de l'eau à + 35°, pour que le mélange soit intime ; on bouche le tube avec du coton et l'on conserve pendant plusieurs jours des tubes en observation dans une chambre un peu chaude.

Quand l'eau ajoutée à la solution de gélatine est très pure, le liquide de culture reste à peu près intact. Au contraire, quand l'eau est impure, les organismes vivants sont autant de centres d'action qui décomposent la gélatine et lui donnent l'apparence de sphères ou de gouttes huileuses très volumineuses et très abondantes dans le liquide. Dès le deuxième jour, on distingue quelques petits points blancs ; le lendemain, les petites sphères apparaissent, presque innombrables ; une zone trouble se forme à la surface de la gelée, et l'examen microscopique y révèle la présence d'une multitude de bactéries ; le troisième et le quatrième jour, cette zone trouble s'étend, et la gélatine se liquéfie en commençant par la couche supérieure, d'autant plus rapidement que l'eau était plus souillée. Quand l'eau est infecte, comme l'eau d'égout, la couche supérieure se liquéfie et devient lactescente, putride, au bout de quarante-huit heures et dégage des gaz inflammables.

C'est là, sans doute, une méthode très simple et qui, par cette simplicité même, est appelée à rendre de grands services aux médecins hygiénistes. Mais elle ne donne pas encore cette précision et cette exactitude que l'on serait en droit d'attendre des procédés plus rigoureusement scientifiques de la bactérioscopie ou microbioscopie, si l'on préfère cette dénomination plus générale.

L'analyse bactérioscopique de l'eau de boisson, après plusieurs tâtonnements, a été mise en usage par Koch, à Berlin, pour l'étude des eaux destinées à l'approvisionnement de cette ville. Voici quel est le procédé qu'il a employé :

Une goutte de l'eau d'épreuve placée sur le microscope fut examinée d'abord avec un grossissement de 100, puis de 500 diamètres. Il fit ensuite évaporer une goutte sur une plaque à recouvrir, le résidu fut coloré à l'aide d'une solution de méthylène séché, trempé dans du baume de Canada, puis examiné au grossissement de 500. Enfin, pour constater le nombre des microbes capables d'un développement ultérieur, Koch mélangea une quantité d'eau variant de 1 millième de goutte à 10 gouttes, à 10 centimètres cubes de gélatine alimentaire rendue liquide, qu'il venait de stériliser par l'ébullition. Quand le mélange était effectué, on étendait aussitôt la gélatine sur une plaque de verre posée

horizontalement, et préalablement flambée. La gélatine se coagulait en se refroidissant; on la gardait sur une cloche humide dans une pièce chauffée. Au bout de quarante à soixante heures, il se développait, proportionnellement au nombre des micro-organismes contenus dans l'eau, un nombre correspondant de colonies, en forme de gouttes de grandeur et de couleurs diverses.

A l'aide d'une lame de verre quadrillée en centimètres carrés dont il couvrit la plaque de verre portant la gélatine, le volume de l'eau mélangée à la gélatine étant connu, il put avec un grossissement de 30 diamètres, compter le nombre de colonies développées dans plusieurs carrés d'un centimètre; et, en prenant la moyenne, il put ainsi calculer le nombre approximatif de micro-organismes susceptibles de développement, contenus dans un centimètre cube de l'eau à examiner. Il trouva, par exemple, dans de l'eau distillée bouillie, de 4 à 6 colonies par centimètre cube; dans des eaux d'égout, 38 millions de colonies par centimètre cube; dans l'eau des fosses, 87 millions, etc.

Enfin une remarque importante a été faite par Koch, c'est que les bactéries qui liquéfient la gélatine, comme on l'a vu plus haut, sont celles que l'on rencontre dans la putréfaction des substances animales, de sorte que le nombre des colonies capables d'amener cette liquéfaction permet d'évaluer la contamination de l'eau par telle ou telle quantité de substances animales.

Voilà un fait acquis, mais ce n'est pas tout. Comment débarrasser l'eau ainsi éprouvée des innombrables micro-organismes qu'elle contient? Le drainage à travers des champs d'irrigation est le seul moyen qui puisse être employé en grand pour les approvisionnements des villes. Pour les petits groupes, pour les ménages, il reste le filtrage. Mais personne n'ignore combien sont insuffisants tous les systèmes de filtrage usités jusqu'à présent. La question demandait à être remise à l'étude. La dernière exposition internationale d'hygiène de Londres a été l'occasion d'une exhibition de nouveaux systèmes de filtrage parmi lesquels deux ont été plus particulièrement remarqués : l'un de M. Chamberland, le collaborateur si connu de M. Pasteur, qui agit surtout mécaniquement, en retenant les micrococcus et les spores les plus ténus; l'autre de M. Maignen, agissant d'une façon à la fois chimique et physique, et retenant la plus grande partie des matières minérales ou organiques en dissolution dans l'eau.

Nous empruntons au compte rendu qu'en a fait M. Vallin dans l'un des derniers fascicules de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* (juillet 1884), la description suivante du filtre de M. Chamberland, qui nous paraît être, quant à présent, le dernier mot de la science sur ce point.

Partant de l'idée de son maître M. Pasteur, que les virus charbonneux ou septiques doivent leur virulence exclusivement aux bactéridies ou aux vibrions qu'ils contiennent, et de l'expérience instituée pour en faire la démonstration, M. Chamberland en a fait l'application en grand à la filtration des eaux potables. L'expérience de M. Pasteur consistait à filtrer les liquides virulents en les faisant passer, par aspiration, à travers les parois d'un tube en porcelaine dégourdie, dont les pores extrêmement étroits retenaient tous les microbes. Ce que M. Pasteur faisait sur 50 grammes de virus, M. Chamberland a pensé qu'on pourrait le faire dans de beaucoup plus grandes proportions. Ce n'était plus qu'une question de dimension d'appareils. Voici comment il a procédé :

Il a fait construire des vases en porcelaine dégourdie, ayant la forme d'une éprouvette et presque identiques à ces cylindres poreux qui servent à séparer les liquides d'une pile électrique. Il est arrivé par tâtonnement à trouver le degré de porosité de la porcelaine, permettant au liquide de transsuder sous une forte pression, mais ne laissant passer aucun élément microscopique, aucune spore, eût-elle moins d'un millième de millimètre.

Cette éprouvette est fixée par son bord libre, l'extrémité fermée étant en haut, sur le fond d'un cylindre métallique de 3 centimètres de diamètre et de 25 à 30 centimètres de hauteur, qui la coiffe et la contient à l'aide d'une occlusion à vis très hermétique. L'eau arrive sous la pression du service d'eau (de 1 à 4 atmosphères) dans l'intervalle qui sépare les deux tubes; elle ne peut s'échapper qu'en traversant de dehors en dedans les parois du vase de porcelaine, et de l'intérieur de celui-ci elle est amenée au dehors par un simple robinet fixé à la douille de l'enveloppe métallique.

Pour nettoyer le filtre, il suffit de dévisser l'extrémité inférieure de cette gaine extérieure; la surface externe du vase poreux est recouverte d'une couche mince de détritus; on lave la porcelaine, on la plonge dans l'eau bouillante, on pourrait même la faire rougir à la flamme d'un bec de gaz, de manière à carboniser toute la matière organique retenue dans ses pores, et le filtre est exactement remis en état de service.

Un liquide en pleine putréfaction qui a traversé le filtre peut être conservé incorruptible presque indéfiniment dans une éprouvette flambée et bouchée par un tampon d'ouate; c'est en réalité un liquide de culture parfaitement stérilisé.

Chaque cylindre laisse ainsi passer, sous la pression de 2 atmosphères, 1 litre par heure, soit 20 litres par jour; en juxtaposant quatre ou cinq de ces tubes en forme de batteries, on arrive facilement à obtenir par jour 100 litres d'une eau biologiquement pure, suffisant largement aux besoins alimentaires d'un ménage.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

L'asthme et son traitement.

I

Vendredi est entré dans nos salles un jeune homme de dix-neuf ans, élève en pharmacie, d'une constitution assez frêle, sans antécédents morbides héréditaires. Pendant sa première enfance, il était extrêmement grêle, mangeait peu ou ne mangeait pas. Ce n'est que vers l'âge de six à sept ans qu'il est arrivé à prendre le dessus; il est resté en pension à la campagne jusqu'à la fin de ses études.

Il y a un an, il est entré comme élève en pharmacie dans une petite commune des environs de Paris. Mais bientôt il a commencé à tousser, à expectorer des crachats un peu opaques. De temps en temps aussi, il était sujet à des accès d'oppression subite, surtout quand il respirait quelques poussières, et notamment des poussières d'ipéca. Dans ce dernier cas même, il était obligé d'ouvrir la fenêtre ou de sortir dans la rue.

Il est rentré à Paris, il y a trois mois, dans une pharmacie située dans une rue plus étroite, moins aérée que celle qu'il habitait dans sa petite ville. Aussi fut-il bientôt plus sujet aux accès de suffocation, surtout encore lorsqu'il touchait à la poudre d'ipéca.

La semaine dernière, comme on pilait de la racine d'ipéca, il fut pris d'un accès épouvantable, tel qu'après les premiers soins donnés par un médecin du quartier, il fut amené ici la face violacée, la respiration pénible et bruyante.

Le lendemain matin, — samedi dernier, — je le trouvai assez bien remis, quoi qu'il toussât encore un peu et que l'oppression n'eût pas complètement disparu. Le pouls était à 80, la température à 37°,4. Mais on entendait encore des râles sibilants dans la poitrine, un bruit de jeu d'orgue, des

bruits enfin de diverses natures, voire même des craquements comme dans le cas de caverne pulmonaire.

Je diagnostiquai un accès d'asthme avec persistance d'un peu de spasme des bronches. Je fis appliquer des ventouses sèches sur la poitrine et prescrivis de l'opium comme calmant et de l'iodure de potassium qui réussit très bien dans l'asthme nerveux.

Hier, il s'est trouvé très soulagé, il a expectoré des crachats transparents, les râles sibilants avaient grandement diminué. Aujourd'hui, il tousse très peu, les crachats sont mousseux, on n'entend plus aucun râle, la respiration est seulement un peu rude. Bref, notre malade est guéri de son accès.

Je vais profiter de ce cas remarquable pour vous parler avec quelques détails de l'asthme et de son traitement.

L'asthme est une maladie spéciale dont on rencontre généralement peu d'exemples dans les hôpitaux, parce qu'elle existe rarement dans la classe ouvrière, tandis qu'elle est assez fréquente dans les classes aisées. L'asthme est caractérisé par une dyspnée particulière qui revient par accès bien tranchés, qui existe indépendamment de toute lésion organique; de sorte que l'emphysème ou la lésion cardiaque que l'on observe chez certains asthmatiques ne sont point considérés comme la cause de cette affection. La dyspnée est une difficulté de respirer inhérente à diverses affections, elle ne constitue pas l'asthme proprement dit et s'en distingue complètement.

L'asthme a une physionomie et une étiologie particulières. Il vient par accès, lesquels sont caractérisés : par une dyspnée brusque, subite, parfois cependant précédée par du coryza, un peu de laryngo-trachéite, un rhume, de la pesanteur d'estomac, des éructations, un changement de caractère, une certaine tristesse ou irritabilité. L'accès revient généralement le soir ou la nuit, comme l'accès de goutte, et tout d'un coup le malade éprouve un sentiment de suffocation ; été ou hiver, il a besoin d'air, il fait des efforts musculaires considérables pour respirer. Son aspect est pâle ou violacé, ses extrémités sont froides, les lèvres violacées. S'il est assis dans un fauteuil, il s'appuie sur les bras de ce siège pour aider à ses efforts respiratoires. En même temps, son anxiété est des plus prononcées. Sa poitrine se dilate à peine, son diaphragme semble immobile, ainsi que ses muscles abdominaux; sa bouche se remplit de mousse, ses inspirations sont plus bruyantes, tandis que l'expiration est pour ainsi dire soufflante et s'entend à distance.

Ces accès ont une durée variable, depuis quelques minutes jusqu'à douze et quinze heures même; puis arrive la résolution. La toux, sèche jusque-là, devient plus humide, l'expectoration se fait mousseuse comme des blancs d'œufs battus contenant par-ci par-là quelques grains gris, opaques. Ces grains, qui semblent annoncer la fin de l'accès, ont été regardés par Beau comme des concrétions de mucus qui se serait desséché dans les petites bronches et qui, les obturant, serait la cause déterminante des accès. Mais Beau a pris là l'effet pour la cause, et ces mucosités desséchées ne sont pour rien dans l'accès, d'autant plus que certains accès ont lieu et se terminent sans qu'il y ait eu rejet d'aucun de ces grains.

Enfin, quoi qu'il en soit, le calme est revenu, et il ne reste plus qu'un peu d'oppression accompagnée de quelques râles sibilants ou sous-crépitants, dus au déplacement des mucosités bronchiques par l'air.

Chez certains malades, l'accès récidive le lendemain soir et les jours suivants, quelquefois même pendant plusieurs semaines, puis l'individu revient à la santé. D'autres, au contraire, conservent un certain degré de dyspnée; ils ne peuvent plus ni courir, ni monter, ni rester dans des réunions un peu nombreuses. D'autres encore ont en même temps de l'emphysème.

Quant à ceux qui sont assez bien remis, ils restent sujets à voir se renouveler les mêmes accidents dans certaines circonstances, telles par exemple que les variations atmosphériques, les réunions nombreuses dans un salon, dans un théâtre, dans une salle de concert. Chez d'autres, c'est l'odeur du tabac, celle d'une lampe Carcel, une poussière quelconque ou certaines poudres, telles que celles de l'ipéca, de la farine de lin, etc., qui produisent les mêmes effets. Il est certaines personnes qui ne peuvent passer devant la boutique d'un pharmacien sans éternuer. Je pourrais vous citer le fait d'une malade chez laquelle des lavements de graines de lin donnaient immédiatement lieu à des accès de suffocation. Il en est aussi pour qui certaines villes, certaines résidences et notamment l'habitation dans un pays élevé déterminent des crises d'asthme; l'habitation aussi au bord de la mer. Un fait curieux à noter en passant, c'est l'influence de la ville de Versailles sur les asthmatiques pour favoriser les accès de suffocation ou leur rendre la respiration plus difficile, quoique l'altitude de cette ville soit moins grande, par exemple, que celle de Saint-Germain-en-Laye, où les asthmatiques respirent facilement. Enfin, chez quelques-uns, le refroidissement peut être la cause déterminante d'un accès.

L'asthme est une affection héréditaire qui apparaît généralement à l'âge de trente à cinquante ans; plus rarement dans l'enfance. Cependant on cite des cas où on l'a observé à huit, six et même cinq ans. Parmi les causes prédisposantes, nous citerons la goutte surtout, ainsi qu'une disposition herpétique. C'est ainsi que l'on voit quelquefois l'eczéma alterner avec l'asthme.

L'asthme est une affection très caractérisée, facile à distinguer par ses accès, par le besoin d'air éprouvé par les malades, par la dyspnée apparaissant et disparaissant sans lésions.

Du reste, il existe deux variétés d'asthme : 1° l'asthme catarrhal, et 2° l'asthme nerveux. L'asthme catarrhal s'observe, comme son nom l'indique, chez les sujets catarrheux, de telle sorte que le malade ne se rétablit pas complètement. Dans l'asthme nerveux, la toux est peu prononcée, la respiration redevient bonne après l'accès et le malade se rétablit.

Quant au pronostic, nous dirons que la guérison est possible. J'en ai vu guérir au bout de cinq, dix et quinze ans, surtout s'il se développait quelque affection cutanée, des hémorroïdes, des migraines. J'ai vu aussi des guérisons se produire soit sans cause appréciable, soit à la suite d'un traitement approprié. Mais le plus souvent la maladie persiste, et au bout d'un certain temps les individus deviennent emphysémateux, conséquence directe des violents efforts de dilatation des vacuoles pulmonaires. Enfin, on voit aussi des affections cardiaques survenir par suite de la dilatation des cavités droites du cœur contenant à un moment donné trop de sang, puis de la dilatation des cavités gauches, enfin une insuffisance mitrale. C'est ainsi que chez les asthmatiques on peut observer de l'emphysème et un état cardiaque.

HERNIE TRAUMATIQUE

Par M. Malivert, médecin à Beaumont-de-Périgord.

La lecture de l'article de M. le docteur Guermonprez sur les hernies traumatiques, publié dans les n°s 69 et 70 de la *Gazette des hôpitaux*, m'engage à faire connaître un cas de hernie traumatique que j'ai été appelé à soigner au mois de septembre dernier. Si je ne l'ai pas publié plus tôt, c'est que la jeune fille, victime de l'accident, était loin chez ses parents depuis plusieurs mois, et je tenais à la revoir avant de publier l'observation.

Le 14 septembre 1883, dans la commune de Bardou, canton d'Issigeac (Dordogne), trois petites filles étaient montées sur une charrette, nommée tombereau, vide et traînée par des bœufs. Une des roues ayant passé sur un monticule, le tombereau s'est renversé; deux des petites filles ont été lancées au large et sont tombées sans aucun mal; la troisième, Marie Faugère, âgée de dix ans, s'est trouvée prise sous le tombereau, dont la partie supérieure était devenue inférieure. Elle s'est trouvée couchée en long dans un sillon peu profond, et la face en l'air. L'un des montants qui servent à former le cadre de la caisse du tombereau et qui dépassent le cadre de quelques pouces, s'est trouvé porter sur la partie latérale gauche du ventre de l'enfant, à peu près à égale distance entre l'ombilic et le pubis, et à 5 centimètres environ de la ligne médiane.

Dès qu'on a eu sorti l'enfant de dessous le tombereau, il s'est produit, à la place comprimée par le montant en bois, une tumeur de la grosseur d'une orange, ce qui a engagé les parents à me faire appeler tout de suite. Après avoir examiné la petite fille et m'être assuré qu'elle n'avait aucune autre blessure, j'ai appuyé la pointe des doigts sur la tumeur, que je croyais être un épanchement sanguin, et à mon grand étonnement j'ai senti du gargouillement, et, sous l'influence d'une légère pression, la tumeur a disparu laissant à sa place, *sous une peau intacte*, une dépression par laquelle j'ai pu introduire la pointe des doigts et reconnaître la rupture du plan antérieur de la paroi abdominale et surtout la rupture transversale du muscle droit abdominal gauche. En faisant tousser l'enfant ou en la mettant debout, la hernie, grosse comme une orange, se reproduisait immédiatement et se réduisait très facilement dès que l'enfant était couchée, en produisant un bruit de gargouillement très manifeste.

La petite fille n'a eu ni vomissements, ni défécation, ni incontinence d'urine, mais une douleur modérée à la place de la contusion et dans tout le bas-ventre; pas de fièvre.

Après avoir, par une pression légère, ramené autant que faire se pouvait, les extrémités du muscle droit au contact, j'ai appliqué un bandage de corps, muni à la place de la hernie d'une large pelote formée de plusieurs feuilles de ouate et d'un carton résistant; j'ai assujetti ce bandage par deux sous-cuisses et deux bretelles, et j'ai placé un coussin sous les cuisses fléchies et un autre sous les épaules, de façon à tenir l'enfant constamment *ployée en deux*. Pour lui faire faire ses besoins, une personne la tenait dans ses bras et toujours dans la même position; j'ai prescrit pendant huit jours une diète sévère, un peu de lait ou un peu de bouillon.

Aucune complication n'étant survenue, j'ai peu à peu alimenté la petite fille, dont la soumission et l'intelligence ont beaucoup aidé à la guérison.

Au bout de trois mois, dont deux de séjour au lit, l'ouverture était complètement fermée. Par prudence, j'ai fait porter pendant trois autres mois un bandage approprié, et aujourd'hui, dix mois après l'accident, j'ai revu l'enfant. Dans les premiers temps, lorsqu'elle faisait une course un peu longue, elle souffrait dans tout le membre inférieur gauche; mais à présent, elle ne se sent nullement fatiguée. A la place où était la hernie, la peau est devenue d'un blanc nacré et on sent au-dessous une petite induration qui n'est en rien douloureuse.

Faites de mon observation tel usage qu'il vous plaira, et veuillez agréer, monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ AU HUITIÈME MOIS
DANS UN CAS GRAVE D'HYDRÉMIE (1).

Par M. le docteur H. Bigot (de Meslay-du-Maine).

II

22 février. — L'état de la malade est toujours aussi précaire. Pas la moindre douleur pouvant faire espérer le début prochain du travail. En procédant au toucher vaginal, je trouve l'éponge dégagée; je la retire et, jugeant la situation trop pressante, je me décide à intervenir de nouveau.

Je fais disposer la femme sur le bord du lit comme la première fois, puis j'introduis mon spéculum Fergusson que je fais maintenir en place par une aide. J'engage ensuite dans le col la même sonde œsophagienne préalablement huilée et sur laquelle j'ai arrêté, à une longueur de 18 centimètres du bout un nœud de fil ciré suffisamment serré pour ne pas glisser. Je pousse doucement ma sonde jusqu'au nœud de fil ciré; la portion engagée est donc de 18 centimètres exactement, car j'ai soin d'affleurer seulement l'orifice externe du col, de façon à ne pas déplacer mon point de repère. Je roule ensuite lentement entre mes doigts le pavillon de la sonde, afin de produire un petit déplacement en arc de cercle de l'autre extrémité et à décoller ainsi les membranes. Après quoi, j'injecte une pleine seringue à hydrocèle d'eau tiède. Au bout de cinq minutes, je débouche le pavillon de la sonde : l'eau s'écoule entièrement et sans mélange de sang. Je laisse la sonde œsophagienne ainsi introduite à demeure et la fixe au moyen d'un bandage en T.

23 février. — La nuit a été aussi pénible que les précédentes; l'insomnie persiste. La malade me dit qu'elle commence à sentir de petits *rouchements* dans le bas-ventre. Je retire la sonde, pensant que le travail ne va pas tarder à commencer et qu'il est inutile de la laisser plus longtemps. Cette nouvelle me fait d'autant plus de plaisir que, depuis deux jours, la malade ne s'alimente plus et ne boit que de la tisane. Il est temps que le dénouement ait lieu.

A quatre heures de l'après-midi, on vient me chercher en toute hâte, la femme ayant de fortes coliques. Je la trouve inquiète; les douleurs sont continues et portent dans les reins. Au toucher, je trouve le col dilaté comme une pièce de 2 francs; mais il forme, surtout en avant, un bourrelet épais, rigide. J'annonce que l'accouchement aura probablement lieu dans la nuit et je promets de revenir vers neuf heures.

De retour à neuf heures, mon premier soin est de m'assurer de l'état du col : la dilatation est toujours la même et le bourrelet aussi épais, aussi rigide. Les douleurs lombaires sont épouvantables.

A onze heures, même état du col. Je pensai alors à faciliter la dilatation, pour abréger ces horribles souffrances qui, je le craignais, pouvaient provoquer des crises d'éclampsie, vu l'état de la malade.

Je fis faire par une aide un boyau de toile de la grosseur du pouce environ, d'une dizaine de centimètres de longueur; je coulai dans ce doigt de gant deux cuillerées de cataplasme de farine de graine de lin et ficelai ensuite solidement. J'introduisis ce cataplasme dans le vagin et le disposai à la façon d'un pessaire de Dumontpallier autour du col.

Au bout de quelques minutes, les douleurs se modifièrent; elles devinrent *poussantes*. Enfin, une demi-heure au plus s'était écoulée, lorsque, malgré le doigt de l'aide, le cataplasme fut rejeté au dehors par une contraction utérine plus forte que les autres. Grande fut ma satisfaction quand je trouvai le col franchement

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 septembre 1884.

dilaté, les lèvres de l'orifice utérin souples et amincies, la poche des eaux bombant fortement. Peu de temps après la poche des eaux éclatait et la tête, déjà descendue dans l'excavation, faisait éprouver d'intolérables épreintes à la parturiente, en pressant sur le périnée œdématié. Ma résolution fut bientôt prise ; je songeai à faire une application de forceps, ne croyant pas que la vulve, pareillement tuméfiée, pût se dilater. Ce ne fut pas chose facile. Enfin, mon forceps en place, je tirai doucement en bas pour m'assurer que la tête était suffisamment abaissée sous l'arcade pubienne; puis, relevant ma ligne de traction, je maintins mon forceps de la main gauche, pendant que de la droite je saisissais mes ciseaux, placés à l'avance sous ma main, pour faire des incisions latérales aux grandes lèvres dans toute l'épaisseur de l'œdème, lorsque, brusquement, par une contraction utérine violente et avant que je n'aie eu le temps d'intervenir, la tête se dégage, puis, aussitôt après, le corps.

L'enfant est vivant ; c'est une fille.

Je m'empresse de faire deux fortes ligatures sur le cordon et le sectionne. Pendant que l'aide s'occupe de l'enfant, je m'assure de l'état de la déchirure qui a dû se produire. La fourchette est en effet déchirée sur une longueur de 3 centimètres et demi à 4 centimètres. Le toucher rectal m'apprend que le sphincter n'est nullement intéressé, et, ramenant à sa juste proportion cette déchirure dans des tissus fortement œdématiés, je ne doute pas qu'elle ne devienne insignifiante une fois l'œdème disparu. Je m'occupai alors de délivrer la femme et la fis replacer doucement dans son lit, recommandant l'application de cataplasmes laudanisés sur le ventre. Seigle ergoté, 1 gramme.

L'enfant paraît viable; ses cris et ses ébats n'indiquent pas de faiblesse congénitale.

Je me retirai à deux heures du matin, anxieux et ne sachant trop si mes prévisions se réaliseraient et si l'hydrémie disparaîtrait progressivement, maintenant que la cause en était supprimée.

24 février. — Mon confrère M. le docteur Pieau consent à m'accompagner dans ma visite de l'après-midi de ce même jour. Le moral de l'accouchée est excellent. La pauvre femme, en effet, se met à espérer, maintenant que son accouchement s'est terminé favorablement. Le pouls est fréquent, mais souple et un peu moins faible. Les tranchées utérines sont très douloureuses et accompagnent l'expulsion de nombreux caillots de sang. M. le docteur Pieau partage mon opinion au sujet de l'enfant et pense qu'il sera possible de l'élever.

Il est d'avis de couper le lait de vache avec un peu d'eau et de donner de la tisane d'orge miellée.

25 février. — L'enfant prend bien le biberon; ses garde-robes, au nombre de trois, sont de bon aloi. Je le fais peser et nous trouvons 2^k,800.

La mère a passé une bonne nuit; le pouls est cependant à 105, la langue saburrale, les urines sont abondantes (3 litres environ) et claires, les tranchées utérines toujours fortes, les lochies vont bien, pas de frissons.

La mensuration des jambes donne 25 centimètres au-dessus des malléoles; celle du poignet, 20 centimètres.

26 février. — Bonne journée, pas de céphalalgie, pouls à 95, langue humide moins chargée, moral excellent. Diurèse toujours aussi abondante. Les seins sont indolores, non tuméfiés, les tranchées utérines sont moindres, le cours des lochies est régulier. Les cataplasmes laudanisés sont maintenus. La malade a eu dans la journée plusieurs selles molles, faciles.

La mensuration des jambes donne 24 centimètres, celle du poignet 19 centimètres. L'œdème de la vulve a diminué également et la déchirure paraît réduite à peu de chose, elle ne fait nullement souffrir la malade. L'enfant prend bien.

27 février. — Appelé par dépêche près d'une malade éloignée et forcé de rester deux jours absent, je prie mon excellent confrère M. le docteur Pieau de me remplacer près de notre malade.

Il la trouve dans un état satisfaisant.

La mensuration des jambes donne 24 centimètres et celle du poignet 19, comme la veille. L'enfant se nourrit bien.

M. le docteur Pieau ne juge pas utile de retourner le lendemain, et, à moins d'avis contraire, remet sa prochaine visite au 29, dans le cas où je ne serais pas rentré.

29 février. — Ma première visite, à mon retour, est pour notre malade. Elle continue à aller de mieux en mieux. Le pouls est un peu faible, la langue humide, nette, l'appétit vif. Les urines sont moins abondantes et ne contiennent plus d'albumine. L'œdème de la paroi abdominale a entièrement disparu. Les grandes lèvres sont dans l'état normal. La déchirure du périnée est insignifiante, elle mesure un peu plus d'un centimètre.

La mensuration des jambes au-dessus des malléoles donne 22 centimètres, celle du poignet 17. Régime tonique.

1er mars. — L'amélioration se continue. L'enfant s'élève bien, il a même augmenté de poids : il pèse 2^k,900.

Craignant sans doute des frais que son imagination monte à des proportions exorbitantes, notre malade nous prévient qu'elle nous fera demander si, de nouveau, elle a besoin de nos soins.

Ce retour à l'intérêt étant, chez le paysan malade et à peine entré en convalescence, le signe infaillible d'une guérison prochaine, nous nous abstenons désormais de toute visite.

Vers la fin du mois de mars, nous avons eu l'occasion de revoir notre malade dans un marché : elle était en parfaite santé et nous a dit que la petite fille s'élevait très bien.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXV

J'explorai encore avec l'ami César la botanique des montagnes environnantes et, en particulier, le *palus de Jounquère*, c'est-à-dire le marais des joncs, à une petite lieue sud de Beaucaire. Quel changement s'est opéré dans la végétation depuis notre premier séjour! que de plantes en fleurs dont les feuilles ne paraissaient même pas alors! combien d'insectes nouveaux viennent voltiger autour de leurs corolles! quelle abondante récolte j'ai pu moissonner en un seul jour! Au palus de Jounquère, je n'ai, du reste, rencontré qu'une seule plante digne d'être citée, c'est le *Sida abutilon*, qui n'a, je crois, jamais été signalée à l'état spontané en France; elle y est commune, mais sa végétation est beaucoup moins vigoureuse que dans les jardins; les troupeaux la broutent volontiers, car elle était toute effeuillée, et les sommités des tiges étaient dévorées. Tout près de ce marais, au pied d'une montagne, on observe un trou qui se prolonge en une caverne dont on ne connaît pas le fond : on le désigne, dans le pays, sous le nom de *Traouc de l'Orgue*. Lorsque les eaux du marais sont abondantes, elles refluent vers ce trou et y produisent un bruit qu'on a comparé aux sons de l'orgue.

7 juillet. A Nîmes. — Notre ami Blaud, qui connaît parfaitement les antiquités de Nîmes, sa patrie, se décida à nous accompagner jusqu'à cette dernière ville. Je me dispensai de la convulsive carriole; Blaud et moi, nous cheminâmes en observateurs pédestres. Mon ami me fit remarquer d'abord sur la droite le village de Redessan (c'est-à-dire rue de sang), où il se livra du temps des Romains une bataille fort sanglante. Une demi-lieue après Courbousseau, nous nous détournâmes sur la droite pour voir un *noyer* renommé dans toute la contrée par la floraison tardive qui a lieu le lendemain de la Saint-Jean (25 juin). Cet arbre, âgé d'une trentaine d'années, n'avait au moment où je le vis que des feuilles naissantes, et venait de passer fleur. A peu de distance du noyer fameux, on remarque cinq colonnes antiques, ou plutôt cinq

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 septembre 1884.

demi-colonnes, dont quatre debout et une couchée. Cette dernière porte une inscription où je n'ai pu déchiffrer que le nom de Claudius. On appelle ce lieu des *fourches patibulaires*, parce que, dit-on, on y exposait autrefois les suppliciés. Les Romains y ont livré une bataille très meurtrière, et c'était leur coutume, après de semblables combats, d'élever des colonnes qui en perpétuaient le souvenir. Non loin de ce lieu, on passe sur un pont appelé dans le pays *pont de Car*, c'est-à-dire pont de chair, parce que, lors de la bataille, on fut obligé d'amonceler les cadavres en cet endroit afin de traverser le cours d'eau. Pour faire diversion à ces terribles souvenirs, nous nous amusâmes à faire la chasse aux *cigales*. Les cigales les plus communes dans la Provence et le Languedoc sont celles de l'*orme* et la *plébéienne*. Lorsqu'on traverse pendant une journée chaude un pays peuplé d'oliviers, on a le tympan brisé par le chant criailleur et monotone de ces insectes. Elles sont infiniment plus nombreuses ici que dans les pignadas de nos landes, où déjà elles sont assourdissantes. On en fait lever jusqu'à quinze et vingt du même tronc d'olivier. Vers midi, nous arrivâmes suants et bouillants à Nîmes. Après une sieste prolongée nous allâmes visiter en détail les curiosités antiques. Arrêtons-nous d'abord devant les *Arènes*, vaste édifice circulaire dans l'enceinte duquel s'exécutaient, au temps des Romains, les combats de gladiateurs et de bêtes féroces. Quelle noble simplicité, quelle grandeur imposante, quelle magnificence dans cette architecture! Combien ces maisons que l'on a osé bâtir en face de ce monument sublime sont petites, mesquines, ridicules! A la circonférence extérieure, la muraille toute enfumée et par le *byssus* dont le temps la revêt et par le feu qu'un vandale écervelé y alluma il y a quelques centaines d'années, offre deux rangs de larges arcades dont les inférieures sont bouchées par des bâtisses ignobles habitées par des marchands de vin et des perruquiers. Entrons maintenant dans l'enceinte : elle est encombrée de maisons parasites qui en masquent presque entièrement la forme; encore sont-elles moins nombreuses aujourd'hui qu'elles l'étaient autrefois. Le concierge qui nous accompagnait nous dit que six mille individus étaient logés dans l'intérieur des Arènes lorsque Louis XIV ordonna la démolition d'une grande quantité de constructions modernes. Le contour supérieur de cet édifice, qui est interrompu sur un point par une large brèche, a 1140 pieds d'étendue. On y compte soixante arcades. De larges gradins s'élèvent successivement depuis deux toises au-dessus du sol, en sorte que, du temps des Romains, l'enceinte devait représenter un immense cône renversé, dont le sommet largement tronqué était l'arène proprement dite. Ces gradins sont en grande partie détruits; mais il y a un endroit où l'on en compte encore trente-deux.

La construction de ce monument colossal ne comporte ni bois ni ciment : des pierres énormes surmontent l'édifice et en maintiennent la solidité par leur poids; j'en ai vu plusieurs ayant de seize à dix-huit pieds de longueur; sur le limbe supérieur de l'amphithéâtre, il y a, d'espace en espace, des trous destinés à recevoir les pieux où s'attachait la tente immense (*velarium*) qui couvrait les Arènes pour préserver les spectateurs du soleil, de la poussière et de la pluie. Du faîte de l'édifice, on nous fit remarquer au loin les remparts antiques de la cité romaine qui avait, dit-on, une population de trois cent mille âmes, tandis qu'aujourd'hui elle en a tout au plus douze mille. Sur les parties intérieures on remarque plusieurs sculptures de têtes romaines fort mutilées que les archéologues apprécient beaucoup. Après les Arènes, nous admirons la *Maison Carrée* qui constitue le monument le plus élégant et le mieux conservé de l'époque romaine en France; le temple, imitation du Parthénon, était consacré aux deux fils d'Auguste; il est entouré de colonnes cannelées et orné à l'extérieur de sculptures remarquables par la variété et l'élégance du dessin autant que par le fini de l'exécution; nous ne pûmes pénétrer dans l'intérieur de l'édifice.

Le *Temple de Diane* est à peu de distance de la Maison Carrée; quoique fort dégradé, il offre de superbes restes de l'art romain : un plafond y fixe surtout mon attention, il est en pierre, orné de fort jolies guirlandes et de fleurs sculptées; on a déposé dans le temple plusieurs statues mutilées, des urnes et divers fragments d'antiquités. La *Fontaine* attire tous les curieux dans le jardin public où elle est placée; c'était sans doute un édifice pour des bains publics; le premier bassin est alimenté par une source qui sort des montagnes voisines et dont on n'a jamais pu mesurer la profondeur; l'eau est ensuite versée dans d'autres réservoirs et passe à travers de larges corridors voûtés entourés de colonnes. Nous parcourûmes tout l'intérieur de la Fontaine, qui était à sec et qui offre diverses chambres; il y a des écluses au moyen desquelles on distribue l'eau dans les lavoirs et les abreuvoirs de la ville; tout près de la source, on voit des *pavés en mosaïque* fort beaux. La *Tour Magne* (Turris magna) est un vieux reste informe d'une immense tour située au sommet d'une montagne qui domine toute la ville et où l'on arrive par un chemin tortueux et rapide, le plus souvent taillé dans le roc. On dit que, du temps des Romains, c'était un phare, ce qui fait présumer que Nîmes était autrefois une ville maritime; on descend par trois ou quatre marches dans l'intérieur de cette tour, qui est beaucoup plus large vers sa base que dans le reste de son étendue; la construction m'a paru spéciale, les pierres de taille superposées sont réunies par un ciment d'une dureté considérable, d'une couleur rosacée; le site de la Tour Magne est très intéressant à cause du coup d'œil dont on y jouit sur la ville et sur l'immense étendue du pays monticuleux que l'on découvre de toutes parts; ce pays est composé ou de rochers nus ou d'un sol rougeâtre et graveleux, peuplé de tristes oliviers, ordinairement enclos par des murs; du côté de l'Est, on voit une grande plaine dont la riche verdure contraste agréablement avec la stérile monotonie du paysage environnant. Le *Grand Café* de Nîmes n'est pas un édifice antique, malgré cela il est bien digne d'une visite et est peut-être l'un des plus beaux établissements de ce genre en France; c'est un superbe salon plutôt qu'un café, enrichi de tableaux et resplendissant de dorures; il perd beaucoup à être placé dans une rue peu fréquentée. Nous y prîmes de très bonnes glaces. Après une visite à la respectable mère de notre ami, nous nous retirâmes à l'Hôtel du Louvre, et nous y exécutâmes avec succès un trio gastronomique qui se prolongea gaîment jusqu'à minuit; l'excellent vin de *Ledenon* s'offrit à mon palais pour la première fois, il mérite mention honorable dans le journal; le vin *muscat de Lunel*, quoique moins rare, vaut bien aussi la citation; je ne dis rien de deux pigeons délicats qui s'envolèrent dans nos estomacs depuis le bec jusqu'aux ongles, ni d'une *tarte à la frangipane* dont nous ne laissâmes pas vestige; je n'en dis rien parce que je m'accuserais un jour d'avoir été gourmand.

Le lendemain, 8 juillet, Dufau et moi, nous reprenons, en voiture, par une chaleur tropicale, la route de Montpellier; nous arrivâmes vers six heures du soir dans la patrie de Barthez et nous y séjournâmes quatre jours. Le professeur Dumas nous réunit à sa table avec plusieurs amis. Je revis le vénérable Gouan, Bouchet, Broussonnet, Marcel de Serres. M. Broussonnet eut la complaisance de me donner un superbe pied de *Phormium tenax*, plante extrêmement rare et qui peut devenir fort précieuse pour la France; je fis enfermer le vase dans une caisse afin de la joindre à mon bagage. Ce phormium a été apporté de Londres par M. Broussonnet.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Voici les chiffres relatifs à l'épidémie cholérique depuis notre dernier numéro :

Toulon. — Le 2 octobre, 1 décès. — Le 3 octobre, 2 décès. — Le 4 octobre, 1 décès.

Un seul malade reste en traitement à Saint-Mandrier. L'hôpital Bon-Rencontre est fermé.

Marseille. — Le 2 octobre, 2 décès. — Le 3 octobre, 1 décès. — Le 4 octobre, 2 décès.

Ardèche. — *Saint-Remèze*, 2 décès. — *Villeneuve-de-Berg*, 1 décès.

Gard. — *Nîmes*, 1 décès. — *Salindres*, 1 décès. — *Bességes*, 1 décès. — *Salles-de-Gagnière*, 1 décès. — *Saint-Jean-de-Marvejols*, 1 décès et 1 cas grave.

Paris. — Le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* publie dans son résumé de la quarantième semaine (du vendredi 26 septembre au jeudi 2 octobre 1884) la note suivante : « Le service de statistique a reçu notification d'un décès survenu à l'hôpital Saint-Louis et causé par le choléra, d'après le diagnostic du médecin traitant. Le malade était un ouvrier de vingt-quatre ans, domicilié à Aubervillers. Deux autres cas qualifiés de *choléra sporadique* par les médecins traitants ont été signalés au service de statistique; sur l'un d'eux nous avons des détails complets qui justifient le diagnostic. »

Algérie. — *Oran*, 18 cas nouveaux et 15 décès. Le chiffre de ces derniers, depuis le commencement de l'épidémie, s'élève à 36. — *Bône*, 10 décès au lazaret.

— Par arrêté ministériel en date du 23 septembre 1884, M. le docteur Charpentier, médecin-adjoint du service des aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin du service du quartier d'aliénés à l'hospice de Bicêtre, en remplacement de M. le docteur Falret, passé à l'hospice de la Salpêtrière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16321.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. I. Luxation intra-coracoïdienne de l'humérus. — II. Abcès froids. — Hôpital de la Pitié. La maladie de Bright, les albumines de l'urine ; traitement de l'albuminurie brightique. — Clinique de Montevideo. Coxalgie à la dernière période, résection, guérison. — De la fièvre intermittente à type biquotidien comme signe prémonitoire d'une affection plus ou moins grave concomitante et insidieuse. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les documents et les enquêtes sur le choléra surgissent de toutes parts. M. Devilliers a présenté à l'Académie un résumé de l'enquête faite, sur sa demande, par un grand nombre de médecins du sud-est de la France, et particulièrement par les médecins de la ligne des chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée. Il y a dans ce document d'utiles renseignements à recueillir pour l'histoire de l'épidémie actuelle.

L'événement de la séance a été une très intéressante communication de M. Daremberg, qui a présenté le tableau le plus noir, et qui n'est certainement que trop vrai, du mode actuel d'alimentation d'eau d'une partie de la population de Paris. D'où un soulèvement général contre le trop fameux « tout à l'égout », qui va devenir probablement le texte d'une discussion en règle.

HOPITAL NECKER — M. Trélat.

I. Luxation intra-coracoïdienne de l'humérus. II. Abcès froids.

Nous avons dans nos salles un homme porteur d'une luxation intra-coracoïdienne, par conséquent d'une luxation complète bien entendu. Elle date déjà de samedi, c'est-à-dire de cinq jours. Le bras est dans une forte abduction, la convexité du moignon de l'épaule est vide par la sortie de la tête de l'humérus. Malgré certain gonflement morbide, on parvient à délimiter convenablement les rapports osseux : en avant la clavicule et l'apophyse coracoïde, en dedans la tête humérale. Si l'on vient à palper le creux de l'aisselle, on trouve un espace vide très net dans sa partie postérieure, tandis qu'en avant on sent la tête de l'os du bras, non pas immédiatement sous les doigts, mais plus profondément, parce que cette tête est située en dedans de l'apophyse coracoïde en même temps qu'elle est remontée. Ce sont là les principaux caractères de la luxation intra-coracoïdienne, tandis que, dans la luxation sous-coracoïdienne, la tête de l'humérus, moins éloignée de la main et située plus bas, se sent tout de suite.

Cet homme, robuste, vigoureux, est âgé de soixante ans environ ; ayant eu un étourdissement avec perte de connaissance, il est tombé sur le côté, le bras dans l'abduction, le coude écarté du corps et un peu en arrière. Ainsi s'est produite cette luxation que nous allons, dans quelques instants, essayer de réduire.

Toutes les méthodes de réduction des luxations de l'épaule ont pour but d'atténuer, de diminuer et de vaincre la résistance musculaire, soit par l'emploi du chloroforme, soit par des tractions continues, soit par des tractions puissantes. Quant à moi, je prends le bras, je l'écarte doucement, lentement du corps, de sorte qu'il suffise d'une légère impulsion sur la tête avec la main pour la faire rentrer dans la cavité glénoïde de l'omoplate. C'est ce que j'appelle le procédé par persuasion, — le mot n'est pas exagéré, — ou procédé d'extrême douceur. Il consiste purement et simplement à vaincre la résistance musculaire, mais il ne réussit pas toujours : il exige d'abord que le malade ne souffre pas, qu'il ne soit ni défiant ni poltron, car, dans ces conditions, je ne le chloroformise pas ; encore moins faut-il qu'il soit alcoolique.

Dans le cas d'insuccès, on a recours à la chloroformisation préalable et l'on procède à des tractions, le membre étant écarté du corps presque à angle droit ; puis, par un mouvement d'impulsion, on fait rentrer la tête de l'humérus au contact de la cavité articulaire du scapulum.

J'espère, dans le cas présent, que l'un ou l'autre des procédés réussira sans que nous ayons besoin de recourir à l'emploi de moufles.

II. Nous allons procéder ensuite au traitement par grattage de plusieurs abcès : d'abord chez un jeune homme qui est entré ici il y a deux mois pour une fistule, suite d'un abcès de la paroi thoracique du côté droit. Nous avions essayé tout d'abord de le guérir par des injections phéniquées, puis par des injections iodées, enfin par l'iodoforme. Tous ces moyens ont échoué et il ne nous reste plus aujourd'hui, comme mode d'intervention, que le grattage du foyer.

Nous ferons la même opération chez un autre malade pour un abcès ganglionnaire de la région cervicale.

Enfin nous aurons à intervenir aussi chez un pauvre garçon dont le pronostic n'est nullement favorable. Il s'agit

d'un malade âgé de vingt-neuf ans, qui a déjà séjourné dans cet hôpital l'année dernière. A cette époque j'avais diagnostiqué un abcès froid de la fosse iliaque droite, du volume du poing. Je le traitai par la ponction et par des injections iodées. Aucun accident ne survint, il ne guérit cependant pas, mais nous parvînmes à améliorer sa situation malgré la persistance d'une fistule communiquant avec le foyer purulent. Un peu plus tard, il quittait l'hôpital.

Mais au bout de quelque temps il rentra dans mon service. M. Monod, qui me remplaçait alors, fit des lavages antiseptiques dans la cavité purulente et plaça un drain dans la fistule. Cet homme resta deux mois encore dans nos salles, c'est-à-dire jusqu'au 4 janvier dernier, époque à laquelle il partit de nouveau.

Il ne put pas rester longtemps chez lui, il souffrait de douleurs assez vives dans la région lombaire du côté gauche, de sorte que bientôt il fut forcé de nous revenir.

Aujourd'hui nous constatons chez lui la présence d'un abcès volumineux, plat, étalé, siégeant à gauche de la région lombaire, le long des muscles longs du dos, affectant une longueur de 10 à 12 centimètres et s'étendant ainsi jusqu'au voisinage de l'articulation sacro-iliaque, bien qu'elle ne paraisse pas intéressée par la lésion, et vers la crête iliaque. Celle-ci est douloureuse. En somme, le foyer purulent paraît remonter au moins jusqu'à la douzième côte d'une part, et de l'autre il s'étale au niveau de la crête de l'os iliaque. Cet os paraît du reste envahi.

Notre malade est maigre, pâle; ses poumons ne semblent présenter aucune atteinte grave; il y a seulement un peu de rudesse du murmure respiratoire aux deux sommets droit et gauche, et de plus on entend quelques craquements au niveau du sommet du poumon gauche. Ces phénomènes morbides s'expliquent tout naturellement par la persistance du foyer purulent qui s'est développé, il y a plus d'un an, dans la région de la fosse iliaque droite, sans jamais présenter autre chose que des alternatives d'amélioration et de réapparition des accidents. Les craquements pulmonaires et la rudesse de la respiration s'expliquent aussi par le développement relativement récent d'un second foyer, vaste et de même nature.

En somme, notre pronostic chez ce malade est, à mes yeux, sérieux, pour ne pas dire d'une haute gravité, malgré le peu de lésions du côté de l'appareil respiratoire. Il est sérieux à cause de la présence de deux foyers purulents, de l'état général du malade qui est loin d'être satisfaisant, de l'étendue et de la continuité des désordres locaux. Et si cet homme n'est pas actuellement menacé dans son existence, sa vie n'en paraît pas moins pour cela compromise dans l'avenir.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Jaccoud.

La maladie de Bright, les albumines de l'urine; traitement de l'albuminurie brightique (1).

IV

Arrivés à l'étude du traitement de l'affection brightique, nous avons étudié l'action du traitement par le régime lacté pur, associé à l'hydrothérapie suivie de certains exercices musculaires; nous avons également étudié l'influence possible, dans la seconde période du traitement, du régime mixte et nous vous avons dit que dans le cas où celui-ci était bien supporté, c'est-à-dire où l'albumine dans les urines n'augmentait pas par rapport à ce qu'elle était à la fin du premier mois de ce régime lacté exclusif, nous vous avons dit que, dans ces conditions, il suffisait de maintenir ce régime mixte pour avoir des chances d'obtenir, avec le temps, la disparition de l'albumine et une prompte guérison. Enfin nous en sommes arrivés au cas où, au contraire, l'albumine a augmenté dans les urines. Dans ces conditions, non seulement il faut reprendre le traitement de la première période, c'est-à-dire le régime lacté pur, et continuer l'hydrothérapie et l'exercice musculaire; mais encore il faut faire autre chose.

C'est alors que l'on aura recours aux inhalations d'oxygène, à la dose de trente litres par jour, divisés, pour commencer, en quatre séances, et plus tard en trois séances, afin de ne pas fatiguer les malades. Or, comme je n'aime pas généralement employer des médications trop complexes, j'attends au moins quinze jours avant de faire autre chose et je soumets les urines à de nouvelles analyses. Si, grâce à l'influence de ces inhalations et du lait, j'ai obtenu quelques avantages, je persiste dans le traitement. Si, au contraire, je n'ai rien gagné, c'est qu'il s'agit très probablement, dans l'affection brightique du malade, d'un état particulier du rein, de conditions spéciales de cet organe qui maintiennent, malgré notre traitement, une filtrabilité anomale de l'albumine à travers les membranes rénales. Dans ce cas alors il s'agit d'intervenir par l'emploi de certains médicaments.

D'après les recherches de quelques auteurs, nous connaissons les conditions mécaniques qui favorisent le passage de l'albumine dans les urines, soit une diminution de pression dans les vaisseaux artériels du rein, d'où l'indication de rétablir cette pression en excitant leur contractilité au moyen de médicaments tels que le tannin, l'acide gallique, la noix vomique, le seigle ergoté, tout en continuant le régime lacté, les inhalations d'oxygène, l'hydrothérapie et les exercices musculaires.

Si l'on a recours au tannin, on le prescrira sous la forme pilulaire, à la dose de 1 gramme par jour, par pilules de 20 centigrammes données deux par deux; on peut aller jusqu'à 2 ou 3 grammes. Si l'on emploie l'acide gallique, ce sera en pilules ou en solution à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour. On donne encore ces deux médicaments — tannin et acide gallique — associés l'un à l'autre; dans nombre de cas, sous leur influence on a vu l'albumine diminuer, voire même disparaître, lorsque la maladie doit se terminer par la guérison. Dans les autres cas, on n'obtient qu'une petite diminution; c'est alors que l'on recourra utilement à la noix vomique et au perchlorure de fer que l'on administre ainsi : le matin dix gouttes de perchlorure de fer dans un peu d'eau sucrée et dix autres gouttes dans l'après-midi en augmentant peu à peu jusqu'à ce que l'on arrive à vingt-cinq ou trente gouttes dans les vingt-quatre heures. Aux heures intermédiaires, on prescrira des pilules d'extrait de noix vomique de 2 centigrammes chacune; on en prend deux par jour. Au bout de cinq à six jours, on arrive à 5, 6 ou 8 centigrammes dans les vingt-quatre heures; mais l'on atteint rarement la dose de 10 centigrammes. Quant à l'ergot de seigle, la dose est de 1 à 2 grammes par jour; mais j'ai renoncé à son emploi à cause de sa tendance à déterminer des accidents gangreneux.

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 septembre 1884.

J'ai aussi renoncé à la fuchsine qui avait été préconisée et que je considère comme incapable de rendre des services dans les affections brightiques. Il en est de même du jaborandi, de la pilocarpine et de l'iodure de potassium, à moins, pour ce dernier, que nous n'ayons à combattre aussi des accidents syphilitiques.

Tels sont les moyens par lesquels je combats la maladie de Bright dans les cas sans urgence et j'ajoute que, sous leur action, on réussit souvent, surtout si l'on intervient à une époque peu éloignée du début, car aujourd'hui il n'est plus permis de croire comme autrefois à son incurabilité.

Voyons maintenant ce qu'il faut faire dans les cas avec urgence.

La conduite initiale est différente ; car l'urgence ne résulte pas de l'abondance de l'hydropisie, mais bien de la dyspnée, qu'elle soit liée ou non à une lésion appréciable des appareils circulatoire ou respiratoire.

La dyspnée est quelquefois suffisamment accusée pour indiquer un danger prochain. Aussi n'est-ce plus au régime lacté qu'il faut recourir, car il demande au moins trois ou quatre jours pour produire un premier effet. Du reste les cas avec urgence sont de deux degrés, les cas à urgence non immédiate ou de plus faible intensité et les cas à urgence immédiate. Dans le premier cas, les caractères de la dyspnée et l'état dans lequel celle-ci plonge le malade indiquent un danger prochain, il est vrai, mais non immédiat, c'est-à-dire que vous avez devant vous un jour ou deux au lieu de deux ou trois heures seulement peut-être. Dans le premier cas vous aurez recours aux drastiques à hautes doses, afin de conjurer les accidents qui menacent, et, pendant deux ou trois jours de suite, vous ordonnerez de 30 à 40 grammes d'eau-de-vie allemande et 30 à 40 grammes de sirop de nerprun ; l'effet se produit en deux heures. Dès que ces accidents ont disparu, vous instituez le régime, comme je l'ai indiqué précédemment.

Mais, dans les cas à urgence immédiate, les drastiques sont encore d'un effet trop long, et de plus ils peuvent être insuffisants. Ici il faut pratiquer une saignée générale et la répéter au bout de douze ou de vingt-quatre heures, selon les indications, et le péril sera conjuré quelle que doive être l'issue définitive de la maladie.

Y a-t-il lieu, au point de vue de la thérapeutique à intervenir, de tenir compte de la distinction qu'on établit entre la néphrite parenchymateuse et la néphrite interstitielle ? Oui et non, cela dépend. Si la néphrite interstitielle est sans polyurie, le traitement sera le même, à moins que l'on ne rencontre cet état du cœur que l'on ne trouve pas dans la néphrite parenchymateuse, auquel cas on aura recours aux médicaments indiqués pour les cardiaques.

Si la maladie est interstitielle avec polyurie, pas de régime lacté, on prescrira seulement un peu de lait, soit un demi-litre à un litre par jour et comme boisson sédative des reins. Dans ce cas, et surtout si l'on a quelque raison de croire que l'on n'est pas encore très loin du début du mal, on prescrira l'iodure de potassium à haute dose en y joignant l'opium pour diminuer la polyurie. Si l'opium est mal toléré, alors on le remplace par l'extrait de valériane en continuant toujours l'iodure de potassium ainsi que l'hydrothérapie, pourvu, bien entendu, que les poumons et le cœur soient sains.

Tel est l'ensemble des moyens par lesquels je crois arriver le mieux à atténuer la gravité de l'affection brightique. J'ajouterai encore que, tout en admettant que l'on ne guérisse pas tous les malades que l'on traite ainsi, cependant, pris à temps, on peut les mettre pour bien des années dans des conditions de vie éloignant tout danger. Ainsi, quand même le lait ne diminuerait pas l'albumine dans l'urine, si le malade a le courage de se tenir indéfiniment au régime lacté, il restera indéfiniment aussi à l'abri de tout danger ; il continuera à avoir des urines albumineuses et ce sera tout.

Mais, il faut bien le dire, il est des cas où, quelle que soit la bonne volonté des malades à continuer ce régime, il y a intolérance de l'estomac et le médecin se trouve forcé à recourir au traitement mixte, quelquefois même à supprimer tout à fait le lait. Aussi voit-on bien vite, en quelques jours, le malade perdre ce qu'il avait primitivement gagné. Là est la cause véritable des insuccès malheureusement toujours trop fréquents, car, je ne saurais trop le répéter, en terminant, le régime lacté indéfini met indéfiniment les brightiques à l'abri de tout danger. Ce sont certainement des cas difficiles, et il appartient au médecin de savoir intéresser son malade au traitement qu'il devra suivre sous peine d'échouer, tous les autres adjuvants du lait n'étant que des moyens accessoires.

CLINIQUE DE MONTEVIDEO. — M. Fort.

Coxalgie à la dernière période, résection, guérison.

En novembre 1883, je suis consulté pour une petite fille de huit ans, Catalina M..., malade de la hanche droite depuis deux ans.

Je trouve une enfant excessivement maigre, avec une température de 39 degrés et 150 pulsations. Elle ne prenait presque aucune nourriture et elle était couchée en peloton, les genoux contre le menton. Elle avait eu tellement à souffrir pendant sa maladie, qu'elle ne pouvait supporter la vue d'aucun étranger. Il était impossible de la toucher. Je fis donc un diagnostic de coxalgie à distance et la forme de la cuisse me fit supposer qu'il y avait un gros abcès. Je refusai, par suite, de me prononcer avant de l'avoir examinée sous le chloroforme.

Le 8 novembre, je chloroformise l'enfant et je constate : 1° la présence d'un énorme abcès au niveau des adducteurs ; 2° une ulcération au-dessus du grand trochanter, vestige de l'ouverture d'un abcès ancien ; 3° une luxation du fémur ; 4° une position vicieuse de la cuisse en flexion et adduction forcées ; 5° une atrophie des muscles du membre inférieur et surtout du triceps fémoral.

Le 10 novembre, je soumets de nouveau l'enfant au chloroforme, je vide l'abcès et je place la cuisse dans une position convenable.

Je mets l'enfant dans une pièce bien aérée, je lui prescris un régime reconstituant et j'administre des toniques. Quelques semaines après, elle reprend bonne mine, elle engraisse un peu, on la porte au bord de la mer, on lui donne des bains salés, mais elle est tellement faible que je n'ose pas m'aventurer à pratiquer la résection.

Le mieux s'accentue, l'abcès ne se reproduit pas, et l'ulcération sus-trochantérienne fournit du pus en abondance. Fin décembre, l'état général s'est tellement amélioré que je me décide à pratiquer l'opération qui a lieu le 3 janvier 1884.

L'opération pratiquée avec l'aide des docteurs Vidal, Angel Brian, Fiol de Pereira, Vila et Rappaz, ce dernier chargé d'administrer le chloroforme.

Ce n'est pas sans émotion que je pratique cette opération, étant donné la gravité du cas. Je fais l'incision classique en arrière du grand trochanter et économisant autant que possible le sang versé, j'arrive à l'articulation luxée. Dans le fémur, la tête seule était cariée : je la résèque. Après cette résection, je constate avec

le doigt que la cavité cotyloïde est cariée dans toute la surface et je sens un vide au milieu de cette cupule cariée au point de réunion des trois os : ilium, pubis et ischion. J'introduis un stylet, il pénètre dans le bassin. Cette introduction est faite avec ménagement, comme on peut bien le penser.

Les auteurs conseillent bien de racler la cavité cotyloïde cariée, mais je ne sache pas qu'ils fassent une distinction selon les cas. J'avoue que je ne me suis pas senti le courage de racler cette cavité cotyloïde. Quelles indications pouvais-je avoir du degré d'amincissement du fond de la cavité? Que serait-il arrivé si je l'avais fracturée? Au contraire, réséquant la tête du fémur seule, je transformais cette carie de la cavité cotyloïde en une carie relativement superficielle et devenant accessible aux injections par les trajets fistuleux.

Je réséquai donc la tête du fémur et je ne touchai point à la cavité cotyloïde.

Pansement antiseptique au grand complet avec pulvérisateur pendant l'opération.

Pansement deux fois par jour pendant tout le mois de janvier, puis une fois. Dès le 10 mars, les pansements sont faits par la sœur de la malade.

Au début, il y a eu de la fièvre, mais une fièvre très modérée. Pendant huit jours le thermomètre est monté à 38 degrés. Tout le reste du temps l'enfant a été sans fièvre.

Cette enfant avait tellement souffert, elle était devenue si sensible, qu'elle poussait de véritables hurlements quand on l'approchait. Nous avons été forcés de la chloroformiser pendant vingt-cinq jours de suite pour la panser, non sans émotion, on peut le croire.

Pendant deux mois, l'enfant est restée dans une sorte de gouttière de Bonnet, faite avec intelligence par le père, et pourvue d'une porte latérale permettant de faire les pansements sans remuer la malade.

La plaie s'est fermée insensiblement, et aujourd'hui, 25 mars, il ne reste plus qu'une ouverture fistuleuse qui donne passage, chaque jour, à quelques gouttes de pus. L'enfant est belle et a engraissé; elle marche avec des béquilles, mais elle ne pose pas le pied par terre. Plus tard, je lui ferai fabriquer une bottine à talon un peu haut, et si elle n'a pas recouvré toute la force des muscles extenseurs de la jambe, on fixera le membre inférieur avec un appareil rigide.

La résection de la hanche est une opération qui se pratique rarement dans l'Amérique du Sud. Ce cas est la deuxième opération suivie de succès dans la République de l'Uruguay. La première est due au docteur Enrique Estrazulas. Cette opération n'a pas encore été adoptée au Brésil, où j'aurais eu l'occasion d'en pratiquer une dizaine, sans l'opposition systématique des chirurgiens de Rio-de-Janeiro.

DE LA FIÈVRE INTERMITTENTE A TYPE BIQUOTIDIEN

COMME SIGNE PRÉMONITOIRE D'UNE AFFECTION PLUS OU MOINS GRAVE CONCOMITANTE ET INSIDIEUSE

Par M. le docteur Léon Dufour (de Fécamp).

Dans les pays où la malaria sévit, à titre tout à fait exceptionnel, comme à Fécamp, le type le plus souvent observé est le type tierce.

Voici deux faits qui sembleraient indiquer que lorsque les accès se rapprochent et deviennent quotidiens et biquotidiens, il faut s'attendre à voir éclater quelque phénomène nouveau, quelque complication plus ou moins sérieuse.

Observation I. — Mme X..., jeune femme, d'une santé habituelle assez bonne, est enceinte pour la cinquième fois. La grossesse, contrairement aux précédentes, a été orageuse au début.

Le 31 décembre 1883 (cinquième mois), la malade se plaint de frissons et de chaleur, fait bien des fois observé chez elle, mais passager. Elle se met au lit ce jour-là, et tout rentre dans l'ordre au bout de quelques heures.

Le lendemain, 1er janvier 1884. — Frissons légers, chaleur, courbature générale; douleur sous le rebord des fausses côtes droites, peu intense; pas ou peu de toux; rien à la percussion; à l'auscultation, quelques râles muqueux à bulles moyennes, disséminés. Quelques heures après, calme.

Dans la nuit du 1er au 2 janvier. — Frisson d'une demi-heure, suivi de chaleur pendant deux heures, et sueurs jusqu'au matin, à huit heures. La douleur de côté s'accentue davantage. L'auscultation ne révèle rien de plus que la veille; rien à la percussion. Faiblesse générale, apyrexie après l'accès.

Le 2 janvier. — A une heure et demie de l'après-midi, frisson d'une demi-heure, chaleur et sueur jusqu'à sept heures et demie. 39°,6 pendant l'accès. Douleur de côté vive. Apyrexie pendant la matinée. Diagnostic : fièvre intermittente.

Le 3 janvier. — Accès de huit heures, bien nets, l'un dans la nuit, l'autre dans l'après-midi. — La douleur de côté est plus vive, la pression de la région est fort douloureuse; rien de plus à l'auscultation, rien à la percussion, seulement la respiration est plus fréquente et plus courte. L'affaiblissement est très grand.

Le 4 janvier. — Mêmes phénomènes, avec exacerbation de la douleur qui a résisté à divers révulsifs et calmants. Quand on déprime les fausses côtes, on cause une vive souffrance. L'auscultation ne révèle toujours que quelques râles muqueux disséminés. A la percussion, on trouve une légère submatité dans la moitié inférieure droite de la poitrine. Pas de souffle, pas d'égophonie.

Deux accès ce jour-là : l'un de huit heures, le matin à une heure; l'autre de cinq heures, à deux heures. M. le docteur Gibert, du Havre, qui voulut bien venir voir ce jour-là la malade avec notre ami le docteur Powilewicz, pensa que, outre la fièvre intermittente, nous avions affaire ici à une inflammation localisée de la plèvre diaphragmatique.

En plus du traitement quinique plus accentué, on fit une large application de teinture d'iode avec cataplasme très chaud sur ce badigeonnage.

On eut ainsi raison de la douleur, et l'auscultation ne révéla rien, le matin suivant, non plus que la percussion; la pression n'était plus que fort peu douloureuse.

Peu à peu, par la quinine, les accès diminuèrent de fréquence et d'intensité. Le séjour de la malade à la campagne, pendant quelque temps, eut raison des restes de cette crise, dont la durée fut d'une vingtaine de jours.

Le summum thermique avait été de 39°,8 avec 124 pulsations, pendant certains accès. La grossesse n'en a pas moins bien évolué. Elle s'est terminée par la naissance d'un enfant de 9 livres. Le rétablissement fut assez prompt à se faire et la faiblesse n'eut pas de suite.

Ce cas nous montre donc une fièvre intermittente, à type biquotidien, entée sur une grossesse; cette marche anomale des accès, pour nos pays, devait éveiller l'attention sur le reste de l'organisme.

Bien que rien ne fût révélé par l'auscultation ni par la percussion, si ce n'est une légère submatité, à un moment donné, cette douleur violente, persistante, accentuée par les mouvements respiratoires et par la pression du diaphragme, en comprimant le rebord des fausses côtes, n'annonçait-elle pas un commencement d'inflammation pleurale, dont un traitement énergique a eu raison? N'expliquerait-elle pas la marche anomale des accès?

Le fait suivant semblerait l'indiquer :

Observation II. — René X..., 6 ans, fils de la malade qui a été le sujet de la précédente observation.

La veille, il s'était couché bien portant, quand le 17 janvier, après avoir été assoupi dans la matinée, et avoir eu peu d'ap-

pétit et des nausées, il fut pris de chaleur (40°,8), à une heure de l'après-midi.

Aucun organe n'accusait de désordre.

Se trouvant mieux quelques heures après, l'enfant partit avec sa mère à la campagne, et fut gai dans le voyage.

Le soir à huit heures, 38°,5.

Jusqu'à minuit, tout alla de mieux en mieux; il semblait que l'indisposition fût passée.

Tout à coup, à cette heure, reprise de frissons, de chaleur avec agitation, délire, qui durèrent, mêlés d'assoupissements, toute la nuit. Un peu de moiteur.

Le matin, calme, 38°.

Il accuse une douleur au côté droit, au niveau des dernières côtes et dans le huitième espace intercostal; pas de toux; gêne dans la respiration. La percussion ni l'auscultation ne révèlent rien. Tranquillité relative toute la matinée.

Dans l'après-midi, frissons, chaleur et agitation jusqu'au soir. La nuit commence calme; à minuit nouvel accès, jusqu'au matin, avec délire.

Ce jour-là, 19 janvier, malgré la douleur du côté droit, aucun signe ne révèle de lésions du poumon ou de la plèvre, à peine de la submatité à la base.

La matinée, après avoir été calme, est suivie d'une après-midi et d'une nuit agitées, avec accès séparés l'un de l'autre par un moment de repos complet.

Température pendant l'accès, 40°,2.

Le 20 au matin, calme relatif. Température 38°. La douleur persiste.

Cette fois l'auscultation révèle un souffle tubaire à la base droite, avec râles crépitants circonvoisins; matité légère.

Les 21 et 22 janvier, accès comme devant, souffle et râles.

Le 23, même scène, mais la température, après avoir eu un summum de 39°, à deux heures du matin, était le soir à un minimum de 36°,5, point le plus bas observé depuis le début de l'affection.

Depuis, malgré la persistance, jusqu'au 25, d'une respiration légèrement soufflée et de râles, la température ne s'éleva guère au delà de 37°,5. Ce n'est que vers la fin du mois que tout rentra dans l'ordre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 octobre 1884. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts envoie à l'Académie un exemplaire du Codex.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Sicard, président de la Société de médecine de Marseille, accompagnant l'envoi d'un rapport de la commission nommée par cette Société pour faire des recherches sur le choléra (Comm. du choléra);

2° Un travail de M. le docteur Vailhé (de Cette), intitulé : *Relation de l'épidémie cholérique qui a eu lieu à Cette (Hérault), pendant les mois d'août et septembre* 1884. (Même commission.)

M. LEGOUEST présente, au nom de M. le docteur Masson, pharmacien-major de l'armée, un travail manuscrit intitulé : *De l'origine du sang en médecine légale.* (Comm. : MM. Legouest, Cornil et Brouardel.)

COMMUNICATIONS

Choléra. — M. DEVILLIERS donne lecture d'un résumé d'une enquête faite sur l'épidémie de choléra de 1884, dans les provinces du sud-est de la France et sur le réseau des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.

Cette enquête est une réponse aux questions suivantes :

1° A quelles causes, générales ou locales (personnes ou objets), attribue-t-on l'invasion du choléra dans notre région, et quel a été le mode de contamination;

2° Quelle a été la durée de l'incubation de la maladie;

3° Quelles causes ont favorisé le développement de la maladie, ou quelles sont celles qui ont assuré l'immunité contre elles?

A ces questions s'ajoutent celles relatives :

4° A la qualité et à l'aménagement des eaux à usage de boissons;

5° Et celle qui concerne les questions de voirie (immondices, etc.);

6° Quels ont été les moyens prophylactiques ou de traitement curatif mis en usage et quels résultats a-t-on obtenus?

Les réponses à ces diverses questions sont résumées dans les conclusions suivantes :

Si parmi les onze médecins qui croient à la genèse sur place et se montrent plus ou moins résolument anticontagionistes, plusieurs font remarquer l'apparition de troubles intestinaux bien avant celle du choléra, plusieurs d'entre eux, au contraire, avouent qu'avant l'épidémie l'état sanitaire en général était excellent et que les troubles intestinaux n'étaient aucunement plus fréquents que les autres années à la même époque. Parmi ces confrères qui attribuent la maladie à une influence générale, il faut rappeler l'opinion de l'un d'entre eux qui croit que le choléra s'est endémié en France et y reste à l'état latent, ne réapparaissant de loin en loin que sous certaines influences climatériques.

Les quatre cinquièmes des médecins interrogés croient que le choléra s'était propagé par voie de contagion directe ou indirecte. Ce qui paraît certain, c'est que pendant cette épidémie de 1884, quelle qu'ait été la première origine du choléra, genèse sur place, contagion ou importation, les faits démontrent que partout où apparaissait un cas de choléra, on en voyait bientôt surgir plusieurs autres. Il est également certain que là où ont apparu des cholérines ou des formes atténuées du choléra, le même fait s'est reproduit.

On a vu quelques médecins admettre que les effets à usage, vêtements, linges, objets de literie, venant de pays contaminés ou ayant servi à des cholériques, avaient été les causes premières de l'importation de la maladie; il y a là encore une question à élucider.

Une autre question connexe à éclaircir est celle de la prédisposition à la maladie, et surtout celle de la diarrhée préexistante.

Un assez bon nombre de médecins ont dit que les conditions hygiéniques de la population étaient excellentes avant l'apparition des premiers cas de choléra.

L'épidémie actuelle n'a donc été précédée que très exceptionnellement d'une constitution médicale diarrhéique, ce n'a pas été un fait général et l'on ne peut par conséquent pas s'en servir pour expliquer l'apparition spontanée du choléra. Mais partout, dès le moment où plusieurs cas de choléra ou cholérine se sont montrés, les affections intestinales, la diarrhée surtout, ont surgi sous l'influence d'une action épidémique quelconque.

En considérant ce qui s'est passé dans un grand nombre de localités atteintes par le choléra, on voit que, soit que l'épidémie ait éclaté sans que l'on ait pu trouver la fissure par laquelle elle a pu se glisser, soit que, comme dans beaucoup d'autres, on ait pu saisir le point de contact, l'épidémie actuelle, comme les précédentes, a donné lieu, tantôt à une explosion formidable, lorsqu'elle rencontrait un terrain trop bien préparé, tantôt, au contraire, elle ne s'est montrée que par faits isolés et non contagieux, comme cela a lieu ordinairement dans le choléra nostras.

Enfin, en ce qui concerne le traitement, tous les correspondants citent d'assez nombreux succès en ville, dans les campagnes, dans les hôpitaux, et sur le personnel des chemins de fer, toutes les fois qu'ils ont pu arrêter les premiers symptômes soit prémonitoires, soit positifs de la maladie. Mais une fois la deuxième période du choléra atteinte, les succès sont restés très restreints, et toutes les médications ont échoué contre les cas rapides et foudroyants.

M. BÉCLARD donne lecture d'une communication de M. le doc-

teur Sirus Pirondi, intitulée : « Petite enquête relative au choléra dans un canton du Var. »

Voici les faits principaux qui ressortent de cette enquête :

Il serait difficile de trouver la cause de l'invasion du choléra dans les diverses localités de ce canton.

La santé générale dans ce canton était bonne, normale au moment où le choléra a éclaté à Toulon. Les premiers cas constatés à Soliès étaient de source toulonnaise et ont proliféré dans une région où n'existait encore aucune prédisposition suspecte.

L'état des localités et la discipline ou l'indiscipline des populations à se soumettre aux recommandations des médecins et aux prescriptions administratives ont une influence des plus considérables sur le développement ou l'arrêt de l'épidémie.

M. RICORD veut faire aussi sa profession de foi, dire son *credo* sur la question du choléra. Il n'a pour cela qu'à rappeler ses souvenirs de la grande épidémie de 1832. Il était, à cette époque, à la tête d'un service de 600 malades. Sur ces 600 malades, aucun de ceux qui étaient dans le service pour d'autres maladies que le choléra, ne contracta la maladie épidémique, aucun des gens de service et du personnel nombreux de l'établissement n'en fut non plus atteint. Depuis lors, dans les autres épidémies dont j'ai été également témoin, je n'ai rien vu qui fût de nature à me faire admettre la contagion. Nous sommes encore ici, parmi mes contemporains, en assez grand nombre qui avons échappé aux atteintes de la maladie ; et je n'ai pas remarqué qu'il y eût à cet égard de différence sensible entre les personnes qui soignaient les malades et celles qui s'en tenaient éloignées. Nous n'avons jamais pu voir la fissure par laquelle la maladie faisait invasion, elle paraissait en quelque sorte comme spontanée, bien qu'il n'est pas douteux qu'elle eût une cause.

La conséquence de tout cela est la parfaite inutilité des quarantaines auxquelles j'ai toujours été très sincèrement opposé.

Eaux alimentaires de Paris. — **M. DAREMBERG** lit un travail sur la composition des eaux alimentaires distribuées à la banlieue Nord de Paris et à une partie du XVIIIe arrondissement. M. Daremberg décrit d'abord l'état de la Seine aux endroits où sont situées les prises d'eau de la banlieue Nord et de Montmartre ; il dépeint un état de saleté dont on ne peut se faire une idée exacte, et trace le tableau du spectacle révoltant pour la vue et l'odorat que présentent tous ces points. Puis il expose les résultats qu'il a obtenus de ses recherches analytiques.

Ces résultats, unanimement concordants pour toutes les analyses, dit-il, montrent que l'eau, distribuée dans les communes suburbaines aussi bien à l'arrivée qu'au départ, contient des quantités considérables de matières organiques, la moyenne dépassant 20 milligrammes par litre, quantité énorme pour une eau destinée à la boisson, les eaux pures contenant environ 1 milligramme et les eaux utilisables 3 milligrammes.

Ce qui doit donner surtout à réfléchir, dit-il, c'est ce fait : l'eau de Seine, à Saint-Ouen, a été analysée il y a une trentaine d'années, elle contenait seulement 4 milligrammes. Ainsi, en trente ans, la Seine a quintuplé sa souillure.

M. Daremberg s'est proposé de rechercher d'où pouvait venir cette augmentation d'infection? Il n'est pas douteux qu'elle vienne, pour la plus grande partie, des matières fécales jetées à l'égout.

Après avoir établi ce fait à l'aide d'expériences dans lesquelles il a été aidé par le concours du directeur du Laboratoire municipal, M. Daremberg termine en ces termes :

« Je ne rechercherai pas ici combien il est coupable de faire boire une eau pouvant contenir des germes morbides, et si les localités ainsi abreuvées ont été victimes de cette imprudence, je demanderai seulement s'il est permis, à la fin du XIXe siècle, d'aromatiser avec des matières fécales l'eau que l'on donne à boire et de nous faire résorber nos excréments sous forme de boisson. »

Il faut au plus tôt prendre une résolution virile et choisir entre ce dilemme : ou cesser d'envoyer les égouts à la Seine ou fermer les prises d'eau situées sur ce fleuve.

En attendant, il faudrait immédiatement donner de l'eau de source aux rues de Montmartre qui en manquent encore, et en outre forcer les propriétaires du XVIIIe arrondissement à donner à leurs locataires de cette eau de source.

Enfin, pour prévenir le retour de pareils scandales anti-hygiéniques, il faudrait déclarer qu'aucune ouverture d'égout et qu'aucune prise d'eau publique ne pourrait être établie sur un cours d'eau sans l'autorisation du Comité consultatif d'hygiène.

M. GAUTIER, comme membre du conseil de salubrité, se croit obligé de répondre à M. Daremberg que, depuis le début de l'épidémie actuelle, le conseil s'est très vivement préoccupé de cette question de la distribution des eaux dans Paris. Aux observations qui ont été présentées à ce sujet, M. Alphand a répondu qu'il était en mesure de donner à toute la population de Paris des eaux de source ou des eaux de Seine prises en amont. Cette assurance a été très vivement appuyée. Le conseil s'est préoccupé aussi de la question des vidanges et une sous-commission a été chargée de s'enquérir où en était cette question. Elle a appris que l'une des principales compagnies était dès à présent outillée de manière à détruire toutes les matières fermentescibles avant le transport du produit de la vidange.

M. HÉRARD, pendant l'épidémie de 1865, alors qu'il était médecin de Lariboisière, reçut dans son service un grand nombre de cholériques venant de Montmartre. Il fit à cette occasion une excursion semblable à celle dont M. Daremberg vient de faire connaître les résultats et il fut stupéfait de voir d'où venait l'eau qu'on buvait alors à Montmartre.

M. BOULEY. Il existe une loi qui interdit de souiller les eaux. La seule solution de la question est l'application de cette loi. C'est la conclusion d'une commission dont il a fait partie. Le problème lui paraît avoir été résolu d'ailleurs par l'expérience de Gennevilliers, ce grand laboratoire d'épuration des eaux. C'est à l'application en grand de ce procédé qu'il faut avoir recours au lieu de répandre les eaux des égouts dans la Seine, ce qui est une violation de la loi. On ne saurait trop énergiquement protester contre ce système de renvoi des égouts dans la Seine.

M. LUNIER. Le point essentiel de la question, et c'est celui sur lequel on devrait le plus insister, c'est que toutes les prises d'eau de la Seine aient lieu en amont.

M. BROUARDEL. Nous sommes tous d'accord sur un point, qu'il ne faut pas jeter les eaux d'égout dans la Seine. Mais il est un autre point sur lequel l'accord est moins complet. La solution que vient de proposer M. Bouley, par exemple, d'appliquer en grand le système de l'épuration des eaux par les champs, n'a pas toute la somme d'évidence qu'il paraît lui reconnaître ; elle demande encore une discussion approfondie.

M. LAGNEAU. L'exemple de Gennevilliers est encourageant et mériterait d'être suivi. Aujourd'hui des cultivateurs, qui appréhendaient l'irrigation par les eaux de la ville, sollicitent le déversement de ces eaux dans leurs propriétés. Mais pour que l'irrigation par les eaux d'égout puisse être généralisée, il faut qu'on dispose de vastes terrains.

M. ROCHARD rappelle ce qu'il a dit à l'occasion de la discussion sur la fièvre typhoïde, qu'en amont de Paris la Seine est déjà polluée par des quantités énormes d'immondices provenant des nombreuses usines qui y déversent leurs eaux et des agglomérations de populations qui s'y sont développées.

M. BOULEY fait la proposition formelle que l'Académie émette un vote demandant que la ville de Paris cesse de déverser les égouts dans la Seine.

La proposition sera mise à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'épidémie diminue de plus en plus d'intensité, soit comme nombre de cas, soit comme mortalité. Voici d'ailleurs les derniers chiffres recueillis tant en France qu'à l'étranger :

Toulon. — Le 5 octobre, 0 décès. — Le 6 octobre, 2 décès. — Le 7 octobre, 1 décès.

Marseille. — Le 5 octobre, 2 décès. — Le 6 octobre, 8 décès, et le 7 octobre 2 décès.

Gard. — *Bessèges*, 1 cas nouveau. — *Salles-de-Gagnières*, 1 décès. — *Pompignan*, 1 décès.

Pyrénées-Orientales. — *Perpignan*, 6 décès et plusieurs cas graves encore. — *Rivesaltes*, 1 décès. — *Vinça*, 2 décès. — *Prades*, 1 décès. — *Claira*, 1 décès. — *Sombreux*, plusieurs cas.

Algérie. — Du 5 au 7 octobre, *Oran*, 24 décès et 13 cas nouveaux. — *Bône*, 2 décès et 2 cas nouveaux.

Italie. — Le *Bulletin sanitaire officiel* nous fournit les chiffres suivants touchant l'épidémie cholérique :

Le 2 octobre, 343 cas nouveaux et 195 décès. Dans ces chiffres sont comprises : la ville de *Naples*, pour 81 cas nouveaux et 55 décès ; la ville de *Gênes*, pour 45 cas nouveaux et 19 décès ; la *Spezzia*, pour 4 cas nouveaux et 4 décès ; *Venise*, pour 1 décès.

Le 3 octobre, 237 cas nouveaux et 170 décès, chiffres parmi lesquels se trouvent comprises : la ville de *Naples*, pour 80 cas nouveaux et 50 décès ; la ville de *Gênes*, pour 24 cas nouveaux et 25 décès ; la *Spezzia*, pour 3 cas nouveaux et 1 décès.

Le 4 octobre, 212 cas nouveaux et 114 décès, parmi lesquels *Naples*, 49 cas et 33 décès ; *Gênes*, 20 cas nouveaux et 20 décès ; la *Spezzia*, 4 cas nouveaux et 1 décès.

Le 5 octobre, 229 cas nouveaux et 126 décès. Dans ces chiffres sont comprises : la ville de *Naples*, pour 36 cas nouveaux et 25 décès ; *Gênes*, 27 cas nouveaux et 12 décès ; la *Spezzia*, 3 cas nouveaux et 7 décès.

Espagne. — Nous trouvons aussi dans les bulletins officiels les chiffres suivants sur l'état sanitaire : *Monforte*, 11 cas nouveaux et 8 décès. — *Linola*, 1 décès. — *Arco*, 1 décès. Le choléra a éclaté à *Barcelone* où l'on compte, depuis quarante-huit heures, plusieurs cas et plusieurs décès. On signale aussi quelques cas et décès nouveaux dans les provinces de *Lerida*, *Tarragone* et *Alicante*.

— Par décret en date du 7 octobre 1884, a été nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur Mme de Saint-Jullien (Anne-Marie), supérieure des filles de charité de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure de l'hôpital militaire de Marseille (trente ans de service à cet hôpital). A reçu, en 1865, du ministre de la guerre, à la suite de l'épidémie de choléra, une lettre de félicitations.

— Par décret en date du 7 octobre 1884, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Massaloup, médecin principal de 1re classe, et Accarias, médecin principal de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Pelloux, Bertrand et Cabanié, médecin-majors de 2e classe.

— Par décret du 4 octobre 1884, une médaille d'or de 1re classe a été décernée à Mme Maignon (Suzanne), en religion sœur Stéphanie, fille de la charité de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul à l'hôpital militaire de Marseille, attachée à cet hôpital depuis vingt-deux ans. N'a pas quitté un seul instant la salle des cholériques, à laquelle elle a été spécialement affectée.

Une médaille d'argent de 1re classe a été décernée à MM. Fleuret et Fouquet, sergents à la 15e section d'infirmiers militaires à l'hôpital militaire de Marseille, et à M. Brière, sergent à la 16e section d'infirmiers militaires à l'hôpital militaire de Perpignan.

— Par décision du 3 octobre 1884, le ministre de la guerre a prescrit l'inscription d'office, à la suite du tableau d'avancement, pour services exceptionnels pendant la dernière épidémie cholérique, pour le grade de médecin principal de 2e classe, M. Derazey, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Marseille.

— Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène publique et de salubrité a, sur le rapport de M. le docteur Loiseau, approuvé la proposition qui lui avait été adressée par un membre de la commission d'hygiène du Ve arrondissement de Paris. Cette proposition a pour objet la création, dans Paris, de maisons de refuge où, dans le cas d'apparition du croup ou de toute autre maladie contagieuse sur un de leurs enfants, les parents qui ne seraient pas en mesure de soustraire les autres enfants à la contagion pourraient les faire admettre d'urgence.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16841.

N° 118. — SAMEDI 11 OCTOBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 11 OCTOBRE 1884. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Hémiplégie droite syphilitique secondaire. — Du cancer précoce de l'estomac. — Squirrhe atrophique à évolution rapide; sa propagation par le tissu cellulaire et par les vaisseaux lymphatiques; sa généralisation sous la forme encéphaloïde. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hémiplégie droite syphilitique secondaire.

Depuis que l'attention a été si vivement et si justement appelée sur les lésions syphilitiques du système nerveux, les observations à l'appui abondent, si bien qu'on a pu poser en principe que « toute hémiplégie survenant chez un sujet âgé de moins de quarante ans, non affecté d'alcoolisme ou de lésions du système circulatoire, est au moins huit fois sur dix d'origine syphilitique ». Quant au nombre, à la variété des troubles nerveux que peut entraîner la syphilis, aux procédés instrumentaux au moyen desquels elle porte son action sur le cerveau, aux lésions qu'elle y détermine, aux symptômes variés par lesquels ces lésions se traduisent, les groupements divers qu'affectent ces symptômes et l'évolution à laquelle ils obéissent, nous ne pourrions mieux faire que de rappeler à nos lecteurs la vaste enquête qu'a faite récemment sur ces divers sujets notre collaborateur M. Legrand du Saulle, dans la *Gazette des hôpitaux*, en juin, juillet et août dernier. Il ne s'agira pour aujourd'hui, dans le fait que nous allons rapporter, que d'un point seulement de ce vaste tableau, de l'hémiplégie syphilitique. Bien que les faits de ce genre ne se comptent plus aujourd'hui, nous pensons qu'il n'en présentera pas moins quelque intérêt, d'autant qu'il s'agit, comme on le verra plus loin, d'une hémiplégie syphilitique secondaire, cas beaucoup plus rare que l'hémiplégie tertiaire.

Voici ce fait, tel que M. Landouzy l'a rapporté de vive voix dans sa dernière conférence clinique à l'hôpital de la Charité.

Un homme de quarante-sept ans entre le 1er octobre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 14, se présentant avec les signes d'une déchéance physique assez prononcée. Il ne paraît pas cependant qu'il ait été atteint jusqu'à présent d'aucune maladie grave. Les renseignements qu'il donne à ce sujet sont formels sur ce point, et ils sont confirmés par ceux que l'on a pu recueillir ultérieurement de la bouche de sa femme. Celle-ci témoigne aussi de ses habitudes laborieuses et de sa sobriété.

Il y a un mois environ qu'il a ressenti les premiers symptômes de l'affection dont il est actuellement atteint. Il se plaignait de fréquents maux de tête, sans localisation précise, sans aucun trouble des sens, sans vomissements, continuant d'ailleurs son travail habituel. A ces douleurs de tête vint bientôt s'ajouter un nouveau phénomène. Le 24 septembre, après avoir travaillé comme d'habitude la plus grande partie de la journée, à la suite d'une légère discussion, il éprouva quelques petits étourdissements, puis il perçut dans le bras droit une sensation qu'il compara à une crampe, sensation qui disparut au bout de quelques secondes et laissa dans le bras et dans la jambe du côté droit un engourdissement assez accusé. Le malade put néanmoins continuer à travailler encore pendant quelque temps et il se coucha éprouvant cette même sensation d'engourdissement et de faiblesse dans les membres. La nuit se passa bien, mais le lendemain matin en s'éveillant, il s'aperçut qu'il avait tout le côté droit du corps paralysé. Il y avait à peu près une semaine qu'il était dans cette situation, lorsqu'il se décida à entrer à l'hôpital.

Voici ce que l'on constata à la première visite :

La paralysie motrice qui paraissait avoir été à peu près complète, les premiers jours, était loin d'être absolue dans le membre inférieur. La jambe était libre de ses mouvements dans une certaine mesure, mais elle était impuissante à se prêter à la marche, voire même au support du poids du corps. Le réflexe tendineux était exagéré.

Le bras droit était beaucoup plus paralysé que la jambe, sans l'être toutefois complètement non plus. Il ne pouvait exécuter aucun mouvement d'ensemble, la main ne pouvait exercer aucune pression, mais lorsqu'on soulevait le membre, il ne retombait pas comme une masse inerte et, avec de grands efforts, il pouvait parvenir à faire quelques petits mouvements de reptation.

Il existait, en outre, une paralysie de la portion inférieure du facial droit. La commissure labiale était portée à gauche et en haut. Le sillon naso-génien était plus accusé à gauche.

L'intelligence était restée intacte. Point de troubles de la sensibilité générale, ni de la sensibilité sensorielle. Point de paralysie oculaire. Le malade rendait très bien compte des accidents qu'il avait éprouvés, mais il s'exprimait avec une certaine difficulté, parlant lentement, avec un retard manifeste dans la transmission des idées. Du reste, le jour de son entrée, on avait déjà constaté un léger degré d'aphasie, le malade s'arrêtant brusquement au milieu d'une phrase, faute de pouvoir trouver le mot qu'il voulait dire. Mais ces

légers phénomènes d'aphasie qui avaient pu être constatés à plusieurs reprises le jour même de son entrée, avaient disparu dès le lendemain.

Rien de particulier d'ailleurs du côté des principaux viscères; pas de troubles digestifs; état des poumons et du cœur sain. Température normale. Point de fièvre. Point d'albumine dans les urines.

Mais en passant à l'examen de l'état de la peau, l'attention fut appelée sur un autre ordre de phénomènes dont on verra bientôt l'importance dans l'espèce.

Cet homme présentait sur divers points de la surface de la peau des lésions importantes. Le scrotum et la verge sont recouverts de plaques confluentes, formées de petits plateaux arrondis. On trouve des plaques semblables disséminées à la face interne des cuisses, quelques-unes présentant une saillie de plusieurs millimètres. On voit, en outre, sur les jambes et sur les flancs de petites macules arrondies d'une couleur cuivrée; des ganglions inguinaux développés des deux côtés, des ganglions dans la région cervicale postérieure; des plaques muqueuses sur la lèvre inférieure et à la base des deux piliers antérieurs et le long du bord libre du voile du palais.

Enfin, en examinant le gland, qu'on ne pouvait pas découvrir, on sent à droite et en haut, à travers et sous le prépuce une dureté cartilagineuse.

A l'aspect de toutes ces lésions, il n'y avait pas à hésiter un instant sur leur origine et leur nature syphilitique. Il était impossible de savoir du malade l'époque de l'apparition de ces diverses lésions. Mais il était certain qu'elles avaient eu pour point de départ l'ancien accident primitif qui se traduisait encore par l'induration qu'on percevait à travers le prépuce.

C'est en présence de ces deux ordres de phénomènes, les uns récents, les autres anciens, qu'il fallait formuler le diagnostic de l'affection complexe dont cet homme paraissait atteint.

Voici par quelle double voie d'élimination d'abord et de connexité ou de filiation ensuite M. Landouzy y est arrivé, et les termes, ou à peu près, dans lesquels il l'a formulé.

Était-ce une hémorragie cérébrale? Déjà l'âge peu avancé relativement du malade éloignait cette idée. D'ailleurs le malade avait eu, pendant plusieurs jours, des douleurs de tête qui avaient précédé les accidents paralytiques et il n'y avait eu, à aucun moment, ni la moindre perte de connaissance, ni perte de la mémoire. Un ramollissement cérébral n'était pas plus admissible. Rien n'indiquait nulle part un état athéromateux des artères; il n'y avait ni rétrécissement ni insuffisance aortique, aucune raison, par conséquent, de supposer une thrombose.

Il fallait donc chercher ailleurs que dans les causes les plus fréquentes et les plus communes des hémiplégies.

Il n'y avait pas à aller chercher bien loin. Nous avons dit que cet homme présentait un ensemble de symptômes et de signes qui se rattachaient indubitablement à la syphilis, syphilis d'où procédait très probablement aussi l'état général cachectique qui avait tout d'abord frappé chez ce malade, bien qu'il niât l'avoir jamais contractée et qu'il fût dans l'impossibilité de dire, dans tous les cas, quel en avait été le début, et à quelle époque il remontait. L'examen des phénomènes syphilitiques actuels, l'appréciation de leur âge probable, pouvaient, jusqu'à un certain point, suppléer aux renseignements absents. Mais il ne suffisait pas d'établir que cet homme avait eu la syphilis et d'assigner leur rang chronologique aux symptômes qu'il présente encore en ce moment. Il fallait établir sa relation avec l'hémiplégie dont il est atteint, car il ne suffit pas, comme l'a dit très justement M. Landouzy, de constater la coïncidence d'un phénomène morbide quelconque avec la syphilis pour affirmer que ce phénomène est syphilitique, il faut démontrer la filiation qui existe entre ces deux faits. On a vu déjà quels étaient les motifs d'élimination de toute autre cause ou influence pathogénique. L'âge du malade, quoiqu'il ait quarante-sept ans, ne s'éloigne pas beaucoup de celui qu'on a considéré comme constituant au moins une présomption en faveur de l'origine syphilitique des troubles fonctionnels nerveux. Les accidents syphilitiques étaient là présents, qui ne demandaient qu'à témoigner. Mais ces accidents étaient-ils de l'ordre de ceux qui donnent lieu le plus habituellement à l'hémiplégie? Quels étaient leur caractère, leur âge probable?

M. Fournier nous apprend que l'hémiplégie, dont il déclarait, lors de la publication de ses leçons sur la syphilis cérébrale, en 1879, avoir recueilli plus de soixante cas en une douzaine d'années, appartient essentiellement à la période tertiaire de la syphilis. Or, ici, tous les symptômes constatés appartenaient à la période secondaire. Était-ce une raison pour exclure l'étiologie syphilitique? Non, assurément. D'autant qu'après avoir formulé cette première proposition, M. Fournier ajoute que ce n'est pas à dire que l'hémiplégie ne se rencontre que dans la période tertiaire exclusivement; qu'on l'a observée d'une façon très positive, très authentique dans la période secondaire. Déjà, en 1873, il relatait lui-même six cas d'hémiplégie secondaire s'étant produits du sixième au dix-neuvième mois de la maladie.

Il restait à rechercher quel était l'âge présumable des phénomènes secondaires chez ce malade, et quelle en avait été l'origine probable.

Cet homme était veuf de sa première femme, depuis quatre ans, lorsqu'il y a deux ans il a épousé sa femme actuelle. On l'a soumise à un examen et l'on a constaté qu'elle présente des plaques muqueuses aux grandes et aux petites lèvres, une syphilide pigmentaire du cou et de la chute des cheveux. Or, étant donné que l'époque *minima* de l'apparition de la syphilide pigmentaire est de cinq mois, c'est à une époque antérieure que doit remonter très vraisemblablement la syphilis du mari.

Tous les faits que nous venons de rapporter pris en considération, M. Landouzy n'a pas hésité à diagnostiquer chez ce malade une hémiplégie droite incomplète d'origine syphilitique, procédant d'une lésion cérébrale précoce, probablement une artérite ou péri-artérite sylvienne gauche, toutes les parties paralysées ou parésiées appartenant au département de cette artère.

Conformément à ce diagnostic, M. Landouzy a institué un traitement antisyphilitique : frictions mercurielles, iodure de potassium, régime tonique.

Du cancer précoce de l'estomac.

Quel médecin n'a été et n'est journellement en proie aux embarras et aux hésitations en présence des difficultés très réelles et très sérieuses que présente le diagnostic du cancer de l'estomac. Que de cancers méconnus et révélés seulement à l'autopsie! que d'erreurs de diagnostic qui n'ont pas toutes été relevées, tant s'en faut! Dans une note récem-

ment insérée dans la *Gazette des hôpitaux* (nº du 5 août 1884), M. Dujardin-Beaumetz, signalant les obscurités qui entourent ce diagnostic, les rapportait surtout à trois circonstances : d'abord la difficulté où l'on se trouve aujourd'hui à préciser le mot cancer, puis la lenteur que mettent les altérations cancéreuses de l'estomac à se développer; enfin la connaissance, beaucoup plus complète de nos jours, d'un état pathologique avec lequel le cancer a pu longtemps et souvent être confondu, la dilatation de l'estomac. Ni l'âge, ni le sexe, ni l'état cachectique, ajoutait-il, ne nous fournissent d'indications suffisantes pour affirmer le diagnostic. La considération de l'âge, notamment, a été plus d'une fois cause d'erreur, lorsqu'on s'est fondé sur ce fait général d'observation que le cancer de l'estomac était une maladie de l'âge avancé et de la vieillesse, excluant ainsi, alors que la symptomatologie l'indique, le diagnostic de cancer par cette raison seule qu'il s'agissait d'une personne jeune.

M. le docteur Marc Mathieu, ancien interne des hôpitaux et aide de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, sur le conseil de l'un de ses maîtres, M. le docteur Bard, professeur agrégé de cette Faculté, qui avait eu l'occasion d'observer récemment dans son service deux cas de cancer de l'estomac survenu chez des sujets jeunes encore, s'est imposé la tâche de rechercher les faits analogues qui pouvaient exister dans les annales de la science et de les soumettre à une étude spéciale, particulièrement au double point de vue de la rapidité de la marche de ces cancers et des anomalies de leur symptomatologie. Il s'agissait donc de retrouver, dans des observations suivies d'autopsie, des témoignages irrécusables de la précocité de certains cancers de l'estomac et de mettre en relief, à côté de leur symptomatologie propre, les phénomènes anomaux, les formes insolites susceptibles d'égarer le diagnostic. M. Mathieu a pu, par ses recherches, rassembler vingt-sept observations de cancer de l'estomac, recueillies chez des sujets au-dessous de trente ans ou de trente et quelques années au plus, ce qui lui a fait donner le nom de cancer précoce. C'est l'étude analytique de ces vingt-sept observations qui font le sujet du travail extrêmement instructif que nous avons sous les yeux.

Le premier groupe comprend neuf observations, c'est-à-dire le tiers, dans lesquelles le carcinome de l'estomac a été méconnu. Sur cinq cas on crut avoir affaire cinq fois à la cirrhose, et une fois au cancer hépatique, une fois à un anévrysme de l'aorte, une fois à une tumeur de la rate et une fois à une pleurésie brightique.

Ce qui domine l'ensemble des symptômes de ce premier groupe et ce qui lui donne sa physionomie spéciale, c'est la présence de l'ascite. Elle a été constatée cinq fois. Dans chacun de ces cas l'épanchement joua un rôle important, soit en s'opposant à l'exploration de la région épigastrique, soit en attirant par son abondance l'attention du médecin sur une autre affection.

Le plus souvent elle a été hâtive, elle s'est produite en même temps que les troubles digestifs du début. L'épanchement a été, dans quelques cas, assez abondant pour nécessiter une ponction.

La coloration jaune plus ou moins marquée des malades, l'absence habituelle d'hématémèse et de douleur localisée, l'impossibilité de sentir la tumeur, tout tendait à rapprocher ces cas du type de la cirrhose.

Ce phénomène de l'ascite si marqué et si précoce dans ce groupe de malades pouvait trouver son explication dans l'état du foie et du péritoine, qui ont été trouvés à l'autopsie en état de dégénérescence.

Mais toutes les observations du premier groupe n'ont pas revêtu ce type unique. Ainsi dans deux cas, on a pu songer à une péritonite et à une pleuro-péritonite tuberculeuse. Dans un autre cas, on s'est trouvé en présence d'un épanchement pleural dont la coïncidence avec l'ascite, chez un homme de vingt-huit ans, devait faire penser à la tuberculose.

Un autre fait a trait à un garçon de quatorze ans, chez lequel on diagnostiqua un néoplasme de la rate, qui existait réellement ; mais celui de l'estomac fut méconnu.

Enfin M. Mathieu emprunte à la thèse de M. Chesnel (1877) l'observation très intéressante d'un malade, ancien rhumatisant, considéré d'abord comme un cachectique sans affection bien déterminée, chez lequel un peu d'œdème de la face fit diagnostiquer plus tard une affection brightique, bien qu'on n'eût jamais découvert chez lui de l'albumine dans les urines. Ce ne fut qu'à l'autopsie qu'on découvrit par hasard la tumeur de l'estomac, le malade n'ayant d'ailleurs présenté pendant la vie aucun des signes positifs de cancer du ventricule.

M. Mathieu a rangé dans un second groupe celles de ses observations où l'origine de la maladie a pu être attribuée au tube digestif, sans qu'on ait reconnu cependant la nature cancéreuse et le siège stomacal de l'affection. Les hésitations dont les faits de cette catégorie ont été l'objet, témoignent, suivant lui, d'une prévention accusée de la part des médecins contre l'existence du cancer précoce, car les phénomènes gastriques y étaient assez marqués pour fixer plus vivement leur attention.

On trouve cependant dans ce deuxième groupe une certaine catégorie d'observations qu'une nouvelle particularité est venue compliquer, en ajoutant encore aux difficultés du diagnostic. Ce sont des faits où le carcinome s'est montré chez des femmes enceintes, et dans lesquels la persistance des vomissements a fait croire à un phénomène pathologique de la grossesse. Dans chacun de ces quatre cas, des consultations eurent lieu pour discuter l'urgence de l'avortement provoqué. Cette opération fut pratiquée sur trois de ces malades ; la quatrième avorta spontanément.

Dans ces quatre observations, le vomissement, et peut-être aussi la gastralgie, était le seul symptôme relevé du côté des voies digestives. Cependant l'attention aurait pu être éveillée dans deux de ces cas par le début des vomissements avant la grossesse.

L'hématémèse ne s'est pas montrée dans trois de ces observations, non plus que la tumeur.

Dans la quatrième observation, la malade présentait, après l'avortement provoqué, une ascite très volumineuse qui nécessita une ponction ; l'évacuation du liquide permit alors de sentir assez nettement la tumeur de l'épigastre. Les vomissements marc de café survinrent trois jours après. Mais ces phénomènes ne précédèrent que d'une semaine la terminaison fatale.

Dans les autres observations, on crut avoir affaire une fois à une simple dyspepsie gastralgique et une autre fois à un ulcère rond de l'estomac, etc.

Le troisième groupe comprend les cas dans lesquels l'affection s'est présentée avec son cortège symptomatique habituel, ou du moins dans lesquels les signes classiques étaient assez évidents pour mettre sur la voie de la véritable maladie. Ici, le diagnostic a pu être fait, mais non tou-

tefois sans qu'il eût fallu se livrer à une étude attentive et raisonnée des phénomènes morbides, qui ne sont pas toujours offerts avec une netteté parfaite. Dans plusieurs de ces cas, au contraire, le syndrome clinique a été incomplet.

Parmi les particularités susceptibles de donner le change sur la nature de la maladie, on a noté spécialement l'absence d'hémorragie.

Le phénomène important qui a décidé du diagnostic a été la tumeur que l'on a constatée dans tous les cas de ce groupe.

A part un malade qui a présenté comme particularité clinique et anatomique des douleurs excessives pendant la vie et une perforation de l'estomac constatée à l'autopsie, les autres observations de ce groupe ont offert peu de variété ; elles ne se sont distinguées en général que par la rapidité de la marche et leur courte durée.

En résumé il ressort du rapprochement de ces trois groupes d'observations, que, sur vingt-sept cas, dix-sept appartiennent aux deux premiers groupes, ce qui revient à dire que des erreurs de diagnostic ont été faites dans les deux tiers des faits réunis dans ce travail. C'est ce résultat qui justifie le but de cette étude, que l'auteur termine par les conclusions suivantes :

Le cancer de l'estomac, dans les cas rares où il s'observe dans la jeunesse, se présente avec des caractères spéciaux de symptômes, de marche et de durée. Sa marche est ordinairement rapide, évoluant en quelques mois et se terminant fréquemment par des accidents plus ou moins brusques.

Le cancer précoce n'est pas latent, il s'accuse par des phénomènes anomaux, dans des proportions plus considérables que dans le cancer des autres âges. Il est le plus ordinairement méconnu, les accidents faisant croire dans quelques cas à des affections totalement étrangères au tube digestif, telles que la cirrhose alcoolique, la péritonite tuberculeuse, la pleuro-pneumonie de même nature, etc. ; dans d'autres, les accidents, bien que prédominants du côté du tube digestif, faisant penser à de toutes autres affections que le cancer de l'estomac, telles que l'obstruction intestinale, les vomissements incoercibles, l'ulcère rond de l'estomac, etc.

L'affection évolue fréquemment sans être accompagnée des signes extérieurs de la cachexie cancéreuse.

Enfin les considérations de la marche de la maladie, les quelques caractères particuliers des symptômes, permettront, dans bien des cas anomaux, à un observateur prévenu de ces difficultés, de faire le diagnostic du cancer précoce de l'estomac.

SQUIRRHE ATROPHIQUE A ÉVOLUTION RAPIDE

SA PROPAGATION PAR LE TISSU CELLULAIRE ET PAR LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES ; SA GÉNÉRALISATION SOUS LA FORME ENCÉPHALOÏDE.

Par M. le docteur Fr. Guermonprez (de Lille).

I

Les questions de pronostic, de marche et de terminaison des néoplasmes ne sont pas tellement résolues qu'il ne reste plus place à la controverse.

D'un côté, MM. Cornil et Ranvier (1) distinguent le squirrhe et l'encéphaloïde jusqu'à en faire deux espèces différentes, ce qui semble impliquer une séparation absolue entre le premier et le second. D'un autre côté, Follin et M. le docteur Félix Terrier prennent soin de signaler comment, dans le carcinome, les noyaux secondaires peuvent présenter des caractères tout différents de ceux du néoplasme primitif : « Les tumeurs carcinomateuses secondaires, écrit ce dernier (1), dues à la généralisation de l'affection, représentent, le plus ordinairement, les caractères anatomo-pathologiques des tumeurs primitives ; toutefois leur accroissement rapide et leur tendance à la dégénérescence graisseuse tend à leur donner l'aspect encéphaloïde ou médullaire (Lücke), fait déjà noté par les anciens cliniciens. »

Or il n'est pas sans intérêt de savoir si la différenciation entre le squirrhe et l'encéphaloïde est absolue ou bien si les garanties du premier peuvent faire place aux vicissitudes du second. La rapide évolution de celui-ci est tellement opposée à la longue durée de celui-là, les tendances du « carcinome cicatrisant du tissu conjonctif (Billroth) » sont tellement contraires aux compressions de voisinage, aux gangrènes partielles, aux complications d'hémorragie, d'érysipèle, etc., dont menace l'encéphaloïde, ce contraste est tellement manifeste qu'il nous semble difficile de trouver cette question oiseuse et sans portée pratique.

A ce point de vue déjà, l'observation suivante mérite d'être connue.

On y verra de plus la confirmation de cet axiome d'anatomie pathologique : « Le carcinome est le tissu qui détermine le plus facilement et d'une façon constante des lésions des ganglions lymphatiques. » On y trouvera en outre la démonstration du fait affirmé par MM. Cornil et Ranvier : « Les alvéoles du carcinome sont en pleine communication avec les vaisseaux lymphatiques (2). »

L'importance de ces points bien observés permettra de négliger les quelques lacunes de cette observation que les circonstances n'ont pas permis de compléter.

Observation (*recueillie par MM. Tavernier et Surmont, externes du service*). — La ménagère Françoise V. d'H..., quarante-cinq ans, entre en juillet 1884 à l'hôpital Sainte-Eugénie (de Lille), salle Saint-Augustin, n° 19, pour un squirrhe atrophique du sein gauche. Au point de vue des antécédents, on ne peut signaler aucun élément cancéreux chez les cinq descendants ; les renseignements font défaut sur les collatéraux et les ascendants.

Très bien portante et même corpulente, elle n'a jamais été blessée ni malade ; elle signale cependant un coup reçu sur le sein gauche il y a environ quinze mois. C'est à ce traumatisme qu'elle attribue l'existence du noyau dur dont elle s'aperçut quelque temps plus tard.

Cette tumeur ne fut jamais douloureuse ; elle n'apporta aucune gêne dans les travaux du ménage. Ces circonstances, autant qu'une espèce de pruderie de la malade, la portèrent à ne prendre conseil que vers le moment de son entrée à l'hôpital. Aucun traitement, ni général ni local, ne fut donc essayé.

Bien qu'elle ne parût guère s'en apercevoir, la malade maigrissait manifestement depuis environ cinq mois. A ce moment encore elle mangeait bien, dormait suffisamment, lorsque survinrent des accidents dyspnéiques, tantôt intenses, tantôt bénins, et qui, depuis trois semaines, devenaient de plus en plus pénibles. Son état général éprouvait une sorte de déchéance, avec sensation de fatigue, endolorissement général, épuisement des forces et modi-

(1) Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*. Deuxième édition. — Paris, 1881, t. I, p. 209.

(1) A. Jamain et F. Terrier, *Manuel de pathologie chirurgicale.* Troisième édition. — Paris, 1877, t. I, p. 271.

(2) *Loco citato*, t. I, p. 208.

fication du caractère. Elle perdait son ardeur au travail et devenait sombre et quasi résignée.

C'est dans ces conditions que Françoise V. d'H... se décida à entrer à l'hôpital.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'air anxieux de la malade. La face est pâle, légèrement bouffie. Elle parle d'une voix entrecoupée. L'embonpoint répond assez à la moyenne des personnes de son âge. Les téguments ne présentent pas de teinte jaune paille. Les fonctions digestives, excrétoire et circulatoire ne présentent rien d'anomal. La respiration est profondément troublée par des complications dont le détail sera exposé plus loin.

L'état local est tout entier dominé par la configuration du sein gauche. L'organe est moins volumineux que son congénère. Tandis que la masse du côté droit, d'une consistance flasque, demeure pendante et laisse en saillie son mamelon d'un centimètre vers son bord inférieur, celle du côté gauche, loin de rappeler le type de la ménopause semble coller à la paroi thoracique d'une manière aussi nette que si un clou la traversait par son milieu. En effet, au lieu de la saillie du mamelon, on trouve à la partie centrale une dépression profonde d'où partent des plis radiés de la peau, et dans le fond de cette dépression on reconnaît bien encore les caractères de l'aréole, mais plus rien qui rappelle le mamelon. — Un examen attentif de cette sorte de cratère permet de retrouver quelques croûtes, derniers vestiges d'un suintement antérieur. — Au pourtour de ce centre la peau présente sa couleur normale et la même apparence que l'organe congénère.

A la palpation, on constate aisément la consistance dure, vraiment ligneuse du squirrhe, au niveau de la dépression et dans les parties voisines. Cette tumeur n'est guère plus volumineuse qu'une petite pomme. A sa périphérie la peau et le tissu glandulaire conservent l'un et l'autre leur consistance normale. Profondément le néoplasme, fixé par de solides adhérences, se continue avec le cartilage de la quatrième côte, dont la tuméfaction saute aux yeux dès qu'on découvre la patiente.

Au-dessus et surtout au-dessous de ce cartilage se trouvent cinq ou six noyaux secondaires, les uns du volume d'un pois, les autres du volume d'une amande, siégeant dans les couches profondes de la peau ou les éléments sous-jacents.

Dans l'aisselle une masse ganglionnaire masquée par un repli de la peau atteint le volume d'un œuf de poule et fait une saillie facile à reconnaître dès qu'on élève le coude.

Dans le creux sus-claviculaire on trouve, surtout vers la partie interne, trois ou quatre ganglions du volume d'une aveline.

Mais, de toutes les tuméfactions ganglionnaires, celle qui s'impose le plus à l'attention est la série trachéo-bronchique; en effet, comme on l'a vu plus haut, le symptôme dyspnée s'impose à l'observateur autant qu'il est pénible à la patiente.

Jour et nuit cette femme fait effort pour inspirer et pour expirer. Elle ne peut supporter aucun vêtement qui la serre; elle cherche les fenêtres ouvertes. On lui voit contracter laborieusement tous ses muscles inspirateurs jusqu'aux sterno-mastoïdiens. Dans le lit, elle ne peut supporter le décubitus dorsal; elle est toujours dans la station assise. De temps en temps elle s'assoit sur le bord du lit, le corps penché en avant, la face cyanosée, incapable de répondre une parole, concentrant tous ses efforts à faire pénétrer un peu d'air dans sa poitrine. Elle est même amenée à passer une partie de la nuit dans un fauteuil. On comprend sans peine qu'une semblable situation soit incompatible avec le moindre travail.

La percussion, pratiquée entre deux accès de toux, bien que fatigante pour la malade, permet de constater une diminution de sonorité dans toute la poitrine. Si on applique le médius sur le sternum en percutant sur l'index et l'annulaire de plus en plus écartés, suivant le précepte de M. Noël Gueneau de Mussy, on perçoit une zone de matité très nette et assez étendue siégeant vers l'union des deux premières pièces du sternum. A la région interscapulaire, ce mode d'examen ne donne rien d'intéressant à noter.

L'auscultation nous fournit des résultats qui suffiraient à eux seuls à expliquer la dyspnée de la malade. Le thorax dans toute son étendue est en effet rempli de bruits anomaux et des râles de toutes sortes s'y font entendre. Toutefois les sibilants et les ronflants dominent. Dans quelques parties ces bruits multiples sont remplacés par un silence complet et l'apnée persiste en ces points, même après les efforts de toux. La malade tousse fréquemment; mais la toux ne revêt pas le caractère coqueluchoïde. Ce sont de petits accès très courts répétés à peu d'intervalle et qui ne sont guère pénibles. Il n'y a presque pas d'expectoration, et quand celle-ci existe, elle n'a rien qui ressemble à la gelée de groseille; elle est tout simplement spumeuse.

On fait à la malade deux injections de morphine d'un demi-centigramme : l'une le matin, l'autre le soir.

Ce traitement lui suffit quelque temps; mais bientôt il ne la calma plus et bientôt l'orthopnée devint de plus en plus intense.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 octobre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Opération d'Estlander. — M. NICAISE fait un rapport sur une communication de M. Salzmann (d'Helsingfors) relative à l'opération d'Estlander dont il est l'élève et le successeur. Cette communication repose sur cinq observations inédites.

Dans la première il s'agit d'un jeune homme de vingt et un ans, épileptique, qui, en 1880, ressentit une douleur dans le côté gauche et se mit à tousser et à avoir de la fièvre; en mars 1881, il s'établit une fistule pleurale dans le quatrième espace intercostal, à 4 centimètres en dehors du mamelon. Le 30 janvier, M. Salzmann réséqua, sur une étendue de 5 centimètres, les cinquième, sixième, septième et huitième côtes. Il fit une contre-ouverture pour passer un tube à drainage. La cavité pleurale fut lavée avec une solution d'acide borique à 2 p. 100. Trois mois après, le malade était complètement guéri.

La seconde observation a trait à un homme de trente et un ans, atteint, au commencement de l'année 1883, d'une pleurésie du côté gauche. Au mois de juillet de la même année, le pus se fit jour spontanément au dehors. L'opération d'Estlander fut pratiquée le 26 octobre; six côtes furent réséquées. Le malade fut complètement guéri. A cette occasion, M. Nicaise fait observer que, dans les cas de pleurésies purulentes ouvertes spontanément, l'opération d'Estlander donne le plus habituellement de très bons résultats.

Dans la troisième observation, il s'agit d'une femme de trente-cinq ans se mettant à tousser, en 1878, et se plaignant d'une douleur au côté gauche. En 1881 elle entre à la clinique de M. Salzmann avec tous les signes d'un épanchement pleurétique. Au mois de septembre une ponction donne issue à 400 grammes de pus; il s'établit une fistule; le 29 novembre, résection de la huitième côte, contre-ouverture, drainage; amélioration sensible, puis rechute. Après plusieurs rechutes, il reste une fistule; résection des quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième côtes, ouvertures multiples, guérison pendant deux ans, récidive, nouvelle résection. Il s'agissait, dans ce cas, d'une pleurésie purulente d'emblée avec une grande cavité. Le résultat définitif n'est pas encore connu.

Dans le quatrième fait, il s'agit d'un homme de vingt-quatre ans : empyème de longue durée à gauche, pleurotomie, résection des troisième, quatrième et cinquième côtes; guérison à espérer, mais pas encore définitive.

La cinquième observation est celle d'un homme de trente-sept ans qui portait une fistule ouverte dans le neuvième espace intercostal droit, résection de quatre côtes; le malade est en voie de guérison.

M. Salzmann fait suivre ces observations de réflexions dont voici le résumé : Il préfère l'incision pour deux côtes d'Estlander au lambeau de M. Bouilly qui expose davantage aux hémorragies, peut donner lieu à un recollement difficile, à des abcès, etc. Il a recours à la méthode sous-périostée; la reproduction n'est pas à

craindre, le retrait étant trop rapide. Il repousse comme inutile la résection de la plèvre. Il faut, selon lui, enlever de grands morceaux de côte. Une relation mathématique est facile à établir avec les dimensions de la cavité. Le pronostic opératoire est sans gravité; il n'y a jamais de décès opératoire pourvu qu'on ait recours à une antisepsie absolue. Il faut ne recourir au lavage que si la sécrétion est trop abondante ou s'il y a une élévation de température de cause pleurale; il faut prendre de grandes précautions dans ces lavages; il ne faut pas faire de pressions exagérées; il faut placer deux tubes. Si l'on opère de bonne heure, on a d'autant plus de chances d'obtenir un succès complet.

M. Nicaise rappelle plusieurs observations qui ont été publiées en France et fait suivre ces observations de quelques remarques : relativement au mode d'incision, il se rattache à celle d'Estlander. Il a exécuté les différents procédés sur le cadavre. L'incision supérieure est seule en rapport avec la fistule; la plaie est plus régulière et n'a pas d'anfractuosités cachées par le lambeau. L'ablation des côtes inférieures doit être faite dans un plan plus postérieur que celle des côtes supérieures. La contre-ouverture doit être en bas. M. Nicaise a fait construire une rugine concave pour détacher les muscles intercostaux à la partie inférieure des côtes. L'excision de la plèvre est à rejeter pour les grandes cavités; elle peut être utile pour les petites cavités. Sprengel (de Dresde) croit avoir apporté une modification au procédé de Schede en incisant la plèvre parallèlement aux côtes. Cela n'est pas nouveau; Letiévant a fait la même opération en 1875. En résumé, l'opération d'Estlander est une bonne opération dont les indications ont besoin d'être étudiées.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a opéré trois fois le même malade; chaque fois il a obtenu une amélioration rapide; mais ce malade ne guérira probablement pas. Quand il s'agit d'une fistule très ancienne, une guérison absolue est-elle possible? Cela n'empêche pas toujours qu'il y ait une grande amélioration.

Relativement au choix du procédé, M. Lucas-Championnière trouve bon celui de M. Bouilly, à condition que l'on draine davantage. Le procédé à employer dépend d'ailleurs de la région. L'époque où l'on se décide à l'opération est généralement trop tardive. La résection de la côte au moment de la pleurotomie éviterait peut-être des fistules persistantes quand l'écoulement se fait difficilement. Il a opéré un cas dans lequel le pus était très épais; il a passé d'emblée de la pleurotomie à la résection costale très facile à ce moment parce qu'il n'y avait pas de rétraction; il n'y a pas eu de lavages; le malade a guéri.

M. BOUILLY a fait sept fois cette opération et l'a vu faire un grand nombre de fois. Il communiquera prochainement un travail sur ce sujet.

M. MONOD apprend à la Société que chez le malade qu'il a opéré il y a un an, il reste un trajet fistuleux. Une seconde opération sera nécessaire. On n'obtient pas aussi souvent qu'on le croit un résultat rapide et définitif.

M. DESPRÉS a vu un malade portant une fistule pleurale depuis dix ans dans l'aisselle, vers la cinquième côte. La santé de cet homme est très satisfaisante; sa fistule est très petite. M. Després croit qu'il guérira seul. Ces faits sont à considérer dans l'appréciation de l'opération d'Estlander.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Le ministre de la guerre a adressé des lettres de satisfaction aux militaires dant les noms suivent qui ont été signalés par l'autorité militaire comme ayant fait preuve de zèle et de dévouement durant les dernières épidémies cholériques, savoir :

M. le médecin-major de première classe Sedan, du 61e d'infanterie;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Sourris, provisoirement au 12e d'infanterie; Bercher, de l'hôpital militaire de Marseille; Pagès, du 15e d'infanterie; et Labrot, en non-activité pour infirmités temporaires;

MM. Cothon, pharmacien-major de première classe à l'hôpital militaire de Marseille, et Weill, pharmacien-major de deuxième classe à l'hôpital militaire de Perpignan ;

M. Diess, officier d'administration de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan; Polverini, officier adjoint de première classe à l'hôpital militaire de Perpignan; Touze, officier d'administration adjoint de deuxième classe à la direction du service de santé de Marseille;

MM. Assada, Basset, Clergues, Teston, Petrolacci, Stefanopoli, Noguier et Bazergues, soldats à la 15e section d'infirmiers militaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'épidémie a pour ainsi dire cessé ses ravages en France, comme le prouvent les chiffres suivants pour les deux journées du 7 et du 8 octobre réunies : *Marseille*, 7 décès cholériques; *Toulon*, 3 décès dont 1 à l'hôpital Saint-Mandrier; *Perpignan*, 1 décès, et *Bességes*, 1 décès.

En Algérie, les chiffres sont : *Oran*, 9 décès, 4 cas nouveaux et 13 malades en traitement; *Bône*, 1 décès, 2 cas nouveaux et 6 malades en traitement.

D'autre part, les bulletins sanitaires officiels nous donnent, pour l'étranger, pour les deux journées du 6 et du 7 octobre :

Italie, 415 cas et 221 décès, dont *Naples*, 73 cas et 35 décès; *Gênes*, 34 cas et 27 décès.

Espagne, 21 cas nouveaux et 18 décès, dont *Barcelone*, 17 cas et 12 décès.

— MM. les médecins du VIIe arrondissement de Paris sont informés que, le jeudi 30 octobre 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par décret, en date du 3 octobre 1884, M. Prima a été nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 8 octobre 1884, ont été promus dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Tédenat, agrégé à Montpellier.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe, Augé, Puitg, Thau, Jacob, Bieulac, Bouillet, Bonnefous, Baux, Foxonet, Paraire, Amans, Massonié, Loubière, Aubert, Borrello, Vignaux, Jegun, Albert, Olivié, Marrot, Gauméton et Sentex.

— Par décision présidentielle, en date du 15 septembre 1884, M. le médecin-inspecteur Champenois, membre du comité consultatif de santé, est admis, à dater du 10 octobre courant, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins-inspecteurs.

— Par décision ministérielle du 26 septembre, ont été désignés, savoir :

MM. les médecins-majors de première classe Pasquet, du 63e d'infanterie, pour le 115e régiment de même arme; Aubert, du 3e d'infanterie, pour le 22e régiment de même arme;

MM. les médecins-majors de deuxième classe Barois, du 77e d'infanterie, pour le 12e cuirassiers; Maire, du 11e hussards, pour le 22e d'infanterie; Adam, du 22e d'infanterie, pour le 11e hussards; Guillemot, du 105e d'infanterie, pour le 108e régiment de même arme; Lobit, du 9e chasseurs, pour le 53e d'infanterie; Cassedebat, du 130e d'infanterie, pour le 9e chasseurs; Laydeker, du 104e d'infanterie, pour le 130e régiment de même arme; Raynaud, du 95e d'infanterie, pour le 134e régiment de même arme; Martin, du 85e d'infanterie, pour le 95e régiment de même arme.

— Le jury du concours pour la nomination à une place de médecin-adjoint des asiles d'aliénés du département de la Seine se

composera de MM. Baillarger, Espiau de Lamaëstre, Charpentier, Voisin, Guyot, Robert Moutard-Martin et Proust.

Les candidats inscrits audit concours sont au nombre de quatre. Ce sont : MM. Féré, Respaut, Saury et Vallon.

— M. Tortreux, décédé le 1er octobre, a légué toute sa fortune (400,000 francs environ), à Saint-Gilles-sur-Vic (Vendée), pour la création et l'entretien d'un hôpital dans cette ville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1884-1885 sera ouvert le mercredi 15 octobre prochain. Il sera clos le vendredi 21 novembre, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscription de *première* et *deuxième années de doctorat*, et de *première année d'officiat*, les mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17, samedi 18, mercredi 22, jeudi 23, vendredi 24, samedi 25, mercredi 29, jeudi 30, vendredi 31 octobre, et les mercredi 5, jeudi 6 et vendredi 7 novembre 1884.

2° Inscription des *troisième* et *quatrième années de doctorat*, et *deuxième, troisième* et *quatrième années d'officiat*, les mercredi 12, jeudi 13, vendredi 14, samedi 15, vendredi 19, jeudi 20 et vendredi 21 novembre 1884.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter pour prendre leurs inscriptions. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du lundi 10 novembre 1884.

MM. les étudiants internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le quatrième trimestre de l'année scolaire 1883-1884. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés à partir du lundi 13 octobre, les lundi et les mardi de chaque semaine, de midi à trois heures. En ce qui concerne le premier examen de doctorat (nouveau régime) et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 13 et le mardi 14 octobre.

La session d'octobre pour le *premier examen de doctorat* et les *examens de fin d'année* aura lieu du lundi 20 octobre au samedi 1er novembre 1884. Les candidats devront consigner les 13 et 14 octobre, de midi à trois heures. *Tous les autres examens de doctorat* commenceront le lundi 27 octobre. Les consignations seront reçues les lundis et les mardis, de midi à trois heures, à partir du lundi 13 octobre.

— *Hôpitaux de Paris.* — MM. les élèves internes et externes sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 20 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, n° 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° Anatomie topographique : M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les lundis et vendredis;

2° Physiologie : M. Ricard, premier prosecteur, les mardis et jeudis ;

3° Anatomie descriptive : M. N....., deuxième prosecteur, les mercredis et samedis ;

4° Histologie : M. le docteur A. Siredey, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures. — Le laboratoire d'histologie sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le musée d'anatomie sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Le concours pour six places d'internes titulaires s'ouvrira le 13 octobre prochain. Ont été désignés par le sort pour faire partie du jury : président, M. Gervais ; membres titulaires, MM. Riquard, Négrié, Lannelongue et Baudrimont ; suppléants, MM. Davezac et Dubourg.

Le concours pour dix places d'externes titulaires s'ouvrira le 14 octobre 1884. Le jury est composé ainsi qu'il suit : président, M. Gervais ; membres titulaires, MM. Lande, Mandillon et Demons ; suppléants, MM. Bouvet et Poinsot.

— Le 20 octobre prochain s'ouvrira à l'Institut anatomique de Saint-Côme, rue Lalande, à Bordeaux, un concours pour deux places d'interne titulaire à l'asile d'aliénés de cette ville.

— La réouverture des cours de l'École et Hôpital dentaire de Paris, 23, rue Richer, aura lieu le lundi 3 novembre 1884.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16853

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. L'asthme et son traitement. — — HÔPITAL NECKER. I. Tanne du sourcil. — II. Cancroïde du front, bénignité et malignité des épithéliomas. — Contribution à l'étude des fractures du col du fémur. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

L'asthme et son traitement (1).

II

Dans ma dernière leçon, j'ai, à propos d'un malade du service, fait l'histoire de l'asthme, vous décrivant ses caractères, ses symptômes, son pronostic, ses accès, etc. Comme je vous l'ai dit, l'asthme est une maladie des plus pénibles, à crises nocturnes empêchant souvent les malades de se coucher, les forçant à passer leurs nuits étendus dans un fauteuil.

On a cherché à expliquer les accidents de suffocation, les accès d'asthme, d'abord par une affection symptomatique des poumons ou du cœur. C'était la doctrine que soutenait Rostan, il y a trente ans ; mais, au nom de l'anatomie pathologique, on est venu prouver que cette doctrine était fausse en montrant, chez des individus qui avaient succombé jeunes encore, qu'il n'existait aucune lésion de ces organes. On en a conclu que les lésions cardiaques ou pulmonaires que l'on rencontrait chez les vieillards asthmatiques n'étaient que la conséquence de l'asthme et non la cause. D'autres ont voulu expliquer alors l'asthme comme une névrose dépendant du pneumogastrique, une sorte d'inertie et non de paralysie ; car les muscles respiratoires ne sont pas paralysés, ainsi que le démontrent les efforts des malades pour respirer. Il n'y a pas non plus paralysie des fibres musculaires des petites bronches, ce serait plutôt le contraire, puisqu'il y a spasme. Aussi, certains auteurs ont-ils invoqué alors une irritation du pneumogastrique. Le fait est possible; mais, d'autre part, l'expérimentation a montré que, si l'on faisait la section du pneumogastrique, on n'obtenait pas la cessation de l'asthme, tandis que l'irritation de ce nerf, tout en donnant lieu à une certaine difficulté de l'entrée de l'air, ne déterminait aucun accès d'asthme.

En résumé, nous pouvons dire que l'asthme est une maladie spéciale dont nous ignorons le mécanisme. Aussi sachons avouer, jusqu'à nouvel ordre, notre ignorance, plutôt que d'émettre des théories fausses. Considérons cette affection comme une névrose, comme donnant lieu à des troubles fonctionnels qui dépendent de dispositions spéciales.

D'après cette ignorance même sur ses causes organiques, le traitement de l'asthme est pour ainsi dire empirique, sans que nous puissions nous expliquer l'effet de la médication, sachant seulement quels sont les médicaments qui ont une action sur la maladie.

Le traitement se divise en traitement de l'accès et en traitement de la maladie.

Comme rien, dans ces accès, n'est plus pénible que de ne pas pouvoir respirer, le premier devoir du médecin est de chercher à faciliter cette respiration. Les moyens préconisés ont été les inhalations, les fumigations de vapeurs ou de poussières médicamenteuses qui vont porter leur action sur la muqueuse bronchique. Je n'entends pas parler de vapeurs émollientes ou pectorales, car elles n'ont aucune influence favorable; mais bien des fumées telles, par exemple, que celle qui résulte de la combustion du sel de nitre, de papiers nitrés, brûlés dans une soucoupe près du malade. A côté du sel de nitre, il faut placer les vapeurs des plantes narcotico-âcres, les feuilles de datura stramonium, de belladone, que l'on fait brûler ou que l'on fume en cigarettes, et dans lesquelles on ajoute un peu de sel de nitre. Malheureusement, ces divers médicaments n'ont d'efficacité que pendant un certain temps. Alors on a conseillé les cigares de feuilles de belladone et d'arsenic, mais leur action n'a aussi qu'un temps; et, du reste, pour moi, j'ai peu de confiance dans les vapeurs arsenicales.

Les vapeurs ammoniacales soulagent assez bien les asthmatiques, en déterminant chez eux une sécrétion exagérée de la bouche et de l'arrière-gorge et en amenant une sédation. M. le docteur Ducros a proposé de toucher le fond de la gorge avec un pinceau trempé dans l'ammoniaque, attouchements qui déterminent un certain degré d'inflammation ainsi qu'une sécrétion abondante. Ce moyen, qui avait donné de bons résultats chez quelques malades, a été abandonné, peut-être un peu à tort.

Enfin, un des bons moyens à employer contre les accès d'asthme consiste à faire respirer des vapeurs, non d'éther ou de chloroforme, qui réussissent mal, mais bien d'iodure d'éthyle qui calment rapidement, voire même presque instantanément, les accès. Il suffit d'en verser 10 à 12 gouttes sur un mouchoir. Si l'accès reparaît, on recommence avec une dose semblable.

Mais le moyen qui semble préférable entre tous est celui que M. Huchard a préconisé, c'est-à-dire les injections de

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 octobre 1884.

morphine. Elles calment très rapidement les malades et leur procurent bientôt un sommeil tranquille ; cependant, comme toutes les médications proposées jusqu'à présent, elles s'usent à leur tour et force est d'élever les doses du chlorhydrate de morphine, doses auxquelles les malades s'habituent vite. Aussi, de peur du morphinisme, ne doit-on en user qu'avec une très grande circonspection.

Tels sont les divers moyens auxquels on a recours pour abréger les accès ou diminuer leur intensité.

Quant au traitement de la maladie elle-même, nous devons rappeler que, si la guérison est possible, elle est cependant quelque peu difficile à obtenir. Il faut tout d'abord s'enquérir des circonstances qui favorisent l'apparition des accès, de façon à s'en garantir le plus possible, soit par un changement de milieu, soit par un changement de profession, etc. Puis on a recours au traitement médicinal, lequel varie selon que l'on a affaire à l'asthme catarrhal, nerveux ou herpétique.

Pour l'asthme catarrhal, il faut éviter tout refroidissement, traiter la laryngite ou la bronchite primitive par les moyens ordinaires : boissons émollientes, kermétisées, opium et ipéca, si l'état se complique d'embarras gastrique ; révulsifs cutanés, teinture d'iode, ventouses sèches, vésicatoires. On peut encore recourir à un médicament recommandé par des médecins allemands, — il m'a donné cependant peu de bons résultats, — la teinture de lobélia à la dose de 30 à 60 gouttes par jour dans de l'eau ou en potion. Mais un moyen merveilleux, c'est l'application, au bras ou à la cuisse, d'un vésicatoire ou d'un cautère; lorsque l'asthme n'est pas encore très ancien, son action est excellente.

Quant à l'asthme nerveux, on a surtout recours à des médications empiriques, au bromure de potassium et surtout à l'iodure de potassium qui donnent des résultats étonnants, sans que l'on sache comment ils agissent. A côté d'eux, on a proposé le café vert, administré pendant plusieurs mois, à la dose d'une cuillerée à bouche, que l'on fait infuser toute la nuit dans un verre d'eau ; on en prend une tasse le matin. On peut dire que, s'il ne fait pas de bien, en tout cas il ne fait pas de mal. La caféine a été aussi recommandée, mais je n'y ai qu'une médiocre confiance. Les bains d'air comprimé, d'après la méthode de Pravaz, sont un excellent moyen, recommandé déjà du reste aussi dans l'emphysème. Ils réussissent quelquefois également dans l'asthme catarrhal. Quelques malades se sont très bien trouvés de sonner de la trompe, action analogue à celle des bains d'air comprimé par l'arrivée d'une masse d'air plus considérable qui distend les bronches. La gymnastique des membres supérieurs est bonne surtout chez les gens qui font peu d'exercice, chez les goutteux. Enfin, l'hydrothérapie dans la bonne saison, chez des malades qui ne toussent pas, a guéri quelquefois des asthmatiques ou tout au moins diminué leurs accès.

Dans les cas d'asthme de nature herpétique, c'est-à-dire chez les malades chez lesquels on voit alterner l'asthme et l'affection cutanée, on conseillera avantageusement, outre les moyens hygiéniques et thérapeutiques déjà indiqués, l'emploi de l'arsenic, de la solution de Fowler à la dose de 4 à 20 gouttes, de la liqueur de Pearson à 40 ou 50 gouttes par jour, de l'arséniate de soude en solution. On prescrira quelque exutoire, dans le cas où un eczéma aurait disparu. Enfin, certaines eaux minérales soulagent aussi les asthmatiques en éloignant les accès ou les diminuant d'intensité. Telles sont surtout les eaux du Mont-Dore. La Bourboule n'a pas la même efficacité, ses eaux sont surtout préférables chez les scrofuleux. Dans l'asthme catarrhal, je conseillerai de préférence les eaux de Royat, les eaux sulfureuses des Pyrénées et notamment celles de Cauterets. Enfin, dans cette même forme de l'asthme, le séjour, l'hiver, dans le Midi, dans un lieu à faible altitude, au bord de la mer, est une très bonne chose.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Tanne du sourcil. — II. Cancroïde du front, bénignité et malignité des épithéliomas.

I. Hier est venue à la consultation de cet hôpital une femme d'une trentaine d'années environ, portant une tumeur située à l'extrémité externe du sourcil gauche.

Cette tumeur affecte la forme et le volume d'une petite bille ; elle est jaunâtre, ferme, résistante sous le doigt, mobile avec le sourcil lui-même, exempte enfin de tout retentissement dans le voisinage, et ne s'accompagne d'aucun ganglion.

D'après ces caractères, que j'expose ici brièvement, s'agit-il de quelque kyste dermoïde congénital ou d'une simple tanne ?

Nous savons par expérience que la queue du sourcil est l'un des deux sièges de prédilection de ces kystes dermoïdes congénitaux qui se comportent généralement d'une façon spéciale. Nous savons qu'ils présentent des rapports particuliers avec les parties sous-jacentes, qu'ils contractent des adhérences avec les parties profondes, avec les muscles, parfois même avec les os. Or nous avons pu constater une telle mobilité de la tumeur que de prime abord nous pouvons dire, presque en toute certitude, que nous n'avons pas affaire à un kyste dermoïde, quoique la tumeur affecte, chez notre malade, le siège habituel de ces kystes. Donc il s'agit très probablement d'une simple tanne.

Ce diagnostic se trouve encore confirmé par la date du début qui remonterait, au dire de cette femme, à huit mois environ. La tumeur se serait présentée tout d'abord sous la forme d'un petit bouton et aurait acquis dans ce court espace de temps le volume qu'elle présente aujourd'hui.

En résumé, la rapidité de son développement, sa mobilité, l'absence de toutes adhérences avec les parties profondes nous conduit à diagnostiquer une tanne du sourcil.

La tumeur faisant une saillie désagréable, surtout chez une femme jeune encore, et la malade désirant vivement en être débarrassée, nous allons procéder, dans quelques instants, à son extirpation.

II. A côté de cette femme en est couchée une autre, âgée d'une soixantaine d'années, domestique, qui présente aussi une petite tumeur sur la partie latérale gauche du front, dans le voisinage aussi du sourcil gauche. Cette petite tumeur n'est pas très saillante ; elle est recouverte d'une sorte de croûte de couleur gris jaunâtre, irrégulière, qui tombe et se renouvelle incessamment. Au-dessous de cette croûte on aperçoit une ulcération irrégulière.

En somme, il s'agit d'un cancroïde superficiel de la peau dont le début remonterait à quatre ans environ. La tumeur n'a donné lieu à aucun engorgement ganglionnaire ; elle ne paraît avoir aucune tendance à s'étendre et envahir les par-

ties voisines. Aussi nous paraît-elle d'un pronostic relativement assez bénin.

A la fin du mois de novembre dernier je suis entré, dans une de mes leçons, dans des considérations importantes relativement au diagnostic des formes bénignes et des formes malignes, diagnostic de la plus haute valeur, car il nous conduit immédiatement à émettre un pronostic favorable ou défavorable.

Il s'agissait alors de deux malades portant chacun une tumeur qui présentait des caractères histologiques à peine suffisants pour prononcer le mot d'épithélioma; je dis « à peine suffisants », bien que, pour moi, le diagnostic ne fût déjà plus douteux. La tumeur, chez l'un et chez l'autre, siégeait sur la langue.

J'ai revu l'un de ces malades dans la première semaine du mois dernier, et déjà le mal avait récidivé de si belle façon, avec une telle intensité, tant localement que dans les ganglions du voisinage, que le pauvre homme n'était plus opérable.

Quant au second malade, il est venu me voir récemment; la langue paraissait indemne de toute récidive; mais il présentait un engorgement ganglionnaire considérable.

En présence de pareils faits de tumeurs tellement jeunes encore qu'histologiquement leur nature est à peine déterminable, je dis et je répète que le jour où nous serons parvenus à pouvoir émettre un diagnostic certain touchant de semblables tumeurs, touchant leur nature bénigne ou maligne, ce jour-là nous aurons fait une grande conquête.

Nous savons très bien que les épithéliomas cutanés, ou mieux ces cancroïdes, sont des formes bénignes ayant toutes chances de guérir.

Ici j'ouvre une parenthèse. Depuis assez longtemps déjà, les chirurgiens font usage de collodion iodoformique pour certains pansements de la face. Pour ma part, je ne m'en suis jamais servi jusqu'à présent. Néanmoins je reconnais très bien que dans les petites opérations que l'on peut avoir à pratiquer dans cette région, et notamment dans les opérations de bec-de-lièvre chez l'enfant, ce mode de pansement peut être très utile. En effet, si vous laissez la plaie sans la panser, des croûtes se forment, la lésion s'enflamme; et vous vous trouvez forcé de les faire tomber à maintes reprises. Pendant longtemps on s'est borné à un pansement à l'eau et à la glycérine, mode de faire que l'on a remplacé plus tard par le pansement antiseptique. Mais ce dernier est toujours un peu irritant et l'on voit apparaître des croûtes analogues à celles de l'ecthyma.

Chez le dernier enfant que j'ai opéré ici, j'étais très satisfait des résultats de mon intervention au point de vue du rétablissement des formes lorsque, vers le sixième ou le septième jour qui suivit, la plaie devint croûteuse et bientôt la face fut couverte de pustules d'ecthyma. J'eus recours au glycérolé d'amidon. La maladie dura trois semaines, au bout desquelles je constatais avec un vif déplaisir qu'une partie des résultats obtenus tout d'abord se trouvait perdue, notamment la restitution des formes de la narine : celle de la lèvre seule s'était bien conservée.

Cet exemple n'est pas le seul ; aussi je crois qu'il y a véritablement avantage à comprendre les sutures dans une couche de collodion iodoformé.

Chez les deux femmes qui font le sujet de cette leçon, je ne suis pas certain de pouvoir employer ce mode de pansement, surtout chez la plus âgée ; je le regretterais, je l'avoue. Chez l'autre, cela dépendra de la forme du lambeau; si celui-ci n'est pas flottant, je ferai le pansement au collodion; s'il est flottant, cela ne me sera pas possible.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES FRACTURES DU COL DU FÉMUR.

Par M. le docteur Léon Dufour (de Fécamp).

Observation I. — Femme de soixante-dix ans, fracture du col du fémur gauche; 7 centimètres de raccourcissement au début, 1 centimètre au trente-deuxième jour.

Le lundi 3 juillet 1882, je fus appelé près de la femme L..., de Criquebœuf, dans les environs de Fécamp. C'était une femme de soixante-dix ans, de constitution robuste, restée en service, jusqu'à il y a deux ans, active, mais ayant toujours eu un peu de gêne à marcher. Pas d'antécédents morbides. La veille du jour où je la vis, en se rendant dans un village voisin, distant de 3 kilomètres, elle fut renversée, en y arrivant, par deux chiens qui se poursuivaient et passèrent entre ses jambes. Elle tomba sur le côté gauche, sentit une vive douleur à la hanche, et en se relevant put encore marcher. Souffrant trop pour continuer sa route, elle se mit en devoir de rentrer chez elle. En remontant péniblement la côte qui mène à son village, elle tomba de nouveau, mais cette fois ne put se relever. Un charretier la trouva sur la route et la ramena chez elle. On m'appela vingt-quatre heures après.

Je trouvai la malade au lit, la face rouge, le pouls précipité et plein, la langue blanche et très chargée.

Interrogée, elle me donna les détails ci-dessus en accusant une douleur très vive au niveau de la région trochantérienne gauche. Cette douleur, presque nulle au repos, devenait très violente au moindre mouvement.

En examinant la région, je la trouvai plus volumineuse que celle de droite, pas de trace d'ecchymose. A la pression, la douleur se délimitait parfaitement au niveau du col du fémur.

Le membre présentait un fort raccourcissement :

En mesurant les deux membres, de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la pointe de la malléole externe, je trouvai :

Côté droit = 82 centimètres;

Côté gauche = 75 centimètres;

Soit : 7 centimètres de différence.

En imprimant des mouvements à la cuisse gauche, on sentait nettement la crépitation osseuse.

Je mis une bande de diachylon sur la jambe, de manière à former un étrier à quelques centimètres de la plante du pied. Sur cet étrier, je fixai une ficelle, qui, passant à travers le bois de lit, allait sur une branche fourchue attachée à une chaise, et qui servait de poulie de réflexion. Au bout de la corde, j'attachai un sac renfermant un kilogramme de cailloux.

Pour empêcher la malade d'être entraînée par la traction, j'établis une contre-extension avec deux cordes passant sous les aisselles et attachées à un clou fixé dans la muraille, au chevet du lit, préférant ce système à la contre-extension à l'aine.

A ce moment la traction avait déjà diminué la différence de longueur entre les deux membres.

Les jours suivants cet effet se fit de plus en plus remarquer.

A chaque visite j'augmentai le poids de traction jusqu'à concurrence de 6 livres.

La malade, dans les premiers jours, se plaignit de la traction; elle finit par n'en plus parler au bout de cinq à six jours.

Le décubitus au lit fut bien supporté malgré l'âge de la femme; il ne se produisit que peu d'hypostase.

Les phénomènes, de réaction fébrile au début, m'avaient fait craindre une pneumonie concomitante; il n'en fut rien. Malgré l'absence de plaie, nous eûmes là une vraie fièvre traumatique.

Le 4 août, trente et unième jour de la fracture, je défis l'appareil, on ne sentait plus déjà depuis quelque temps de mouvements anomaux, ni de crépitation. Toute impulsion imprimée au mem-

bre se répercutait dans sa totalité et au tronc, sans provoquer de douleur à la partie supérieure du fémur.

Ce jour-là, la malade se leva supportée par des crosses. En s'appuyant sur la jambe fracturée, elle n'accusait pas de douleur et pouvait s'y tenir un instant, mais à la condition de ne pas faire de mouvement. Dans ce cas, elle souffrait violemment au genou, mais pas à la hanche.

Au niveau du genou, il existait un peu d'épanchement. Ce fait s'est reproduit dans les divers cas de fracture que j'ai eu à traiter par traction continue; mais une compression de quelques jours, avec une bande de flanelle, en avait bientôt raison et n'empêchait pas la malade de sortir du lit et de marcher avec ses crosses.

En comparant les deux membres entre eux, j'eus ce jour-là :

Côté droit = 82 centimètres;

Côté gauche = 81 centimètres.

Je revis la malade huit jours après, elle s'asseyait sur son lit, se levait seule et allait dans sa maison avec ses crosses.

Les suites de la guérison furent tout ordinaires.

Obs. II. — Sans entrer dans les détails de l'observation qui précède, je rapporterai celle-ci qui lui ressemble et dont le fait s'est produit dans le même temps et avec les mêmes résultats.

Le nommé G..., employé des ponts et chaussées à Fécamp, âgé de soixante-douze ans, étant assis sur une poutre de bois, une voiture en passant heurta cette dernière et l'homme bousculé tomba sur la hanche. Relevé, je constatai une fracture du col du fémur droit.

Le côté lésé avait 6 centimètres de raccourcissement sur l'autre. J'instituai le même appareil que plus haut. J'eus affaire à un malade indocile. Il resta quarante jours au lit et, à son lever, accusa toujours la douleur au genou, bientôt guérie par la compression. Il n'y avait plus à ce moment que 2 centimètres de raccourcissement. Je vois souvent cet homme, son état est resté sensiblement le même. Il se promène presque toute la journée, et marche en s'appuyant un peu sur une canne dans la rue, mais jamais il ne s'en sert chez lui ou quand il a de petits trajets à faire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 11 octobre 1884. — Présidence de M. Mathias Duval.

COMMUNICATIONS

De la suggestion. — M. **CHARLES RICHET** fait une communication relative à des phénomènes de suggestion produits en dehors de toute hystérie et de tout hypnotisme. Il en a observé trois exemples d'une très grande netteté. Il a déjà fait connaître les deux premiers. Le troisième a trait à une femme de quarante-quatre ans, nullement hystérique. M. Richet, lui ayant mis dans la main un objet quelconque, lui dit : « Vous ne pouvez plus ouvrir la main. » Malgré les plus grands efforts qu'elle fit pour lâcher l'objet qu'elle tenait, elle ne put, en effet, ouvrir la main. Après qu'il eût constaté cette sensibilité à la suggestion, M. Richet se livra sur cette personne à une série d'expériences : par exemple, selon qu'il portait la main en avant, à droite ou à gauche, cette personne tombait en avant, à droite ou à gauche; une simple indication avec la main lui faisait perdre l'équilibre dans un sens ou dans l'autre. M. Richet lui disait : « Vous ne pouvez compter que jusqu'à dix »; il lui était impossible, en effet, de compter au delà de ce chiffre. Excellente musicienne, elle se mettait au piano et commençait une sonate quelconque; M. Richet lui disant alors qu'elle ne pouvait plus jouer qu'un seul air, elle revenait toujours à cet air malgré tous ses efforts.

Ces faits, joints à ceux qu'ont déjà fait connaître M. Richet et plusieurs autres observateurs, prouvent donc qu'on peut provoquer des phénomènes de suggestion chez des personnes non hystériques et en dehors de l'hypnotisme.

La digitaline allemande et la digitaline française. — M. **LABORDE** a entrepris une série d'expériences relatives à la question de la pureté chimique de certaines substances comparée à leur activité physiologique. Ce qu'il a fait, dans ce sens, l'année dernière pour la quinine, il vient de le faire pour la digitaline. Les résultats qu'il a obtenus sont bien faits pour expliquer le scepticisme ou tout au moins les déceptions de bien des médecins.

M. Laborde présente deux échantillons de digitaline, l'un provenant d'une maison d'Allemagne dont les produits sont beaucoup trop répandus en France, l'autre étant de fabrication française. Il a fait, avec la collaboration de M. Duquesnel, une série d'expériences comparatives sur ces deux échantillons.

On constate entre eux déjà une grande différence au point de vue purement chimique : quelques gouttes d'acide chlorhydrique dans la solution d'origine française donnent lieu immédiatement à la coloration vert émeraude caractéristique. Aucune réaction n'a lieu sur celle d'origine allemande. Traitée par le chloroforme, la première se dissout, l'autre pas. Au goût, la digitaline française est d'une amertume excessive, tandis que l'allemande est très peu amère.

L'épreuve physiologique, c'est-à-dire l'influence sur le cœur, est encore plus concluante, s'il est possible, ainsi que le prouvent un grand nombre de tracés cardiographiques pris sur des grenouilles. Cinq milligrammes de digitaline française injectés sous la peau de la grenouille déterminent un arrêt complet du cœur après cinq minutes; dès la troisième minute, on constate un effet considérable. Avec la digitaline allemande on n'obtient rien. A peine si, après trois ou quatre heures, on constate un commencement de fatigue du cœur. Ces résultats sont des plus nets.

M. Laborde a répété et varié à l'infini les expériences dans ce sens, et toujours il a constaté les mêmes différences entre les deux échantillons. Il a obtenu les mêmes résultats chez des cobayes.

Nous allons, dit en terminant M. Laborde, chercher à l'étranger de mauvais médicaments au rabais, tandis qu'en France nous avons ces mêmes médicaments de première qualité. Il est temps que l'attention des médecins soit sérieusement appelée sur ces faits qui, en dehors de la curiosité scientifique, présentent un intérêt pratique dont l'importance n'échappera à personne.

Action physiologique de l'acide carbonique.—M. **BROWN-SÉQUARD** rappelle qu'en 1849 il a fait à la Société de biologie une série de communications, tendant à démontrer l'importance physiologique de l'acide carbonique; il avait montré que l'acide carbonique fait battre le cœur à l'état normal, que le travail de l'accouchement dépend d'une action de l'acide carbonique sur l'utérus, etc. A cette époque, M. Brown-Séquard fut pour ces recherches, très vivement attaqué en Allemagne. Depuis on lui a pris ces idées-là et elles sont maintenant considérées comme d'origine allemande.

Dans cette communication M. Brown-Séquard ne veut s'occuper que du rôle pathologique de l'acide carbonique. On a combattu cette idée, soutenue par M. Brown-Séquard, que dans l'asphyxie les convulsions étaient dues à l'excitation de la moelle, des nerfs et des muscles par l'acide carbonique. On a essayé de démontrer que ces convulsions étaient dues au contraire à l'absence d'oxygène; l'absence de quelque chose ne peut pas déterminer quelque chose d'actif. Toutefois M. Brown-Séquard s'était trouvé ébranlé par cette expérience de M. Bert consistant à placer des animaux sous l'influence de l'acide carbonique et à constater que les convulsions revenaient alors que l'acide carbonique disparaissait pour faire place à l'oxygène.

Mais ce fait, en apparence contradictoire, s'explique très aisément par l'inhibition. L'acide carbonique étant un agent excitant d'une puissance extrême peut produire l'inhibition. Or on sait que celle-ci réclame une cause plus vive qu'aucun phénomène actif. M. Brown-Séquard fournit plusieurs exemples : dans les cas de migraine, un jet d'acide carbonique dans la narine fait immédiatement cesser le mal de tête. Sous la même influence, la respiration peut être arrêtée d'emblée. Les convulsions sont arrêtées par

l'arrivée d'un jet d'acide carbonique sur le larynx. Les convulsions dues à la strychnine peuvent aussi être arrêtées par le même moyen. Il en est de même des convulsions phéniquées, des convulsions dues aux hémorragies, etc. L'inhibition de la sensibilité est portée à un tel degré que l'analgésie, ainsi provoquée, peut persister vingt-quatre à vingt-six heures après l'expérience.

Si l'on injecte de l'acide carbonique dans la trachée d'un animal, il tombe mort avec arrêt des échanges, du sang rouge dans les veines, etc. Le fait si remarquable de M. Bert, au lieu d'être paradoxal, vient donc à l'appui de la thèse soutenue par M. Brown-Séquard, à savoir que l'acide carbonique peut déterminer des phénomènes d'inhibition.

Variations de l'urée à l'état pathologique. — M. QUINQUAUD rappelle les recherches qui ont été faites sur l'augmentation de l'urée dans l'urine, six à sept heures après une alimentation azotée. Au lieu de doser l'urée dans l'urine, M. Quinquaud l'a dosée dans le sang. C'est quatre heures après l'alimentation azotée qu'on trouve le maximum d'urée dans le sang; encore cette augmentation est-elle très rapide; après neuf ou dix heures la normale est rétablie.

D'où vient cet excès d'urée? Vient-il d'une circulation plus active ou d'une formation exagérée d'urée dans les viscères? Ayant comparé, à ce point de vue, des animaux tués à jeun avec des animaux tués en pleine digestion, M. Quinquaud a constaté que les premiers avaient dans leurs viscères à peine le quart, un cinquième ou un sixième de la quantité d'urée trouvée chez les derniers. De l'analyse chimique de la quantité d'urée qu'on trouve dans les viscères, on peut donc conclure à la formation et à la formation rapide de cette urée dans les viscères. Quel est le mécanisme intime de cette formation d'urée? C'est là un point à étudier.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 octobre 1884. — Présidence de M. MILLARD.

RAPPORT

M. FERNEY lit un rapport sur deux travaux de M. Martel (de Saint-Malo), relatifs l'un à un cas d'anorexie hystérique traitée avec succès par le gavage, l'autre sur l'emploi de la poudre de viande de bœuf à laquelle M. Martel a recours depuis plus de dix ans.

COMMUNICATIONS

Traitement de la fièvre palustre par l'acide phénique. — M. DIEULAFOY fait une communication sur l'emploi des injections sous-cutanées d'acide phénique dans le traitement des fièvres palustres intermittentes. Il s'agit d'un homme de trente-six ans qui entra à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 juin, présentant tous les caractères d'une fièvre tierce très nette et très légitime. Cet homme avait eu déjà plusieurs atteintes de malaria. La première date de 1877; l'accès revenait régulièrement tous les deux jours à quatre heures du matin; le stade de frisson était très violent; l'accès durait deux heures; le malade prit de la quinine pendant assez longtemps. En 1882, nouvelle atteinte toujours avec le type tierce; l'accès éclate, comme dans la première atteinte, à quatre heures du matin. Le malade entre à la Charité, on lui donne du sulfate de quinine, 1 gramme la veille de l'accès, 50 centigrammes le jour même. Cette atteinte dure trois semaines. En mai 1883, troisième atteinte, traitée, à l'Hôtel-Dieu, de la même façon que la seconde; toujours type tierce, début de l'accès toujours à quatre heures du matin. Cette nouvelle atteinte est coupée après quatre semaines. Enfin, en juin 1884, quatrième atteinte, type franchement tierce, début de l'accès à quatre heures du matin. Dans la matinée du second jour, on fait deux injections sous-cutanées d'une solution phéniquée au centième, ce qui représente 0gr,025 d'acide phénique; le lendemain et les jours suivants, la dose est portée à 5 centigrammes. La température, qui était, au début, de 39°,4, tombe graduellement à 38°,4, 38°, 37°,8. Le stade de frisson est beaucoup moindre. L'accès ne dure plus qu'une heure et demie. La série des accès est terminée le 11 juillet, un mois après l'entrée du malade; on continue quelques jours encore les injections d'acide phénique. Le malade quitte l'hôpital le 17 juillet.

Le traitement a duré 17 jours; les accès ont eu lieu pendant 13 jours. Il a été fait 66 piqûres, sans aucune espèce d'accidents locaux ou généraux; les accès ont toujours été s'amoindrissant comme durée et comme intensité. C'est ce que montre, de la façon la plus exacte, la courbe de la température.

M. LAVERAN rappelle que l'acide phénique a été employé à plusieurs reprises dans le traitement des fièvres palustres. Il a été donné à l'intérieur plusieurs fois sans résultat. Jusqu'ici on n'a eu que des observations négatives. En voici une positive; toutefois elle est encore contestable. On sait, en effet, que la fièvre intermittente, abandonnée à elle-même, ne donne pas lieu toujours à la même élévation de température et que celle-ci va en décroissant. On n'est donc pas en droit de conclure du fait présenté par M. Dieulafoy, que l'acide phénique ait eu une action réellement efficace sur la fièvre.

En Algérie, où l'on a affaire aux formes les plus graves, on n'est pas en droit de faire des expérimentations du moment qu'on a à sa disposition un médicament héroïque comme le sulfate de quinine qui, manié hardiment, comme l'a démontré M. Maillot, donne des résultats incontestables. On ne peut donc employer l'acide phénique que dans des cas légers. Or l'observation de M. Dieulafoy ne semble pas probante en faveur de son efficacité dans la fièvre palustre, surtout s'il a été donné à son malade des toniques, comme on le fait habituellement.

M. DIEULAFOY dit qu'il n'a pas donné de quinquina à son malade. L'emploi de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre palustre n'est d'ailleurs pas une nouveauté, puisque dans un seul mémoire fait en Espagne, il en a été relevé plus de 200 cas. M. Dieulafoy n'a donc pas eu la prétention de présenter une chose nouvelle, il a seulement voulu faire connaître un fait tel qu'il l'a observé.

M. HUCHARD dit qu'un autre médicament que le sulfate de quinine, le bromure de potassium donne parfois d'excellents résultats dans le traitement des fièvres intermittentes rebelles. Il cite un fait dans lequel on avait employé sans succès, le sulfate de quinine, les arsenicaux, l'hydrothérapie: le malade avait toujours ses accès fébriles. M. Huchard prescrivit alors 4 à 5 grammes de bromure de potassium par jour. Après quinze jours, tous les accidents avaient disparu, et la guérison s'est maintenue. Dans certains cas, donc, lorsque les moyens habituellement employés ne réussissent pas, il y a lieu de recourir au bromure de potassium, ainsi que l'a démontré M. Vallin dans un travail à ce sujet.

M. VALLIN rappelle avoir, en effet, publié dans le *Bulletin de thérapeutique* un travail dans lequel il relatait l'observation d'un Arabe qui avait de tels accès que toute la salle en était troublée; tous les moyens habituels avaient été employés sans succès. Quatre grammes de bromure de potassium donnés en quarante-huit heures firent complètement cesser les accès. Depuis ce temps, M. Vallin a eu souvent recours au bromure de potassium dans les cas rebelles. Il a souvent échoué, mais souvent aussi il a obtenu de grandes améliorations.

M. RICHARD s'associe aux observations de M. Laveran, relativement à la difficulté de recourir à d'autre médicament qu'au sulfate de quinine dans les fièvres de l'Algérie. Toutefois le fait de M. Dieulafoy a bien sa valeur, et l'emploi de l'acide phénique est ici d'autant mieux justifié qu'on sait que le sulfate de quinine agit moins sûrement en France qu'en Algérie contre les fièvres intermittentes. On se trouve tellement désarmé dans certains cas qu'on est bien autorisé à recourir à des médications nouvelles. L'emploi de l'acide phénique est ici d'autant plus légitime qu'ainsi que l'a démontré M. Laveran, la fièvre intermittente est une maladie parasitaire et que l'acide phénique est le meilleur des parasiticides.

M. DELASIAUVE a eu autrefois à traiter un grand nombre de fièvres intermittentes, dont quelques-unes des plus graves ; il a toujours tiré les meilleurs effets du sulfate de quinine dont la dose *maxima*, donnée par lui, était de 45 centigrammes. Il cite plusieurs faits dans lesquels les malades, pour une raison ou pour une autre, n'ayant pas pris leur quinine, sont morts, tandis que dans la grande majorité des cas où la quinine était bien administrée, les accès ont toujours guéri et ne duraient pas plus de huit jours.

M. LAVERAN, relativement au bromure de potassium, fait observer qu'il doit être considéré comme un adjuvant, plutôt que comme succédané du sulfate de quinine et qu'il doit être surtout employé dans les cas où la fièvre se complique d'accidents nerveux.

M. HUCHARD spécifie qu'il y a des cas où le bromure de potassium agit là où n'a pas agi le quinine et qu'il s'agit bien d'accidents fébriles et non d'accidents nerveux.

M. ERNEST LABBÉ dit qu'il faut tenir grand compte des résultats acquis ; il est d'autant plus disposé à accepter l'emploi de l'acide phénique dans le traitement de la fièvre intermittente que ce médicament n'a pas d'inconvénients et peut être employé sans danger. On l'a accusé de favoriser des congestions pulmonaires. M. Labbé proteste contre cette assertion. L'acide phénique est, selon lui, une médication qui n'offre aucun danger.

M. Labbé ajoute que, dans certains cas, la médication arsenicale donne des succès très remarquables là où la quinine n'agit en aucune façon, principalement dans les fièvres palustres arrivées à l'état cachectique. Il cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir.

La séance est levée.

MINISTÈRE DE LA GUERRE.

Service de santé militaire. — Concours d'admission en 1884.

LISTE, PAR ORDRE DE MÉRITE ET PAR CATÉGORIE, DES QUATRE-VINGT-SIX CANDIDATS ADMIS A L'EMPLOI D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, POUR ÊTRE ATTACHÉS AUX HÔPITAUX MILITAIRES CI-APRÈS DÉSIGNÉS :

Étudiants en médecine à quatre inscriptions. — MM. Ribière, hôpital du Gros-Caillou à Paris ; — Janot, hôpital de Nancy ; — Puech, hôpital de Montpellier ; — Chapdelaine, hôpital du Gros-Caillou ; — Gontier, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Mendès, hôpital de Bordeaux ; — François, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Seguret, hôpital de Montpellier ; — Dubar, hôpital de Lille ; — Mignon, hôpital Saint-Martin, à Paris ; — Niclot, hôpital du Gros-Caillou ; — Estrabaud, hôpital de Toulouse ; — Millard, hôpital du Gros-Caillou ; — Chereau, hôpital Saint-Martin ; — Augias, hôpital de Montpellier ; — Ollier de Vergèze et Lenoir, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Cavalier-Benezet, hôpital de Montpellier ; — de Viville, hôpital Saint-Martin ; — Chauveau, hôpital du Gros-Caillou.

Étudiants en médecine à huit inscriptions. — MM. Lafforgue, hôpital de Toulouse ; — Viéron, hôpital de Bordeaux ; — Bardot, hôpital de Nancy ; — Pecharman, hôpital du Gros-Caillou ; — Lansac et Lejeune, hôpital de Bordeaux ; — Gaillard, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Vincent, hôpital de Bordeaux ; — Watrin, hôpital de Nancy ; — Chardon, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Licht, hôpital de Nancy ; — Salis, hôpital de Bordeaux ; — Keim, hôpital de Toulouse ; — Gary, hôpital de Montpellier ; — Cuche, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Lombard, hôpital Saint-Martin ; — Manon, Cambours et Batut, hôpital de Toulouse ; — Julia et Destot, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Bassères, hôpital de Bordeaux ; — Rebillard, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Martin, hôpital de Montpellier ; — Vitoux, hôpital de Nancy ; — Apard, hôpital Saint-Martin ; — Guilland, hôpital du Gros-Caillou ; — Huard, hôpital de Rennes ; — Fosse et Bataille, hôpital de Montpellier ; — Michel, hôpital de Nancy ; — Tersen, hôpital de Lille ; — Deumié, hôpital du Gros-Caillou ; — Larrat, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Barbot, hôpital du Gros-Caillou ; — Ravoux, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Pascal, hôpital de Bordeaux ; — Petit, hôpital Saint-Martin ; — Lœillet, hôpital de Nancy ; — Senesse, hôpital de Bordeaux ; — de Vernejoul, hôpital Saint-Martin ; — Millière, hôpital de la Charité, à Lyon ; — Argance, hôpital de Montpellier ; — Provendier et Dumont, hôpital Saint-Martin ; — Habert, hôpital de Nancy ; — Couvignon, hôpital de Montpellier ; — Piedpremier, hôpital Saint-Martin ; — Arnaud, hôpital de Montpellier ; — Gauillard, hôpital du Gros-Caillou.

Étudiants en médecine à douze inscriptions.—MM. Jaubert, hôpital du Gros-Caillou ; — Spillmann, hôpital de Nancy ; — Galzin, hôpital de Montpellier ; — Leymarie et Bayle, hôpital du Gros-Caillou ; — Piquot, hôpital de Montpellier.

Étudiants en médecine à seize inscriptions. — MM. Vallois, hôpital Saint-Martin ; — Lorin, hôpital de Nancy ; — Delom-Sorbé, hôpital de Bordeaux ; — Vercier et Vincent, hôpital Saint-Martin ; — Puig, hôpital de la Charité, à Lyon.

Étudiants en pharmacie sans inscription. — MM. Dandrieu, hôpital de Montpellier ; — Ehrman et Darbour, hôpital de Nancy.

Étudiant en pharmacie à quatre inscriptions. — M. Bevière, hôpital de Lille.

Ces élèves devront se présenter aux médecins-chefs des hôpitaux auxquels ils sont affectés, le 10 novembre prochain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Voici les chiffres que nous avons recueillis depuis notre dernier bulletin. On remarquera une recrudescence sérieuse à Naples.

Pour les journées des 9, 10 et 11 octobre : *Toulon*, 1 décès. — *Marseille*, 9 décès. — *Perpignan* et *Rivesaltes*, 1 décès, — *Oran*, 20 décès et 7 cas nouveaux. — *Bône*, 1 décès et 1 cas nouveau.

Paris. — Le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* publie la note suivante : « Le service de statistique a reçu cette semaine avis de 2 décès causés par *choléra nostras*, d'après les médecins de l'état civil ; dans l'un des deux cas, le diagnostic a été confirmé par le médecin traitant.

Italie. — Pour les trois journées des 8, 9 et 10 octobre, 595 cas nouveaux, et 321 décès parmi lesquels *Naples* est comprise pour 186 cas nouveaux et 95 décès ; — *Gênes*, pour 30 cas nouveaux et 33 décès.

Espagne. — 7 décès, 3 cas nouveaux.

— Le jury du concours de l'internat des hôpitaux et hospices civils de Paris se compose définitivement de MM. Grancher, Quinquaud, Luys, Henriot, Kirmisson, Polaillon et Bar.

La composition écrite (première épreuve) a eu lieu le 10 ; le sujet était : Les voies biliaires (anatomie et physiologie). Signes, diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie.

Les deux autres questions restées dans l'urne étaient : 1° Espaces intercostaux et pleurésie purulente ; 2° Cordons postérieurs et racines postérieures de la moelle ; signes et diagnostic de l'ataxie locomotrice progressive.

— Par décrets, en date du 8 octobre 1884, ont été promus ou nommés dans le cadre des médecins et pharmaciens de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : MM. Segond, agrégé à Paris ; Carrieu, Roustan, Serre et Chalot, agrégés à Montpellier.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les aides-majors de deuxième classe Jaurès, Roger, Belugou, Turrel, Massine, Mary, Lapeyre, Donadieu de Lavit, Verdier, Descouts, Giral, Poussié, Fualdès, Augé, Besson, Septours, Vigouroux, Salès, Casanova, Simacourbe, Rouquette, Vals, Alquier, Gavaudan, Blancard, Carrère, David, Mouly, Castelbou, Bonnes, Audouard, Guibal,

Bourrillon, Régy, Dabadie, Curvalle, Audouin, Conte, Lafitte, Besaucèle, Sainte-Colombe, Guilhem, De Nucé de Lamothe, Farges, Garipuy, Descomps, Dubosq, Montano, Miran, Roumaingas, Caillau, Rontin, Maurel, Peyraga, Gailhard-Crabère, Guionnet, Mendousse, Ollé et Buscail.

Au grade de pharmacien aide-major de première classe : MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Camboulives, Salva, Boyer, Barthès, Bonnel, Gély, Jourdan, Poujol, Montagne, Petitot et Ricau.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs en médecine Loupie, Ozenne, Castex, Gouëry, Catuffe, Mathouillet, Davy, Le Brigant, Dauchez, Gueneau, Gargam, Bernède, Hourlier, Caron et Loupiac.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe : MM. les pharmaciens diplômés de première classe Guéridaud, Michaud, Gonnard, Merlhe, Merklen, Bovet, Gérard, Garnaud et Body.

— M. Arthaud (Gabriel), chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de physiologie générale dirigé par M. Rouget à l'École pratique des Hautes-Études, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histologie et de vivisection audit laboratoire.

— *École de médecine de Marseille.* — M. Nicolas-Duranty, professeur d'anatomie pathologique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne, en remplacement de M. Villard, appelé à d'autres fonctions.

M. Laget, professeur de thérapeutique, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Nicolas-Duranty, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Gouyet est nommé médecin du lycée d'Aix (emploi nouveau).

— Un concours pour une place de chef des travaux anatomiques s'ouvrira à la Faculté de médecine de Nancy, le mardi 19 janvier 1885.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté trente jours au moins avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours.

— M. Jules Arronssohn, professeur de chimie organique, est chargé d'une mission scientifique en Italie, à l'effet d'y étudier le choléra au point de vue étiologique en même temps qu'au point de vue de la chimie physiologique et de la thérapeutique appliquée.

— M. le docteur Jules Soller, attaché au service des Messageries maritimes, est chargé d'une mission dans l'Extrême-Orient, notamment en Chine et au Japon, pour y entreprendre des recherches anthropologiques.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16863

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. I. Traumatisme du globe de l'œil, énucléation. — II. Tuberculose pulmonaire et osseuse. — III. Un cas de phymosis congénital. — IV. Tumeur hématopurulente sous-pectorale. — Quelques mots sur les épanchements pleurétiques. — Académie de Médecine. — Faculté de médecine de Paris. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les eaux de Paris et le choléra ont défrayé encore toute cette séance, les deux questions s'imbriquant, se mêlant, se confondant, de manière à finir par n'en faire plus qu'une, celle de la contamination des eaux en général comme source de propagation du choléra. Tels ont été, en effet, le titre et le sujet d'une très intéressante communication de M. Marey, qui a exposé devant l'Académie les résultats d'une vaste et judicieuse enquête qu'il a entreprise sur ce point si important d'étiologie et de prophylaxie du choléra. Il est arrivé à cette conclusion générale, qui termine son travail : qu'on a le droit dès maintenant d'affirmer que parmi les influences multiples qui peuvent transmettre le choléra, il en est une qui, pour son intensité, domine toutes les autres, c'est la souillure des eaux livrées à l'alimentation publique : d'où la première préoccupation des hygiénistes comme le premier devoir de l'administration doivent être d'assurer dans chaque localité la pureté de ses eaux potables.

On ne pouvait donner un appui plus opportun et plus ferme aux griefs portés mardi dernier à la tribune par M. Daremberg.

Il ne nous manque comme sanction que la réalisation des promesses de l'administration de la ville de Paris, que M. Gautier, qui a semblé s'en faire le garant, a portées hier à la connaissance de l'assistance.

L'infatigable rapporteur de la correspondance du choléra, M. Leroy de Méricourt, a analysé, entre autres pièces intéressantes, le rapport de la commission de Marseille, qui bat complètement en brèche la théorie microbienne de Koch.

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

I. Traumatisme du globe de l'œil, énucléation. — II. Tuberculose pulmonaire et osseuse. — III. Un cas de phymosis congénital. — IV. Tumeur hématopurulente sous-pectorale.

Nous n'avons pas moins de quatre opérations à faire aujourd'hui : deux sur des hommes, les deux autres sur des femmes.

I. La première malade que nous allons opérer est une femme de soixante-deux ans qui a été grièvement blessée il y a quatre jours. Elle avait reçu sur la tête un coup de manche de parapluie, lequel avait été appliqué avec assez de force pour se briser. En se cassant il avait atteint violemment le globe de l'œil, il avait déterminé pendant une heure une perte abondante de sang, et la vision paraissait perdue. Le lendemain matin, cette femme avait été amenée à l'hôpital et placée dans notre service.

A son arrivée, nous avons constaté l'existence d'une forte ecchymose du bord orbitaire inférieur; la malade se plaignait de vives douleurs dans l'œil; la cornée paraissait intacte, si ce n'est que derrière on apercevait une coloration spéciale, violacée, indiquant un épanchement sanguin dans la chambre antérieure de l'œil. Il y avait une déchirure de la capsule cristallinienne et une hernie de la sclérotique. La vision était complètement abolie; les douleurs dans la région temporale du côté blessé étaient extrêmement pénibles.

En présence de pareils désordres, en présence surtout d'une perte absolue de la vision, une seule opération nous paraît admissible : pratiquer immédiatement l'énucléation du globe de l'œil. C'est ce que nous allons faire.

II. Notre seconde malade est également une femme, mais beaucoup plus jeune : elle n'a que trente-deux ans.

Comme antécédents, nous trouvons chez elle, à l'âge de seize ans, une fièvre typhoïde compliquée d'accidents pulmonaires. Depuis lors elle a toujours toussé. Cette femme est mariée, elle a eu trois enfants. Aujourd'hui elle est entrée à l'hôpital pour une tumeur située sur la face dorsale du troisième métacarpien de la main gauche. Cette tumeur mesure environ trois centimètres de longueur sur deux centimètres et demi de largeur. Au dire de la malade, elle daterait seulement de trois mois. Elle est un peu fluctuante et douloureuse à la pression. De plus, le deuxième et le troisième métacarpien de la même main sont également un peu douloureux, ainsi que le quatrième, mais ce dernier plus légèrement. Les différents signes que présente cette tumeur semblent indiquer une origine tuberculeuse. Du reste, lorsque l'on vient à ausculter la poitrine, on constate nettement l'existence d'une tuberculose pulmonaire à sa première période, diagnostic d'ailleurs qu'on trouve encore confirmé par la présence de nombreux bacilles dans les crachats.

En résumé, il s'agit, chez cette femme, tout à la fois d'une tuberculose pulmonaire et d'une tuberculose siégeant

soit dans les os de la main, soit seulement dans les gaines tendineuses, tuberculose en tous cas à marche lente et torpide.

III. Si nous passons maintenant du côté des hommes, nous trouvons d'abord un individu vigoureux, âgé de trente-neuf ans, qui est venu à l'hôpital pour une hydrocèle située à gauche. De plus, il présente les traces les plus authentiques d'une syphilis en période d'évolution. Son chancre remonte à trois mois ; il a été suivi d'une éruption papuleuse, et c'est dans ces conditions qu'il est entré dans nos salles, il y a près de deux mois. Enfin il est porteur d'un phymosis rendu plus gênant encore par la syphilis. Nous l'avons mis au traitement antisyphilitique, en lui faisant prendre d'abord de l'iodure de potassium, puis de la liqueur de Van Swiéten.

Son phymosis est congénital; il a été opéré à l'âge de neuf ans, mais assez mal, car il persiste encore aujourd'hui. Les procédés opératoires auxquels on peut avoir recours sont des plus nombreux. Quant à moi, il me suffit d'une paire de ciseaux coupant bien, d'une pince, etc. J'ai soin, dans mon incision, de garder une longueur de muqueuse suffisante pour la réunir à la peau, que je me garde aussi de ne pas trop réséquer, sinon peau et muqueuse se trouvant trop tendues ne nous donneraient pas un bon résultat opératoire. Je fends le prépuce sur le dos de la verge, je tends ensuite la muqueuse sans tendre la peau, mais en la rebroussant, au contraire; je découpe peau et muqueuse avec soin pour régulariser les formes, faire un organe présentable, et place mes serres-fines sur les parties sectionnées. Dès le soir, celles-ci peuvent être enlevées en partie et le reste le lendemain. Je ne dois pas omettre, bien entendu, les lavages antiseptiques.

La guérison chez l'adulte s'achève d'habitude dans l'espace de trois à sept jours, au plus tard en dix jours. Tel est le procédé auquel j'ai recours.

Mais beaucoup de chirurgiens préfèrent la dilatation à la circoncision. Quant à moi, il n'en est pas ainsi, et ce pour bien des raisons; en tous cas, elle n'était pas indiquée ici. Je ne suis partisan, en fait de phymosis tout au moins, que des opérations très régulièrement faites; sinon il en résulte pour les individus une gêne perpétuelle, des compromissions, des tourments pouvant conduire parfois jusqu'au suicide. On en a constaté plus d'un exemple. J'ai reçu moi-même, un jour, la visite d'un de mes confrères qui avait attendu jusqu'à l'âge de cinquante-deux ans (!) avant de se décider à une opération; mais son phymosis était pour lui une telle gêne, il nécessitait de tels soins d'entretien, de curages journaliers, etc., qu'il en était arrivé à prendre la vie en dégoût.

Mais je m'arrête, et il est bien entendu que, dans ce dont je viens de vous parler, j'ai laissé tout à fait en dehors la question des phymosis diabétiques.

IV. Nous avons encore reçu ces jours-ci un homme vigoureux, robuste, âgé de trente-sept ans, qui nous raconte que,il y a douze jours, il lui est arrivé un accident très douloureux en descendant une pièce de vin dans une cave. Tandis qu'il tenait la corde, celle-ci a-t-elle reçu un brusque à-coup? a-t-elle filé brusquement, et notre homme est-il allé heurter violemment la muraille voisine, en s'arc-boutant pendant l'opération? Toujours est-il qu'il a éprouvé tout à coup une douleur vive et soudaine dans la région des pectoraux, douleur entraînant rapidement une incapacité de travail absolue du moins du membre supérieur du même côté.

Cependant ce n'est que huit jours plus tard qu'il vient à l'hôpital. On le place tout d'abord en médecine à cause de son état fébrile, puis on le renvoie dans mon service. La fièvre persiste encore, et, de plus, au niveau du muscle grand pectoral et au-dessous de lui, le soulevant, on constate l'existence d'une tumeur douloureuse, fluctuante; la peau ne présente à son niveau aucun changement de coloration. Cette tumeur sous-pectorale serait-elle une adénite aiguë du creux de l'aisselle? Cela ne me paraît guère admissible ; nous ne trouvons ni plaie, ni ulcération, ni coupure, quoi que ce soit qui puisse justifier ce diagnostic ; de plus, aucun des ganglions de l'aisselle n'est tuméfié.

Il faudrait alors imaginer une adénite simple, inflammatoire, de quelque ganglion sous-pectoral, affection fort rare. N'est-il pas plus logique de considérer cette tumeur comme résultant soit d'une contusion, soit d'une rupture accidentelle, et fournie par un épanchement de sang avec suppuration consécutive, c'est-à-dire comme un abcès hématique? C'est à cette opinion que je me rattache complètement, de sorte que dans quelques instants je vais ouvrir la tumeur, soit par sa partie antérieure qui est plus accessible, soit par le creux de l'aisselle qui me permettra de placer un gros tube à drainage, dont la déclivité facilite l'écoulement des liquides contenus dans la tumeur.

QUELQUES MOTS
SUR LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES

Par M. le docteur A. Vigot,
Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Caen.

Sous ce titre, nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète du *diagnostic* des épanchements pleurétiques et de la *terminaison* des pleurésies purulentes ; notre but est simplement de relater quelques faits ayant trait à ces deux sujets, qu'il nous a été donné d'observer pendant notre internat et notre clinicat à l'Hôtel-Dieu de Nantes (1).

Dans un premier paragraphe, nous nous occuperons de quelques erreurs de diagnostic qui se rattachent à l'épanchement pleurétique et, dans un second, de la marche et de l'ouverture des collections purulentes de la cavité pleurale.

I

Le diagnostic de la pleurésie est habituellement facile à poser; les signes fonctionnels (fièvre, frissons, point de côté, toux, dyspnée, décubitus), et surtout les signes physiques, fournis par l'inspection (voussure, diminution des mouvements d'ampliation du thorax), par la palpation (absence de vibrations thoraciques), par la mensuration, par la percussion (matité), et par l'auscultation (absence de murmure respiratoire, souffle, égophonie) permettent dans la plupart des cas de la reconnaître d'une façon sûre.

Mais pour peu que la pleurésie revête une marche subaiguë ou qu'elle soit chronique, ces symptômes ne se trouvent pas tous réunis et le diagnostic est parfois difficile. Il est des lésions qui lui empruntent quelques-uns de ces

(1) Nous publions ces observations avec l'autorisation de nos chefs de service, MM. les docteurs Malherbe, Berneaudeaux, Heurtaux.

signes, induisent en erreur et font porter un diagnostic erroné.

« Dans quelques cas, dit Trousseau (1), tous les signes de la pleurésie existent et l'autopsie révèle une autre lésion. »

Témoins les deux faits d'Empis qui diagnostique « pleurésie droite », dans le premier cas, avec point de côté, dyspnée, fièvre, matité en bas et absence du murmure respiratoire, en haut respiration bronchique et égophonie. A l'autopsie on trouve une tumeur encéphaloïde.

Dans le second cas, les signes sont analogues et à l'autopsie on trouve un kyste hydatique du foie. Dans ce dernier cas, Monneret avait également porté le diagnostic de pleurésie et avait fait une ponction restée sans résultat. Une nouvelle ponction donna à Empis un plein bassin de pus.

Barthez a signalé des erreurs de diagnostic analogues. Chez les enfants, l'infiltration tuberculeuse simule un épanchement pleurétique. On avait porté ce dernier diagnostic dans deux cas. Dans l'un, l'autopsie montra une tuberculose généralisée; dans le second, une ponction fut pratiquée et ne donna rien (2).

Mentionnons également la spléno-pneumonie (3) de Grancher, dont les symptômes analogues à ceux de la pleurésie peuvent induire en erreur (point de côté, frisson, dyspnée, toux, fièvre, matité, affaiblissement des vibrations vocales, souffle aigu, égophonie pectorique aphone). Dans le premier cas signalé par Grancher, l'interne et les élèves du service avaient diagnostiqué une pleurésie. La ponction avec une seringue de Pravaz ne donna que quelques bulles d'air et une gouttelette de sang.

Pendant notre internat (Nantes, 1881) dans le service de notre cher maître M. le docteur Berneaudeaux, il nous a été donné de voir deux faits dans lesquels le diagnostic *pleurésie* avait été porté, tandis que l'autopsie démontra dans l'un un *abcès du foie*, et dans l'autre une *tumeur* (lympho-sarcome) de la cavité pleurale.

Nous ne reculons point devant la publication de deux erreurs de diagnostic, car il faut avoir le courage de faire connaître aussi bien les faits malheureux que les faits heureux.

Observation I. — *Abcès du foie.* — J. G..., trente-trois ans, soutier à bord de la *Ville-de-Saint-Nazaire*, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 21 mai 1881, dans le service de M. le docteur Berneaudeaux (salle 9, nº 14).

Antécédents. — Il a commencé à voyager à dix-huit ans et a toujours été soutier.

A vingt-trois ans, il a la dysenterie en Cochinchine. Elle dure six mois. A vingt-cinq ans, il a la fièvre intermittente (quotidienne) en Afrique, et la garde près de deux ans. Dès ce moment, il commence à souffrir du côté droit. Il n'a jamais eu la jaunisse.

En 1878, il entre dans le service de la clinique interne et y reste deux mois.

Il y rentre, en 1879, pour ascite.

L'année 1880 est bonne.

Il rentre, en février 1881, à la Clinique interne. L'ascite est revenue. Il se plaint de douleurs dans l'hypocondre droit. Il sort en mars.

Le 21 mai 1881, il entre à la salle nº 9, dans le service de M. le docteur Berneaudeaux.

Le foie est hypertrophié, sans saillie extérieure. On limite très bien par la palpation le lobe rectangulaire, qui descend à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde.

La rate est hypertrophiée.

Appétit presque nul. Selles difficiles. Vomissements répétés.

Pouls 80. Temp. 37°,8.

Iodure de potassium et potion antiémétique de Rivière.

24 mai. Les urines sont pâles, ne présentent point la réaction biliaire. Elles contiennent une quantité assez notable d'albumine.

27. La teinte du malade devient subictérique, presque cachectique. M. Berneaudeaux nous fait remarquer que les symptômes sont assez disparates. De la cirrhose hypertrophique, ce malade a l'hypermégalie hépatique et splénique, mais il n'en a pas l'ictère; de la cirrhose atrophique, il a l'ascite et l'absence d'ictère; mais, par contre, le foie est volumineux, ce qui a bien lieu au début de la cirrhose atrophique, mais d'une façon transitoire et point aussi marquée.

M. Berneaudeaux nous fait aussi remarquer que l'on peut admettre l'idée d'une affection organique du foie, vu la palpation de ce viscère et le teint cachectique du malade.

A l'auscultation de la base du poumon droit, on trouve du souffle un peu rude; la percussion donne une matité occupant le quart inférieur de cette base. Absence de vibrations thoraciques. On pouvait donc conclure à un épanchement pleurétique.

1er juin. Les vomissements augmentent. Le ventre se ballonne. Pouls à 92. Temp. 38°,2.

5 juin. Accentuation de ces symptômes. Poussée de péritonite.

10 juin. La face se grippe. Hoquet. Météorisme. Œdème des parois abdominales. Vomissements.

Le malade meurt le 11 au soir.

Autopsie le 13 au matin.

A l'ouverture de l'abdomen, un liquide clair, citrin, s'écoule en assez grande quantité. Sur les intestins, picté rougeâtre. Dans les fosses iliaques, il y a du pus.

Le foie occupe tout l'hypocondre droit, l'épigastre, et arrive presque au contact de la rate, qui, elle-même, est volumineuse (deux fois son volume normal). Pour retirer ces viscères, il faut faire sauter le sternum et enlever poumons, cœur, diaphragme, foie et rate; car cela forme un tout compact. On remarque sur la face supérieure gauche du foie une excavation que limite à gauche la rate. Dans cette cavité est gîté le cœur.

Point de liquide dans les plèvres. Toute la base du poumon droit est adhérente au diaphragme qui est lui-même adhérent au foie. Cette base du poumon est fortement congestionnée.

Le foie est volumineux. Sur sa surface on voit de grosses veines dilatées, autant de veines portes supplémentaires. En cherchant à décoller sa convexité du diaphragme, nous voyons sourdre en un point une gouttelette de pus. Nous palpons le lobe droit, et obtenons de la fluctuation sur une vaste étendue. On y plonge le scalpel et il s'écoule un litre et demi de pus. L'intérieur de la cavité présente un aspect déchiqueté; elle est tapissée par une sorte de membrane pyogénique. Le reste du foie est cirrhotique. Voici une analyse du pus, faite par M. Audouard, professeur de chimie à l'École de médecine de Nantes :

« Très peu de leucocytes, un peu plus de globules rouges, et surtout de granulations moléculaires insolubles dans l'acide acétique. La matière grasse abonde. »

Les reins ont un volume normal : ils sont blancs à la coupe. La substance corticale a en partie disparu. La réaction iodo-sulfurique nous a montré la dégénérescence amyloïde.

Il avait été posé le diagnostic de cirrhose et d'épanchement pleurétique, et voilà que le foie contient près de deux litres de pus. Ce n'est pas la première fois qu'un abcès du foie n'est reconnu qu'à l'autopsie. Dans son dernier séjour à l'hôpital, le malade avait présenté peu de symptômes de la suppuration. Il ne s'était pas plaint de vives douleurs dans l'hypocondre droit; cette région ne faisait point saillie; ce malade n'a point eu de frissons ; il est mort péritoniquement, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Il n'a point eu de mouvements fébriles intenses : le pouls a oscillé de 70 à 90 jusqu'aux derniers temps, où il a revêtu les caractères

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* (5e édit.), tome I, p. 752.

(2) *Diction. de Jaccoud.* Article Pleurésie, p. 192. Fernet et d'Heilly.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1883, nº 96.

du pouls péritonéal. Les chirurgiens militaires croient qu'un abcès du foie ne peut se développer sans fièvre. Toutefois nous voyons qu'ici notre malade n'a point eu de fièvre intense pendant son dernier séjour à l'Hôtel-Dieu. En a-t-il présenté antérieurement? C'est ce qu'il serait intéressant mais malheureusement impossible de savoir.

Cet abcès s'était développé aux dépens de la cavité thoracique; il refoulait le poumon droit; nous avions ainsi de la gêne respiratoire et une matité augmentée par la congestion intense de la base droite; ajoutons le souffle perçu à l'auscultation au-dessus de la ligne de cette matité. Ne pourrait-on pas, dans ce cas, conclure à un épanchement pleurétique?

A combien remonte cet abcès? La cause de presque tous les abcès du foie est la dysenterie. Or notre malade l'a eue, mais dix ans avant sa mort. Nous n'oserions pas faire remonter le début de cet abcès à la suite de cette dysenterie. Cela lui ferait neuf années d'évolution. Cependant, quand on songe au volume énorme de la collection purulente, quand on songe à certains abcès ossifluents que portent pendant fort longtemps les individus atteints du mal de Pott, on pourrait peut-être croire à une longue évolution pour cet abcès. Les douleurs dans l'hypocondre droit ont commencé à vingt-cinq ans, c'est-à-dire deux ans après la dysenterie, alors que le malade avait la fièvre intermittente, en Afrique. Est-ce que le séjour en Afrique et cette fièvre intermittente n'ont pas pu être le coup de fouet qui a fait commencer la suppuration chez un individu prédisposé?

Pour Jaccoud, les symptômes de l'abcès du foie sont : frissons, douleur, fièvre, dyspnée, toux sèche, tuméfaction, vomissements, ictère, déformation thoracique.

L'abcès du foie « se développe, dit Jaccoud (1), aux dépens de la cavité thoracique, refoule le poumon droit et donne lieu à de la gêne respiratoire et à une matité à ligne supérieure convexe par en haut; au niveau de cette matité le bruit respiratoire est nul, les vibrations vocales absentes, et, n'étaient les commémoratifs et les symptômes hépatiques actuels, on pourrait bien admettre un épanchement pleural chronique. »

Notre malade a présenté ces symptômes d'épanchement pleural, mais les signes de suppuration et de collection purulente ont fait pour la plupart défaut.

Malcolmson et O'Brien donnent encore deux autres signes : la tuméfaction de la rate et les douleurs lombaires avec irradiation dans le membre inférieur. Le premier signe s'explique facilement par la destruction d'une partie du parenchyme hépatique; notre malade l'a présenté, mais n'a point eu le second.

« La suppuration peut être latente, dit Jaccoud : de là des cas insidieux, dans lesquels, en l'absence de tout symptôme, l'abcès n'est reconnu que lorsqu'il forme tumeur ou, pis encore, à l'autopsie (faits de Hospel, Mallet et Budd). »

Tel est un peu le cas de notre malade.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 octobre 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° une note de M. le docteur Gobillot, médecin-major, sur la topographie médicale de Cambrai; 2° une lettre de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault) demandant à lire à l'Académie un travail tendant à prouver que rien n'autorise à croire que le choléra est contagieux, infectieux et susceptible d'être importé.

LECTURE

Eaux de Paris. — M. A. GAUTIER lit un travail sur les eaux de Paris. Il résume ce travail de la façon suivante :

Au point de vue le plus grave et le plus pressant, dit-il, l'administration de la ville de Paris s'est mise en mesure de fournir à la banlieue, alimentée jusqu'ici par les eaux infectées de la prise de Saint-Denis, 8,000 mètres cubes d'eau de Seine prise en amont. Elle a fait établir aux abords de toutes les rues où il n'y a pas de double canalisation des fontaines à repoussoir alimentées en eau de source.

Au point de vue des égouts et de l'assainissement du fleuve, les ingénieurs du département viennent de présenter au conseil général un projet de double égout collecteur longeant parrallèlement les deux rives de la Seine et allant déboucher à Achères. Ces deux égouts draineront toutes les déjections de Paris et de ses usines depuis et avant Ivry.

Enfin, dans sa dernière séance, le conseil municipal s'est montré favorable à l'exécution prochaine d'un nouvel aqueduc destiné à doubler l'alimentation de Paris en eau de source. Les études déjà faites permettent de compter sur plus de 150,000 mètres cubes d'eau par jour.

De la contamination des eaux comme source de propagation du choléra. — M. MAREY, après avoir rappelé toutes les enquêtes, tous les rapports faits en France depuis 1832, jusqu'aux rapports faits à l'Académie par Briquet et Barth, arrive à constater ce premier résultat, que ces rapports ont montré que l'enquête portant sur les départements n'a pas été stérile, et que les plus petites localités sont celles où il est le plus facile de suivre la progression de la maladie.

C'est, dit-il, aujourd'hui une vérité acquise, un principe établi pour les médecins qui s'occupent spécialement des maladies épidémiques.

Est-ce à dire que les enquêtes générales soient inutiles? Non, sans doute. Depuis l'épidémie de 1832 jusqu'à celle de 1884, un certain nombre de faits relatifs à la propagation du choléra ont été mis en lumière par les observations faites en différents pays. D'autre part, la théorie des maladies épidémiques et contagieuses a subi dans ces dernières années une révolution véritable. Le moment est venu de rechercher si la théorie nouvelle présente avec les faits d'observation la concordance nécessaire.

Énumérant les faits établis par les rapports officiels faits à l'Académie, il montre qu'ils se résument : dans la distinction de différents degrés d'intensité de la maladie; sa transmission par l'homme, ses pérégrinations avec lui par terre et par mer; la résidence du principe contagieux dans les déjections des malades; sa transmission par les objets ayant servi aux cholériques; l'état réfractaire de beaucoup de sujets au choléra; sa durée d'incubation (de douze à vingt-quatre heures); ses sévices plus fréquents dans les villes que dans les campagnes; sa mortalité relativement plus grande dans les campagnes; parmi les populations pauvres que dans les classes riches ou aisées; l'influence des temps chauds et secs sur l'accroissement de l'intensité de la maladie; sa transmission par les vents; l'immunité des grandes altitudes; l'influence des violents orages et des grandes pluies; l'action des déjections s'infiltrant dans le sol, souillant les puits, les citernes, etc.; l'immunité des établissements fermés, prisons, collèges, couvents, etc.

Tels sont les principaux faits que l'observation a révélés. La théorie parasitaire ou microbienne doit les expliquer tous; bien plus, elle doit nous conduire à spécifier d'une manière précise les voies par lesquelles les germes infectieux pénètrent le plus habituellement dans l'organisme. En restant d'accord avec les faits observés, on peut admettre avec M. Pasteur qu'il n'émane d'un

---

(1) Jaccoud, *Pathologie interne*, tome II, pp. 337-339.

sujet atteint de choléra aucun élément contagieux volatil dangereux pour ceux qui le respirent.

Mais, en dehors du mode de transmission le plus probable du choléra, il en est un autre qui semble être plus fréquent encore : c'est l'infection des eaux potables par les déjections des malades.

La démonstration d'un pareil danger a été surabondamment faite pour la transmission de la fièvre typhoïde ; des documents recueillis sur les épidémies de choléra montrent que la contamination des eaux ne joue pas un rôle moins important dans la propagation de cette maladie.

C'est à faire ressortir l'importance de ce fait général de l'influence nocive des eaux que M. Marey consacre les développements les plus importants dans lesquels il entre dans ce travail, montrant que le choléra suit fréquemment les cours d'eau, se propageant souvent dans le sens du courant ; que ce mode d'introduction expliquerait l'apparition du choléra dans certaines localités n'ayant aucune relation avec les pays contaminés ; faisant voir comment cette influence nocive des eaux implique nécessairement que les habitants des villages infectés en aient fait usage pour leurs besoins ; expliquant la contamination du ruisseau par la vicieuse habitude qu'ont les gens de la campagne de répandre au hasard les déjections cholériques, etc.

La production des foyers épidémiques localisés dans certaines rues ou dans certaines maisons semble être la conséquence nécessaire de la contamination des eaux potables.

Ainsi s'expliquerait encore l'immunité de certaines villes alimentées par des eaux de source ou par des torrents rapides.

M. Marey appuie toutes ces propositions sur les documents importants empruntés à l'Angleterre où est née cette opinion, et sur une étude qu'il a faite sur un plan de Paris correspondant à l'année 1849, en s'aidant d'une part de renseignements recueillis auprès de l'ancien secrétaire de Belgrand, qui lui a fourni de précieuses indications sur la nature des eaux qui alimentaient à cette époque les différents quartiers de Paris, et d'autre part des relevés mortuaires par quartier de cette même époque.

Ainsi la comparaison de la mortalité dans Paris avec la nature des eaux qui y étaient distribuées montre clairement que le choléra a été beaucoup moins violent dans les quartiers alimentés par une nappe souterraine que par ceux qui buvaient de l'eau de rivière.

Un travail analogue fait pour le choléra de la même année (1849) dans sa ville natale (Beaune) l'a conduit à des conséquences à peu près identiques.

Dans les différentes observations rapportées dans le travail de M. Marey, on trouve des formes variées de contamination des eaux potables et en correspondance avec ces formes, des foyers épidémiques de caractères différents : vastes surfaces jonchées de morts quand une canalisation y distribue des eaux souillées par les déjections cholériques ; enclaves de faible mortalité pour les quartiers alimentés d'eau pure ; épidémies de rues le long d'égouts dont les eaux infectes s'infiltrent dans les puits, etc., etc.

Le résultat des renseignements qu'il a pu recueillir sur l'invasion du choléra en Italie, l'a conduit également à des résultats semblables.

Je répéterai donc, dit M. Marey en terminant : On a le droit dès maintenant d'affirmer que parmi les influences multiples qui peuvent transmettre le choléra, il en est une qui pour son intensité paraît dominer toutes les autres : c'est la souillure des eaux livrées à l'alimentation publique.

Assurer dans chaque localité la pureté de ces eaux potables devra être la première préoccupation des hygiénistes, le premier devoir de l'administration.

M. LE FORT rappelle un fait qu'il a publié, en 1866, dans la *Gazette hebdomadaire*, et qui vient à l'appui de l'opinion émise par M. Marey, relativement à l'influence des eaux sur les épidémies. Le choléra sévissait alors dans un quartier de Londres, lorsqu'il vint à éclater subitement dans un autre quartier fort éloigné et à porter ses ravages dans plusieurs maisons disséminées çà et là. Après enquête, on reconnut que tous les habitants des maisons atteintes étaient abonnés à une compagnie d'eaux qui fournissait de l'eau puisée dans une petite rivière se trouvant à une très grande distance de là, dans un pays contaminé.

M. MAREY, en rapportant ces faits, a surtout voulu faire ressortir l'importance des études statistiques et topographiques au point de vue de la marche des épidémies. Il importe de bien faire comprendre aux médecins chargés d'une enquête sur l'épidémie actuelle la nécessité de recourir aux indications topographiques.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que l'enquête sollicitée par M. Marey serait impossible à Paris, au cas où l'épidémie y sévirait, attendu qu'on ne sait jamais à Paris l'eau que l'on boit, l'eau de la Vanne ou de la Dhuis, selon les besoins, étant remplacée par l'eau de l'Ourcq ou de la Seine.

M. MAREY répond qu'à l'époque à laquelle se reporte l'enquête dont il vient de donner les résultats, il n'y avait pas encore le jeu de robinets qui existe aujourd'hui et qui permet de fournir tantôt une eau, tantôt une autre. A cette époque, en effet, il y avait encore les porteurs d'eau qui allaient chercher l'eau aux bornes-fontaines les plus voisines et qui, en particulier pour le quartier dont il a parlé, étaient toutes alimentées par une seule source, le puits de Grenelle. Les chiffres qu'a donnés M. Marey conservent donc toute leur valeur. Il répète, à cette occasion, que les enquêtes les plus sérieuses seront celles qui seront faites dans des prisons, des couvents ou des établissements fermés.

M. DAREMBERG, en réponse à l'argumentation de M. Gautier, demande à présenter quelques observations sur les moyens que propose l'administration pour remédier au déplorable état de choses actuel. L'administration s'engage à ne fournir à l'avenir, pour l'alimentation, que de l'eau de source ou de l'eau de Seine prise en amont. Or y a-t-il donc une si grande différence entre l'eau de Seine prise en amont et celle qui est prise en aval? Il y a à peine 5 milligrammes de différence pour les matières organiques. Dans la partie de la Seine qui est en amont de Paris et dans Paris, on compte cinquante-six embouchures d'égout; en outre, la Seine reçoit toutes les matières fécales de la Cité, de la préfecture de police. Le remède proposé à l'état de choses actuel ne saurait donc être d'une grande efficacité ; ce matin même, M. Daremberg a vu, dans l'espace d'un quart d'heure, à Montmartre, plus de douze femmes, venir chercher de l'eau de boisson à une borne-fontaine donnant de l'eau de Seine. Il serait sage, de la part de l'administration, d'informer le public, par une affiche quelconque, que cette eau des bornes-fontaines ne doit pas être prise pour l'alimentation.

La prise d'eau de Saint-Ouen est, paraît-il, maintenant uniquement destinée à l'arrosage des rues de Montreuil et à quelques lavoirs et établissements de bains. Mais est-il sain d'alimenter les lavoirs avec de l'eau contenant 20 milligrammes de matières organiques? Il vaudrait, sans doute, beaucoup mieux supprimer complètement cette prise d'eau de Saint-Ouen comme celle de Saint-Denis.

Enfin il faudrait arriver à ce que les propriétaires fussent forcés de ne donner à leurs locataires que de l'eau de source.

Les réservoirs destinés aux eaux de source ont été remplis, pendant un certain temps, par l'eau de Seine. Il y a là encore un danger qu'il faut signaler à l'administration. Les parois de ces réservoirs conservent évidemment un grand nombre de matières organiques qui souillent ensuite l'eau de source.

En terminant, M. Daremberg déclare s'associer à M. Bouley pour demander que l'Académie émette le vœu que la Seine et la Marne ne soient plus souillées par des déjections.

M. GAUTIER, d'accord avec M. Daremberg sur beaucoup de points, fait observer qu'à l'impossible nul n'est tenu, que lorsque l'eau de source fait défaut, il vaut encore mieux avoir de l'eau de Seine que de n'en pas avoir du tout. Il reconnaît, avec M. Daremberg, le danger d'alimenter les bains avec de l'eau contaminée, et a lui-même ainsi contracté dans un bain, à Narbonne, une fièvre intermittente par une plaie à la main.

M. LÉON COLIN reconnaît que Paris ne possède pas des ressources suffisantes en eaux potables. Cependant il est distribué par jour 120,000 mètres cubes d'eau de source, ce qui représente 50 litres par habitant. Il y a donc des pertes considérables dans la distribution ou même dans la répartition de cette eau. Dans l'intérêt public, il y aurait lieu d'en faire un rationnement qui permettrait d'en faire profiter tous les habitants, et non seulement quelques favorisés aux dépens des autres.

RAPPORT

Choléra. — M. LEROY DE MÉRICOURT, au nom de la commission des épidémies, lit un rapport sur les pièces relatives au choléra.

Il signale particulièrement le rapport de la commission nommée par la Société nationale de médecine de Marseille au sujet du choléra. Cette commission était composée de MM. Sicard, Taxis, Bouisson, Queirel, Charreyre et Livon, rapporteur. Elle a répété les expériences faites par les savants français et allemands sur les déjections et le sang des cholériques. Il s'agissait surtout de contrôler les assertions de M. Koch. Voici le résultat de leurs recherches : Il y a constamment un rapport inverse entre la proportion des bacilles et la coloration des selles ; les déjections riziformes sont celles qui en contiennent le plus. En résumé, d'une série de quarante et une expériences, la commission de Marseille se croit autorisée à formuler les conclusions suivantes :

1° Le choléra peut se transmettre aux animaux ;

2° Le contenu stomacal, intestinal et les déjections, même les plus riziformes, sont absolument inoffensifs ;

3° Il en est de même du sang recueilli pendant la période de réaction ; c'est seulement dans la période algide que le sang a une propriété infectieuse, conclusion conforme à celle formulée par M. Robin en 1865 ;

4° Cette propriété est d'autant plus énergique que l'on est plus rapproché de la période de début ; elle disparaît au bout de vingt-quatre heures environ.

Il en résulte que la théorie allemande n'est qu'une hypothèse qu'aucune expérience ne justifie et qui trouve une nouvelle réfutation dans le mode de propagation du choléra. La commission réfute donc l'assertion de M. Koch relative au bacille virgule. En dernière analyse, la commission peut plutôt dire ce que le choléra n'est pas que ce que le choléra est.

Le rapport se termine par des objections relatives aux affirmations de M. Koch sur le mode de propagation par l'eau. Il résulte d'une enquête faite à Pondichéry et en d'autres lieux que les faits observés sont en contradiction absolue avec les assertions du savant allemand. De nouvelles recherches faites dans l'Inde sur l'importance des bactéries dans le choléra par les micrographes les plus autorisés, sont venues complètement détruire la théorie soutenue par M. Koch.

M. le docteur Vailhé adresse à l'Académie la relation de l'épidémie cholérique qui a sévi à Cette. Ce confrère se montre partisan convaincu de la doctrine de la constitution prémonitoire et n'est pas contagioniste.

La séance est levée à cinq heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Inscription des élèves nouveaux.

L'inscription des élèves nouveaux aura lieu tous les jours, de midi à trois heures, dans le cabinet du doyen, du mercredi 15 octobre au samedi 15 novembre inclus. Le dossier scolaire de ces élèves sera constitué conformément aux règles établies ci-dessous (articles 3 et 23 du décret en date du 30 juillet 1883). Il sera délivré une feuille d'inscription, une carte d'étudiant, ainsi qu'un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription et retirer le bulletin de versement des droits à payer à la caisse du receveur des droits universitaires.

ARTICLE PREMIER. — Un règlement, préparé par la Faculté ou École et approuvé par le recteur, fixe le délai pendant lequel reste ouvert le registre d'inscription à chaque trimestre. Les bacheliers reçus à la session de novembre et les étudiants qui n'ont passé qu'en novembre les examens correspondant aux quatrième, huitième et douzième inscriptions, et les engagés conditionnels d'un an, libérés à cette époque, sont admis à se faire inscrire après leur réception ou leur libération.

Il leur est accordé à cet effet, après leur libération ou leur réception, un délai qui ne peut dépasser huit jours. Le registre est clos par le doyen ou par le directeur et visé par le recteur de l'Académie ou par son délégué.

ART. 2. — La première inscription doit être prise au commencement de l'année scolaire. L'étudiant ne peut, en aucun cas, faire prendre ses inscriptions par un mandataire. En cas de maladie dûment constatée ou d'empêchement légitime, le recteur peut, sur l'avis de la Faculté ou de l'École, accorder l'autorisation de prendre une inscription après clôture du registre. Pour des motifs graves, après avis conforme de la Faculté ou École, le recteur peut accorder l'autorisation de prendre les deux premières inscriptions de médecine avant le 15 janvier. Il n'est donné aucune suite aux demandes qui parviennent à la Faculté ou École après le 1er janvier. En aucun cas, l'étudiant ne peut commencer ses études après le 15 janvier. Aucune dispense ne sera accordée.

ART. 3. — Tout étudiant qui se présente pour prendre sa première inscription dans un établissement d'enseignement supérieur est tenu de déposer :

1° Son acte de naissance ; 2° s'il est mineur, le consentement de son père ou de son tuteur. Ce consentement doit indiquer le domicile du père ou du tuteur ; 3° les diplômes exigés par les règlements.

Les aspirants au doctorat doivent produire les diplômes suivants (décret du 20 juin 1878) :

1° Baccalauréat ès lettres ; 2° baccalauréat ès sciences (complet ou restreint) ou de l'enseignement secondaire spécial.

Les aspirants à l'officiat doivent (décret du 1er août 1883), à défaut d'un diplôme de bachelier, justifier du certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial ou du certificat d'examen de grammaire, complété par un examen portant sur les éléments de physique, de chimie et d'histoire naturelle, conformément au programme d'études de l'enseignement secondaire spécial. Toutefois, en ce qui concerne l'examen complémentaire du certificat de grammaire, il a été décidé (circulaire ministérielle du 9 octobre 1883) que, durant une période de deux ans, qui prendra fin le 1er novembre 1885, des dispenses pourront être accordées, sur l'avis motivé de la Faculté ou École, aux étudiants qui ont subi l'examen de grammaire avant le 1er août 1883.

ART. 4. — L'étudiant est tenu de déclarer en s'inscrivant sa résidence réelle, et, s'il vient à en changer, de faire une nouvelle déclaration. Toute fausse déclaration de résidence peut être puni de la perte d'une ou deux inscriptions. Cette peine est prononcée sans recours par la Faculté ou École.

ART. 6. — Tout étudiant, convaincu d'avoir pris une inscription pour un autre, encourt la perte d'une à quatre inscriptions ; s'il a toutes ses inscriptions, il est ajourné pour les épreuves qui lui restent à subir, pour un temps qui ne peut excéder une année. Est passible de la même peine l'étudiant convaincu d'avoir fait prendre par une autre personne une inscription à son profit. La peine, dans ces différents cas, est prononcée sans recours par la Faculté ou École à laquelle appartient l'étudiant.

ART. 23. — Le dossier de l'élève d'un établissement d'enseignement supérieur qui veut passer d'une Faculté ou École dans une autre, en conservant le bénéfice des inscriptions qu'il a prises et des examens qu'il a subis, doit contenir : 1° son acte de naissance ; 2° un certificat de scolarité délivré par le doyen ou directeur et visé par le recteur. Ce certificat mentionne en particulier la situation scolaire : inscriptions, examens, notes, ajournement, stage,

travaux pratiques, etc. Ce dossier est transmis d'une Faculté à une autre, par les soins du recteur. En cas de refus du doyen ou directeur de délivrer le certificat, le ministre statue après enquête.

Art. 27. — Tout étudiant qui, sans motif jugé valable par la Faculté ou École, néglige pendant deux ans de prendre des inscriptions et de subir aucune épreuve, perd le bénéfice des inscriptions prises depuis la dernière épreuve subie avec succès. La décision est prononcée, sans appel, par la Faculté ou École. Les aspirants officiers de santé ne pourront, dans aucun cas, convertir en inscriptions de doctorat, pendant la durée de leurs études, les inscriptions qu'ils auraient déjà prises. Aucune concession d'inscription de doctorat, correspondant à un certain nombre d'inscriptions d'officiat, ne sera accordée (décret du 20 juin 1878 et arrêté du 23 juillet 1882).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'épidémie nous fournit les chiffres suivants pour les deux dernières journées :

Toulon, 1 décès à l'hôpital Saint-Mandrier. — *Marseille*, 2 décès. — *Perpignan*, 1 décès. — *Oran*, 13 décès et 6 cas nouveaux. — *Bône*, 0 décès, 2 malades en traitement. — *Philippeville*, 5 malades en traitement.

Italie. — 440 cas nouveaux et 267 décès, chiffres parmi lesquels sont comprises la ville de *Naples* pour 215 cas et 128 décès, la ville de *Gênes* pour 11 cas et 14 décès.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions. Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante. Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen, sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions; 2° les docteurs français; 3° les docteurs et les étudiants étrangers à la Faculté. L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire. Les droits sont de quarante francs, payables en une fois.

Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1884-1885, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

— Un concours pour la nomination à cinq places d'élèves internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Marseille s'ouvrira le lundi 8 décembre 1884, à huit heures du matin, à l'Hôtel-Dieu de cette ville.

Un concours pour huit places d'élèves externes s'ouvrira, dans le même établissement, le lundi 15 décembre 1884, à trois heures du soir.

Les élèves nommés entreront en exercice le 1er janvier 1885. La durée des fonctions est de quatre années pour les premiers et de trois ans pour les seconds.

— Un concours public s'ouvrira le mardi 18 novembre 1884, à trois heures du soir, à la Faculté de médecine de Nancy, pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'asile public d'aliénés de Maréville.

Seuls pourront prendre part au concours les étudiants en médecine ayant au moins douze inscriptions de doctorat.

Bulletins et mémoires de la Société française d'otologie et de laryngologie. Tome Ier, fascicule III. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16866

79

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel; facilite le sevrage, et contribue, en outre, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

79

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd,

Royat, eau minérale naturelle

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

7

INALTÉRABLE, D'UN GOUT EXQUIS.

Vin d'Almanza de Lavocat

Au *quinquina, cacao, colombo* et *moka.*

Rétablit les fonctions de l'APPAREIL DIGESTIF, reconstitue les TEMPÉRAMENTS AFFAIBLIS.

Combat sûrement :

ANÉMIE, CHLOROSES, DIARRHÉES, FIÈVRES, etc.

Des flacons à l'essai sont envoyés gracieusement à **MM. les Docteurs** qui en feront la demande : à Lyon, phie LAVOCAT, 42, rue Ferrandière; à Paris, phie MOPPERT, 51, rue du Temple.

2

Aseptol **Acide orthoxyphénilsulfureux**

préparé par E. GAUTRELET

pharmacien-chimiste de 1re classe, ex-interne et lauréat des hôpitaux et de l'École de pharmacie de Paris.

Premier prix. — Médaille d'or

L'**Aseptol** ou acide orthoxyphénilsulfureux, est aujourd'hui reconnu comme le plus puissant des antiseptiques. Il a sur l'acide phénique l'avantage d'être soluble, presque inodore et non toxique.

L'**Aseptol** remplace avec avantage l'acide phénique dans toutes ses applications : pansements de toute sorte, même ceux de l'oculistique; applications sur les muqueuses dans le muguet et la diphtérie; injections vésicales et vaginales; pansements chirurgicaux dits de Lister, partout enfin où l'on emploie l'acide phénique et les antiseptiques.

L'**Aseptol**, comme structure chimique, est analogue à l'acide salicylique. Il a l'aspect d'un liquide sirupeux à réaction franchement acide, et cristallise à 8 degrés.

On emploie l'**Aseptol** à la façon de l'acide phénique, et en pouvant élever les doses d'une façon considérable, tant pour l'usage interne que pour l'usage externe.

Le flacon, **3** fr. **50**. — Le kilog., **10** fr.

Vente en gros : 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, et 23, rue d'Hauteville, Paris.

65

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies*, *Bronchites nerveuses*, *Coqueluches*, *Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation.*

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

136

Pansement antiseptique

Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent em ployer ce mode de pansement.

46

Pougues EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE

Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles. Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

25

Saint-Raphaël, Vin tannique,

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

73

Maltine Gerbay,

Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacée.

TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUERISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

39

Vin Defresne à la Peptone

Admise première, après analyse, dans les hôpitaux de Paris.

Récompensée à l'exposition universelle 1878.

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire fluidifiée digérée rendue assimilable.

Dose: 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr.

ELIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr., nutriment agréable et reconstituant.

PEPTONE DEFRESNE : 25 p. 100 de peptonet

Dose : 2 cuillerées à la fois dans eau tiède et salée, 5 fr.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine,** Paris.

113

Le phosphate monocalcique

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Siropreconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30
Vin id, id. à 1 — 60

Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharmties.

91

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

51

Bas varices Dalpiaz Paris, 275. r. Saint-Honoré.

Envoi gratuit sur demande du prix courant *médical* et des indications nécessaires

65

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

65

Gemme saponinée Lagasse

ANTISEPTIQUE ÉNERGIQUE

le seul ayant une odeur agréable, *celle balsamique du pin maritime,* dont il contient tous les principes actifs.

PLAIES, ULCÈRES, FLUX FÉTIDES, LEUCORRHÉE, SUITES D'ACCOUCHEMENTS.

125

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

67

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.

(*Rapport favoarble de l'Académie de médecine de Paris, le* 29 *mars* 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

54

Sirop de Papaïne TROUETTE-PERRET.

Maladies d'estomac, gastrites, gastralgies, diarrhées chroniques, vomissements des enfants, etc. Une cuillerée à bouche après chaque repas.

Gros, 165, rue St-Antoine. Dépôt toutes phies.

N° 121. — SAMEDI 18 OCTOBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 18 OCTOBRE 1884. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Arthrotomie du genou. — De l'arthrotomie antiseptique en général. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe session, 1884). — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Arthrotomie du genou.

Deux nouvelles arthrotomies du genou ont été pratiquées récemment dans les hôpitaux de Paris, l'une par M. Kirmisson, dans le service de M. Verneuil, dont il est chargé en ce moment; l'autre, par M. Terrillon, alors qu'il suppléait encore M. Gosselin à la Charité.

Voici très sommairement l'histoire de ces deux opérés et le résultat de ces deux opérations :

Un jeune homme de vingt-trois ans, maçon, étant tombé d'un échafaudage, s'est fait plusieurs blessures, une plaie contuse de la région frontale gauche, une fracture du radius gauche, des éraflures à la jambe droite, et enfin, — celle-ci est de beaucoup la plus grave, — une violente contusion du genou gauche qui est devenu promptement le siège d'un gonflement considérable, surtout au niveau de la bourse séreuse prérotulienne. L'élève du service, qui a le premier examiné ce malade, a cru reconnaître les signes d'une fracture de la rotule. Ce diagnostic est resté douteux. On a appliqué immédiatement à ce malade un appareil ouaté. Ceci avait lieu le 31 août. Rien de notable ne s'est passé jusqu'au 6 septembre. Le soir, il dit souffrir beaucoup de son genou. Le 7, la douleur est devenue intolérable; on enlève l'appareil, et l'on constate une vive inflammation. On place le membre dans une gouttière.

Les jours suivants, on voit sourdre de la sanie purulente par un petit orifice. M. Kirmisson pratique une incision et passe un drain.

Le 9, la fièvre persiste; on fend crucialement la peau au devant de la rotule; on lave avec la solution phéniquée forte et on remet le membre dans l'appareil.

Le 10 et le 11, même état; la rotule ayant été mise à nu, on constate qu'elle est bien effectivement le siège d'une fracture compliquée avec esquille.

En présence de cet état, la fièvre persistant toujours, la température étant de 40°7 le 11 au soir, M. Kirmisson se décide à pratiquer l'arthrotomie. L'opération est pratiquée le 13 au matin. Deux larges incisions longitudinales sont faites sur les côtés de l'articulation. Les artères ouvertes sont liées au catgut; la synoviale est ouverte et l'on pénètre dans l'articulation pour en enlever tous les caillots. Puis on en cautérise toute la surface avec la solution de chlorure de zinc au 1/10e. Les deux principaux fragments de la rotule sont ensuite suturés et l'on termine par le pansement de Lister.

Le lendemain 14, la température était encore à 40 degrés. Cependant l'état général paraissait bon, l'appétit était un peu revenu.

Les jours suivants la température s'est abaissée jusqu'à 37° 6.

Le 20 septembre, l'état général était très satisfaisant, l'état local de la plaie était également en très bonne voie de réparation; le gonflement du genou avait beaucoup diminué, il était à ce moment limité à l'articulation. Il n'y avait plus dans l'intérieur que trois ou quatre cuillerées de pus. La plaie commençait à bourgeonner.

Nous avons revu depuis cet opéré en voie complète de guérison.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant du résultat définitif de cette opération, particulièrement au point de vue de la conservation des mouvements, qui n'a pu être suffisamment appréciée jusqu'à présent.

Le second fait, moins heureux au point de vue du résultat de l'arthrotomie, offre un autre genre d'intérêt, comme on va le voir.

Le malade de M. Terrillon était un ouvrier de vingt-cinq ans, qui avait reçu sur la région du genou une barre de fer du poids de 100 kilos. Il en était résulté un traumatisme très étendu des parties profondes avec plaie superficielle, au niveau de la rotule et à trois ou quatre travers de doigt au-dessus. Aucun signe n'indiquait une pénétration intra-articulaire; les parties nettoyées, on fit un pansement de Lister et on immobilisa le membre.

Au bout de trois ou quatre jours, la plaie ayant commencé à suppurer et la température générale s'élevant, tout, en un mot, faisant craindre une complication grave, M. Terrillon fit une large ouverture de l'articulation, au moyen de deux incisions latérales; il mit dans ces plaies de gros tubes à drainage et pratiqua, par ces tubes, une injection avec de la liqueur de Van Swiéten.

Les jours suivants la température redescendait et on pouvait espérer que de nouveaux lavages seraient suffisants pour amener la guérison, lorsqu'il se produisit des fusées purulentes dans la cuisse et bientôt après des symptômes d'infection purulente. En présence de cette redoutable complication, M. Terrillon dut se déterminer immédiatement à pratiquer l'amputation de la cuisse. Mais, comme il avait dû prendre une partie des lambeaux au milieu des parties

malades, il lava ces parties avec une solution de chlorure de zinc. Le succès de cette intervention dépassa toutes les espérances. La température tomba immédiatement, tous les symptômes d'infection purulente cessèrent et dix jours après la réunion était complète dans les parties profondes. Le malade est sorti guéri depuis.

Il serait presque superflu de dire au prix de quelles précautions et de quelle observance rigoureuse des procédés antiseptiques M. Terrillon a obtenu ce succès, après avoir échoué dans l'arthrotomie. Lavages de la plaie accidentelle, aussi bien à la surface que dans tous les trajets, avec l'eau phéniquée forte, avant de procéder à l'amputation; répétition des mêmes lavages sur la plaie opératoire, en y ajoutant des lavages au chlorure de zinc, afin d'éviter toute inoculation sur les lambeaux : telles sont les conditions principales auxquelles M. Terrillon n'hésite pas à attribuer la cessation des accidents d'infection purulente et la guérison rapide et sans accidents nouveaux intercurrents de la plaie d'amputation. C'est sous ce dernier rapport surtout et à ce point de vue spécial que ce fait méritait d'être signalé.

Il nous a paru intéressant, à l'occasion de ces deux faits, de compléter par une enquête nouvelle sur les arthrotomies en général le document si remarquable sur cet important sujet de médecine opératoire, tiré de la pratique de M. le docteur J. Bœckel, que nous avons publié en décembre 1881 et janvier 1882.

Le beau mémoire de M. J. Bœckel, si l'on s'en souvient, se terminait par ce résumé qui pouvait se passer de tout commentaire : 20 succès sur 20 cas d'arthrotomie pratiquée par lui-même pour des lésions articulaires graves : hydarthroses chroniques invétérées, abcès péri-articulaires, suppurations intra-articulaires, arthrites fongueuses, etc., dans les diverses articulations de l'épaule, du coude, du pouce, du cou-de-pied, du poignet, du genou.

Ces opérations se sont beaucoup multipliées depuis, et l'on peut dire qu'elles sont devenues aujourd'hui de pratique courante. Nous en avons fait connaître quelques-unes.

M. le docteur Nicolas, prosecteur à la Faculté de médecine de Nancy, dans un travail que nous avons sous les yeux et qui est intitulé : *Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique,* vient d'en faire un relevé général. Nous lui empruntons les principaux résultats qui suivent :

De l'arthrotomie antiseptique en général.

Joignant aux observations de MM. J. et E. Bœckel, dont une partie ont été déjà mises sous les yeux de nos lecteurs, à celles de M. le professeur agrégé Th. Weiss, de Nancy, qui lui a inspiré l'idée de ce travail, de MM. Lucas-Championnière, Nicaise, Th. Anger, de Saint-Germain, Letiévant, celles qu'il a pu se procurer dans les publications étrangères, de Schede, Nussbaum, Asché, Volkmann, Thiersch, Czerny, Sidler, en Allemagne, Mariott, Heath, Saxtorph, Morgan, en Angleterre, M. Nicolas est parvenu à réunir 92 faits d'arthrotomie dont l'exposé et l'analyse font le sujet de son travail.

Ces 92 cas se décomposent ainsi :

38 cas d'arthrite aiguë, 9 cas d'hydarthrose, 45 cas d'arthrite fongueuse, toutes traitées par l'arthrotomie antiseptique. Sur les 38 cas d'arthrite aiguë on compte 4 morts, 3 amputations consécutives et 1 résection, en tout 8 insuccès qui donnent une moyenne totale de 21 p. 100 avec 10,5 p. 100 de mortalité.

Les amputations furent faites, la première, 22 jours, la deuxième, 35, et la dernière, 9 jours après l'arthrotomie; la résection, 11 jours après.

Le classement de ces cas, d'après l'âge des sujets, a donné les résultats suivants : le plus jeune des opérés avait quatre semaines, le plus âgé cinquante et un ans.

1 de 4 semaines à 10 ans, 9 cas....	8 guérisons. 1 amputation.
2 de 10 ans à 20 ans, 9 cas........	5 guérisons. 2 morts. 2 amputations.
3 de 20 ans à 30 ans, 9 cas........	9 guérisons.
4 de 30 ans à 51 ans, 6 cas........	3 guérisons. 2 morts. 1 résection.

D'où l'on voit que l'opération a donné ses meilleurs résultats chez l'enfant et chez l'adulte jusqu'à trente ans. Chez l'adolescent, le chiffre des insuccès monte : cette particularité paraît devoir être attribuée à la fréquence relative des ostéo-périostites phlegmoneuses du fémur pendant l'adolescence, ce qui a été le cas chez les deux sujets morts de cette catégorie. — La moyenne se trouve à partir de l'âge de trente ans.

Les résultats relatifs à la conservation des mouvements ont été les suivants : conservation des mouvements, 25 fois; 3 fois, l'ankylose; aucune indication pour les deux autres sujets.

Les 9 cas d'hydarthrose ont donné 9 cas de succès. Était-il bien nécessaire, dans ces cas-là, de recourir à l'ouverture de l'articulation, lorsque, par des méthodes beaucoup plus simples, la ponction simple par la méthode souscutanée, par exemple, ou la ponction aspiratrice avec injection modificatrice, on eût certainement obtenu les mêmes résultats?

Sur les 45 cas d'arthrite fongueuse, il y a eu 3 morts, 3 amputations, 1 résection, soit 7 insuccès ou 17,7 p. 100 et une mortalité de 6,6 p. 100.

Voici, au point de vue des résultats fonctionnels, ce qu'apprend l'analyse des faits, suivant l'âge du malade, l'articulation atteinte et le pansement employé.

L'arthrotomie a été pratiquée sur toutes les articulations, excepté celle du poignet. L'épaule n'a fourni qu'un seul cas.

Sur 18 arthrotomies pratiquées sur le genou, on compte 3 morts, 2 amputations et 1 résection consécutive; résultats avec ankylose, 5 fois, avec conservation de la mobilité, 3 fois (4 fois sans renseignement).

10 opérations sur l'articulation tibio-tarsienne ont donné pour résultat : 1 amputation (sans détails); 7 guérisons avec conservation complète des mouvements, 2 avec mobilité assez étendue.

10 arthrotomies du coude : 1 guérison avec mobilité normale, 2 avec légers mouvements, 3 avec mouvements passifs faciles (4 sans renseignement).

3 arthrotomies de l'articulation coxo-fémorale. Un premier opéré a guéri complètement. Chez les deux autres, les mouvements existaient, mais peu étendus ou lorsque le membre était soutenu.

L'arthrotomie est-elle indiquée dans toutes les variétés d'arthrites aiguës et dans toutes les arthrites chroniques?

Telle est la question importante que M. Nicolas essaye de résoudre. Nous ne nous arrêterons pas à la discussion des opinions, à cet égard, des chirurgiens qui ont déjà étudié la question ou qui ont posé les premières bases des indications. Nous ne donnerons ici que les résultats de la revision des faits relatés dans ce travail.

Il importait de rechercher autant que possible, pour chaque catégorie de faits, l'étiologie de l'affection, dont la mise en regard avec les résultats obtenus pouvait fournir d'utiles éléments pour l'indication et le pronostic. Malheureusement cette recherche n'a été faite et encore d'une manière incomplète que pour les arthrites aiguës.

Sur les 38 observations d'arthrite aiguë, l'étiologie a été notée dans 26 cas, qui se décomposent ainsi : traumatisme, 9 cas; causes vaguement déterminées, fatigues, refroidissement, 6 cas; inflammation de voisinage (phlegmon de la cuisse, ostéo-périostite), 5 cas; érysipèle phlegmoneux, 3 cas; puerpéralité, 2 cas; rhumatisme blennorragique, 1 cas.

Les arthrites traumatiques ont toutes guéri, une fois seulement avec ankylose complète. Dans tous les autres cas, il y a eu persistance des mouvements, et la plupart du temps dans des limites très étendues.

Les arthrites spontanées ont donné toutes d'aussi beaux résultats. Chez tous les opérés la guérison a été rapide et la mobilité sauvegardée.

Chez le malade atteint d'arthrite blennorragique, même succès complet.

L'arthrotomie, dans les cas de suppuration liée aux autres causes, a donné des résultats moins bons. Les cas de mort et d'amputation consécutive appartiennent aux catégories des cas de lésions de voisinage ou d'influences constitutionnelles.

D'où les conclusions suivantes relatives aux indications : faire l'arthrotomie dans toutes les variétés, en réservant toutefois le pronostic, lorsqu'une lésion de voisinage ou une influence constitutionnelle aura été le point de départ de l'inflammation.

Pour les arthrites fongueuses, les données étiologiques étaient beaucoup trop incomplètes pour servir aux indications. M. Nicolas s'est borné à rechercher si les altérations osseuses ou cartilagineuses devaient faire rejeter l'arthrotomie, comme le pensent beaucoup de chirurgiens.

Tous les malades du relevé de M. Nicolas, moins 5, présentaient des lésions des parties dures, à des degrés variables, depuis la simple poussière, indice d'une carie superficielle, jusqu'au séquestre volumineux. Ces 5 cas ont donné 3 guérisons, 1 insuccès relatif, et 1 amputation. Les guérisons ont été obtenues chez des sujets de 12, 14, 19 et 20 ans.

Dans tous les autres, ce qui frappe c'est que la présence ou l'étendue des lésions osseuses n'a pas rendu l'opération plus grave. Les malades ont guéri tout aussi vite que lorsque la synoviale seule était atteinte. Ces altérations ne constitueraient donc pas une contre-indication absolue à l'intervention.

Ces résultats montrent, en outre, que chez des enfants de quinze jusqu'à dix-huit ans, des caries profondes ou des foyers tuberculeux n'ont point entravé la réparation. Après qu'on a enlevé, ruginé tous les produits morbides, les plaies ont guéri sans laisser de fistule et la mobilité de l'articulation a été généralement conservée; tandis que chez des adultes, à partir de dix-huit ans, avec des altérations identiques, souvent même moins accentuées, les résultats ont été complètement différents.

En résumé, M. Nicolas conclut, pour cette dernière catégorie de faits, en ces termes :

L'arthrotomie appliquée au traitement des arthrites fongueuses est une opération, dans l'énorme majorité des cas, sans danger.

Le succès paraît d'autant plus certain et d'autant plus complet que l'on opèrera un sujet plus jeune. En tous cas, même chez les adultes, jusqu'à vingt-cinq ou trente ans, l'abrasion des produits morbides pourra souvent avoir un résultat excellent, en ce sens qu'elle rétablira la santé compromise par une maladie ancienne, qu'elle éloignera les chances de suppuration grave de la jointure, et mettra à l'abri des accidents qui en seraient la suite. Si l'opération n'a pas suffi, on se retrouvera dans des conditions beaucoup plus favorables pour faire une résection. Quant à la présence de lésions osseuses, carie, tubercule, réserves faites, elles ne contre-indiquent nullement l'opération.

Il va de soi que c'est à la méthode antiseptique que la plupart des chirurgiens qui ont eu recours à l'arthrotomie, attribuent surtout leurs succès.

Il nous resterait à dire, d'après le document que nous avons sous les yeux, quelles sont les modifications diverses qui ont été introduites dans le pansement phéniqué type de Lister, les agents que l'on a substitués avec plus ou moins d'avantage à l'acide phénique, les appropriations plus particulières de tel ou tel procédé de la méthode antiseptique aux diverses régions sur lesquelles ont porté les opérations, enfin les principaux procédés opératoires mis en usage.

Ce sera l'objet de l'un des articles de notre prochaine revue clinique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 octobre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Opération d'Estlander. — M. CHAUVEL communique l'observation de deux malades qui ont subi, au Val-de-Grâce, l'opération d'Estlander.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une pleurésie purulente d'origine traumatique (un coup de sabre). Trois ponctions furent faites; puis une large incision; l'ouverture resta fistuleuse. Huit mois après l'empyème, M. Mathieu pratique, le 18 février 1884, l'opération suivante : il fait un lambeau musculo-cutané demi-elliptique de 13 centimètres de hauteur sur 10 de largeur; il résèque de 7 centimètres à 2 centimètres et demi des huitième, septième, sixième, cinquième et quatrième côtes. Après cette opération, il n'y a qu'un centimètre de diminution dans la mesure de la cage thoracique. La capacité du foyer, qui était de 300 grammes, n'est plus que de 250. Lavages avec une solution au chlorure de zinc; double drain. Un mois après l'opération la capacité du foyer est encore de 200 grammes, mais l'état général est très amélioré. Le microscope a révélé la présence de bacilles dans le pus.

Le 23 août, M. Mathieu pratique une nouvelle thoracoplastie chez le même malade. Il résèque dans une certaine étendue les quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième et neuvième côtes. Les anciennes côtes, loin de se rapprocher, sont restées à une distance de 2 à 5 centimètres. On a enlevé tout ce qu'on a pu de périoste. Cette nouvelle intervention a été mieux supportée que la première. Le malade se lève le douzième jour. On constate aujourd'hui 6 centimètres de diminution pour la cage thoracique. La cavité pleurale ne contient plus que 125 grammes de liquide.

Dans la seconde observation, il s'agit également d'une pleurésie purulente ayant nécessité l'empyème, puis une thoracoplastie suivie d'amélioration. L'empyème a donné 3 litres de pus ; il a été suivi d'un abcès périnéphrétique ; puis il est resté une fistule pleurale. La contenance de la cavité est de 215 à 220 grammes. M. Mathieu se décide à pratiquer la résection costale ; il dissèque la peau seule et fait une section transversale des muscles au niveau de chaque côte. Il résèque les troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième côtes dans une étendue de 3 à 8 centimètres. La réaction est assez vive ; il y a une série d'abcès. La circonférence thoracique mesure 86 centimètres au lieu de 89. La cavité purulente contient encore 200 grammes. Cependant l'amélioration s'accentue ; mais il existe une fistule pleuro-bronchique. On constate des signes de tuberculose ; toutefois il n'y a pas de bacilles. La contenance de la cavité est réduite à 115 grammes.

De ces deux faits M. Chauvel croit pouvoir conclure que la thoracoplastie n'est pas une opération grave ni difficile ; qu'on peut faire remonter le lambeau musculo-cutané presque à la troisième côte ; que les dimensions de ce lambeau doivent être en rapport avec l'étendue de la cavité purulente ; que dans cette opération la méthode sous-périostée doit être abandonnée ; qu'enfin les causes d'insuccès au moins partiel tiennent à l'insuffisance de la rétraction.

M. BOUILLY lit une note sur l'opération d'Estlander. Il apporte le résultat de son expérience personnelle. Il a pratiqué six fois cette opération sur cinq malades, l'un d'eux ayant dû la subir deux fois à deux ans d'intervalle. Le premier opéré, dont M. Berger a déjà donné l'observation, est un jeune homme de vingt et un ans, porteur d'une fistule pleurale suppurant depuis cinq ans et guéri en trois semaines par la résection de portions des sixième et septième côtes. Six semaines après la fistule se rouvrait ; celle-ci est dilatée avec de la laminaire ; de l'iodoforme en poudre est insufflé dans la cavité et après deux mois la guérison est définitive.

Le second opéré était dans des conditions beaucoup moins favorables ; homme de trente et un ans, pleurésie purulente ouverte six mois auparavant, suppuration abondante par une fistule intarissable, cavité pleurale contenant un litre de liquide, état cachectique. Résection de quatre côtes dans l'étendue de 5 à 7 centimètres. Le malade est sauvé grâce aux soins consécutifs et au gavage pratiqué pendant six semaines. Il est resté définitivement guéri.

Le troisième cas fut le succès le plus rapide et le plus complet : cavité pleurale suppurante ayant environ 12 centimètres d'étendue en profondeur et en hauteur. Guérison en 15 jours après résection de cinq côtes. Depuis l'excellence du résultat ne s'est jamais démentie.

Le quatrième opéré fut un homme de trente ans ; opération de l'empyème en septembre 1882. En mars 1884, suppuration toujours abondante. État général bon. La recherche des bacilles dans les crachats est négative. Cavité pleurale énorme. Opération d'Estlander le 22 mars 1884 ; longue incision de 25 centimètres, étendue de la deuxième à la dixième côte et tombant au niveau de l'orifice fistuleux où elle rencontre, à angle droit, deux incisions transversales. Huit côtes sont réséquées dans une étendue variant de 6 centimètres à 9 centimètres et demi. La cavité pleurale est largement lavée avec la solution de chlorure de zinc. Dès le lendemain la température monte, atteint le soir 39°,4, le surlendemain 40 degrés, dyspnée, mort le soir de septicémie suraiguë. L'autopsie montre une infiltration de gaz sous les lambeaux et du liquide spumeux dans la plèvre, une diffluence de la rate et un commencement de dégénérescence graisseuse des reins. Le péricarde contient un liquide d'aspect purulent. Pas de tubercules dans les poumons, seulement un ganglion caséeux au niveau du hile. L'affaissement de la paroi thoracique produit par la résection costale est considérable. Au niveau des points réséqués il y avait contact entre les plèvres pariétale et viscérale ; mais, en arrière, au-dessous de l'arc formé par les extrémités postérieures des côtes réséquées il restait un espace vide dans lequel il n'y avait pas d'accolement. Pour obtenir un affaissement complet de la paroi thoracique, il aurait fallu, en arrière, prolonger la résection et faire une perte de substance véritablement énorme.

La cinquième opération est trop récente pour qu'on puisse apprécier son résultat définitif. Il s'agit d'un garçon de vingt-cinq ans, porteur d'un empyème chronique depuis plusieurs années, sans apparences tuberculeuses. La cavité pleurale, très considérable, mesurait 18 à 20 centimètres en hauteur, et 14 à 16 centimètres dans le sens antéro-postérieur. Sept fragments de côtes de 7 à 9 centimètres de largeur furent enlevés dans les premiers jours d'août dernier. Aujourd'hui, 14 octobre, l'écoulement est encore considérable et le malade n'est pas guéri. Il est à craindre qu'une nouvelle intervention ne devienne nécessaire.

La sixième opération a été pratiquée sur le premier malade opéré en 1882. Après une guérison en apparence définitive, l'écoulement se reproduisit en novembre 1883 et persista avec des alternatives d'augmentation et de diminution jusqu'en septembre 1884, époque à laquelle M. Bouilly fit la seconde opération.

En résumé, 5 opérés, 6 opérations ; 2 succès complets, obtenus l'un en quinze jours, l'autre après sept mois ; un succès restait complet pendant quatre mois, au bout desquels il se reproduit une suppuration nécessitant une nouvelle intervention. Un cas de mort en six jours par septicémie aiguë ; une amélioration chez un sujet encore en traitement.

La comparaison des cavités pleurales suppurantes et de l'étendue des résections donne les résultats suivants : homme de trente et un ans, cavité admettant 1 litre de liquide, résection de 6 centimètres sur les quatre côtes, guérison lente.

Garçon de dix-neuf ans, cavité mesurant 10 centimètres en hauteur, 7 à 8 en épaisseur, résection de cinq côtes dans une étendue de 3 à 7 centimètres ; guérison rapide.

Homme de trente ans, cavité énorme, 24 centimètres en hauteur, 22 dans le sens antéro-postérieur, résection de huit côtes dans une étendue de 6 à 9 centimètres 1/2 ; mort rapide par septicémie.

Garçon de vingt et un ans, cavité admettant 30 grammes de liquide, résection de deux côtes, 6 à 7 centimètres ; guérison pendant quatre mois. Récidive.

Homme de vingt-cinq ans, cavité énorme, 18 à 20 centimètres sur 14 à 16 ; résection de sept côtes sur une étendue de 7 à 9 centimètres. Encore en traitement.

Quelles pourraient être les causes des insuccès ? Si l'on met à part les tuberculeux incapables de faire les frais d'une inflammation adhésive, il semble qu'on ne doive accuser que l'insuffisance de la résection costale. Aussi, s'il s'agit de grandes cavités s'étendant jusqu'au niveau de la première côte, il n'y a guère de chances d'en obtenir l'oblitération qu'en pratiquant des résections que la région commence à rendre dangereuses.

M. Bouilly insiste tout particulièrement sur la nécessité, avant de tenter l'opération, de se rendre un compte aussi exact que possible de l'étendue et de la forme de la cavité pleurale. Cette cavité doit être explorée comme la cavité vésicale avec une sonde de petite et de grande courbure. Cette exploration peut être faite encore plus complètement dans le cours de l'opération, après la résection d'une ou de deux côtes. M. Bouilly ne regarde que comme des indications complémentaires les renseignements fournis par les injections ou par l'auscultation ou la percussion.

Une autre cause d'insuccès partiel paraît devoir être attribuée à la plèvre elle-même ; il s'agit de l'obstacle à la rétraction provenant d'une part de la grande épaisseur de la plèvre, d'autre part de la faible vitalité. La plèvre indurée, épaissie, suppure peu mais ne bourgeonne pas, et la cavité à parois rigides et dénuées de vitalité persiste indéfiniment. Dans des cas de ce genre, l'opération d'Estlander ne suffit plus seule ; elle ne doit être que le premier temps d'une opération plus complexe. C'est cette opération que M. Bouilly a pratiquée chez son premier malade. Il a réséqué à nouveau, chez ce malade, la sixième et la septième côte dans une petite étendue ; cette résection ne paraissant pas répondre à la totalité de la cavité adjacente, il enleva environ 5 centimètres des huitième et neuvième côtes. Ceci fait,

le doigt introduit dans la cavité était serré de tous côtés par des trous durs et inextensibles. M. Bouilly enleva donc, séance tenante, à coups de ciseaux et à l'aide du bistouri boutonné la plèvre pariétale, épaisse d'un centimètre et demi, dure comme du cuivre et absolument fibreuse. Cette ablation mit à jour une cavité large d'environ 6 centimètres carrés, profonde de 8 à 10 centimètres. Cette cavité granulant avec vigueur, le résultat n'est pas douteux. C'est transporter dans une autre région l'opération de la fistule à l'anus avec résection des callosités.

M. VERNEUIL estime que l'opération dont il s'agit devrait porter le nom d'opération Letiévant-Estlander, Letiévant en ayant le premier conçu l'idée. M. Verneuil ne l'a pas encore pratiquée, mais il est sur le point de le faire. Il ne serait pas disposé à faire cette opération chez les tuberculeux ni chez les sujets âgés.

Il reconnaît avec M. Bouilly qu'il y a une question de diagnostic de la plus haute importance à élucider avant d'intervenir, c'est de se rendre compte aussi exactement que possible des dimensions de la cavité. Or à ce point de vue l'exploration avec la sonde est des plus trompeuses. Contrairement à M. Bouilly, M. Verneuil accorde très peu de valeur aux renseignements fournis par la sonde, et en accorde une très grande au contraire aux injections mensuratrices. C'est cette question de capacité qui domine le choix du procédé opératoire. Quand la cavité est petite, il faut avoir recours à une opération consistant à agrandir l'orifice fistuleux, de façon à permettre à la suppuration de se faire facilement du fond vers la surface. Or, d'après l'opinion émise par plusieurs chirurgiens, surtout à l'étranger, il semblerait que si une fistule pleurale dure un certain temps, et s'il s'écoule une certaine quantité de pus, il fallût recourir d'emblée à l'opération d'Estlander. Il est vrai que cette opération n'est pas difficile et ne paraît pas être très dangereuse; toutefois elle n'est pas tout à fait innocente, ainsi que le prouve le cas malheureux qu'avec sa bonne foi habituelle M. Bouilly vient de communiquer.

M. Verneuil cite plusieurs cas, l'un d'abcès pleural avec nécrose costale, l'autre d'hydro-hémo-thorax, déterminé par un coup de pistolet dans la poitrine, avec pleurésie purulente consécutive, le troisième enfin de fistule pleurale avec une toute petite cavité et un épaississement considérable de la plèvre, qui ont été guéris sans opération d'Estlander proprement dite, mais le premier par un léger débridement au thermo-cautère, la résection de la côte cariée et des lavages antiseptiques, le second par un simple drainage et des lavages, le troisième enfin par une large pleurotomie ou plus exactement par la résection de la portion épaissie de la plèvre, facilitée par la résection de deux côtes.

Dans ces cas, M. Verneuil a cherché simplement la mise à nu du fond de la plaie et non la rétraction de la paroi thoracique, seul but de l'opération d'Estlander. L'indication opératoire varie donc selon les cas, et il ne faut pas confondre avec l'opération d'Estlander les autres opérations analogues, mais qui sont pratiquées dans un tout autre but.

La Société se forme en comité secret.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe SESSION, 1884).

Congrès de Blois (1).

VIII

Traitement des fractures de la cuisse. — M. le docteur Delthil (de Nogent-sur-Marne) présente un mémoire sur le « traitement des fractures de la cuisse par la position du membre dans l'abduction ».

Tout d'abord il revendique la priorité de cette idée que l'on trouvera émise dès 1869 dans sa thèse inaugurale, et fait remarquer à ce sujet que les travaux de M. Hennequin, qui développent ultérieurement cette méthode, sont bien postérieurs aux siens, car ils ne datent que de 1877.

Il cite ensuite trois observations où, grâce à ce mode de traitement, les malades n'ont eu qu'un centimètre seulement de raccourcissement du membre, alors que, par les autres méthodes, cette différence varie entre 3 et 7 centimètres.

Il n'est pas douteux en effet, dit-il, que le mécanisme du raccourcissement ne soit surtout le résultat de la déformation en crosse du membre ou déviation angulaire produite par l'impossibilité où l'on se trouve de rabattre le fragment supérieur qui a toujours une tendance, par l'action des muscles trochantériens, à être entraîné en dehors, alors que le fragment inférieur est attiré en dedans par les muscles adducteurs.

D'où M. le docteur Delthil conclut qu'il ne faut pas changer la position du fragment supérieur, mais bien se borner à porter le fragment inférieur fortement en dehors dans l'abduction, de sorte qu'il se trouve ainsi tout naturellement placé dans la continuité du premier.

Cette position est facilement supportée par le malade et permet d'employer différents appareils, au choix du médecin.

Une maladie à manifestations multiples. — M. le docteur Edmond Chaumier (du Grand-Pressigny) avait toujours considéré l'impétigo comme une manifestation diathésique, lorsque, il y a trois ans, il survint, dans la contrée où il exerce, une véritable épidémie d'impétigo. Mais comme on ne consulte guère le médecin dans la campagne pour pareils accidents, il ne put étudier cette maladie comme il l'aurait désiré.

Cependant, se rappelant que M. Jules Simon a enseigné que l'impétigo était une affection contagieuse, il chercha de tous côtés, l'an dernier, les cas d'impétigo qui pouvaient se manifester : il finit ainsi par réunir plus de trois cents observations, et constata l'existence, dans certains villages et certaines écoles, de véritables épidémies.

De plus, il s'inocula le liquide de la vésicule impétigineuse, afin d'étudier son évolution et celle de la croûte, et voir comment cette dernière s'accroît par des augmentations successives par suite du décollement, sur ses bords, de l'épiderme, par un liquide la plupart du temps limpide, mais qui paraît purulent par transparence à cause de la couleur blanche que revêt alors l'épiderme.

Pendant le cours de ses recherches, M. Chaumier a constaté aussi qu'il existait un impétigo vaccinal de même que la syphilis vaccinale, et que c'était là un des modes de transmission de la maladie. Il s'est aperçu aussi que la tourniole, le panaris, le furoncle, la pustule de la conjonctive et de la cornée, qu'une complication des plaies non décrite par les auteurs et qui consiste en un décollement de l'épiderme sur les bords, sur une plus ou moins grande étendue, avec une production croûteuse parfois au centre, avaient une étroite parenté avec l'impétigo. Cette complication même des plaies était souvent le début de l'impétigo qui, de même que l'érysipèle, semble pénétrer parfois par une solution de continuité de la peau. Il entre ainsi, dit l'auteur, qui a vu ces manifestations multiples, par des écorchures, des égratignures, des brûlures, des vésicatoires, des pustules vaccinales, des vésicules de varicelle.

M. Chaumier a pu se rendre compte également que toutes les variétés d'impétigo, y compris l'impétigo granuleux, que l'on considère généralement comme une conséquence des pédiculi, y compris aussi ce que l'on appelle l'eczéma impétigineux, sont des manifestations de même nature. Dans un certain nombre de cas l'impétigo s'est montré sous forme de larges bulles pemphigoïdes; d'autres fois ce sont de petites vésicules pouvant sécher et se desquamer; mais la plupart du temps ces petites vésicules isolées ou groupées existent en même temps que les croûtes. La desquamation se montre aussi quelquefois à la suite des croûtes en si grande abondance qu'il existe comme une véritable exfoliation de l'épiderme. M. Chaumier a vu ainsi un bras couvert de pellicules de deux ou trois centimètres, à demi détachées, flottant autour et d'un singulier aspect. La calotte blanchâtre qui recouvre la tête

(1) Voir le numéro du 4 octobre 1884.

de certains impétigineux est également due à une desquamation épidermique.

Plus d'une fois M. Chaumier a assisté à sa formation : vésicules, croûtes, suintement, puis dessiccation, chute des croûtes. Le suintement est arrêté. On croit l'enfant guéri. Il n'en est rien et bientôt on voit apparaître sur le crâne comme une crasse légère qui s'épaissit de jour en jour et forme à un moment donné la calotte en question. En somme, la durée de la maladie est variable.

La suite de la communication de l'auteur, communication très importante par les détails nombreux qu'elle nous donne, est consacrée à l'historique du sujet et aux observations qu'il a recueillies. Il cite les différents auteurs qui admettent un impétigo contagieux à côté d'un impétigo qui ne se transmettrait pas, le nom de ceux qui ont décrit des épidémies de furoncles et de panaris, des cas de contagion de furoncles. Il énumère ensuite les nombreux cas qu'il a observés pendant l'épidémie du Grand-Pressigny. Plusieurs fois il a vu jusqu'à cinq ou six personnes dans la même maison présentant des lésions impétigineuses; enfin, il rapporte plus de quarante cas de furoncles, tournioles ou panaris, toujours en rapport avec l'impétigo.

En résumé, M. Chaumier en arrive à conclure :

1° Qu'il existe une maladie non encore dénommée mais contagieuse, inoculable, épidémique, dont les manifestations sont si différentes les unes des autres qu'elles ont été prises jusqu'ici pour des affections distinctes; 2° que l'impétigo avec toutes ses formes, que la tourniole et le panaris, que le furoncle, que la pustule de la conjonctive et de la cornée, que cette complication des plaies, que le public appelle nourrissure, sont les principales expressions de cette maladie.

Je ne sais, dit-il, en terminant, quel nom lui donner. On ne peut pourtant l'appeler impétigo, panaris ou furoncle, pas plus qu'on ne peut appeler la syphilis, plaque muqueuse, roséole ou gourme. En tous cas, on ne saurait nier son existence, quitte à la dénommer plus tard.

Moyen rapide de déterminer la qualité des eaux potables. — Sous ce titre, M. Limousin expose devant la section d'hygiène et de médecine publique un procédé commode et rapide pour déterminer facilement le degré hydrotimétrique des eaux potables, ainsi que la proportion de matières organiques qu'elles peuvent contenir.

Ce moyen consiste essentiellement à substituer au procédé hydrotimétrique ordinaire, qui nécessite un attirail compliqué et dispendieux, un simple compte-gouttes exactement titré, c'est-à-dire donnant, comme l'a depuis longtemps établi M. Lebaigue, des gouttes de 5 centigrammes avec l'eau distillée, quand la section du tube d'écoulement mesure exactement à son orifice 3 millimètres de diamètre.

Avec un instrument de ce genre on obtient pour chaque goutte d'eau, 1/2 dixième de centimètre cube, ce qui constitue une approximation bien plus exacte que celle que peut fournir une burette graduée au 10e de centimètre cube.

Il est en effet bien plus facile de compter une goutte que de suivre avec l'œil, sur l'échelle d'une burette, si bien graduée qu'on puisse la supposer, le point d'arrêt du liquide, car les divisions sont toujours forcément très rapprochées les unes des autres.

Pour obtenir, avec cet instrument, le degré hydrotimétrique d'une eau quelconque, M. Limousin en verse dans un tube à essai 8 centimètres cubes, puis il ajoute goutte à goutte une solution alcoolique de savon préparée suivant la formule de MM. Boutron et Boudet, mais après avoir soin de lui donner un degré alcoolique suffisant pour que 2 centimètres cubes et 4 dixièmes correspondent rigoureusement à 115 gouttes pour un compte-gouttes gradué à 2 centimètres cubes.

Ces 115 gouttes correspondent exactement aux 23 divisions de la burette décime de Boutron et Boudet, qui sont nécessaires pour saturer les 25 centigrammes de chlorure de calcium contenus dans un litre de la liqueur d'épreuve.

Or, comme l'a fait observer M. Warmé qui appelait déjà l'attention sur cette méthode en 1876, 115 divisé par 23 donnant 5, il en résulte que 5 gouttes correspondent à une division de la burette Boutron et Boudet. Cinq gouttes égalant une division de la burette quand on opère sur 40 centimètres cubes, on aura le même rapport entre une goutte et le cinquième de 40 centimètres cubes, soit une goutte pour 8 centimètres cubes.

Dans le procédé hydrotimétrique ordinaire, on opère sur 40 centimètres cubes, et dans le procédé par le compte-gouttes on opère seulement sur 8 centimètres cubes, ce qui fait que chaque goutte correspond à une division de la burette graduée. On obtient ainsi autant de degrés hydrotimétriques qu'on a employé de gouttes pour obtenir la persistance de la mousse, en défalquant bien entendu la dernière goutte qui est nécessaire pour que la mousse se maintienne à la partie supérieure du liquide quand tout le sel calcaire a été saturé.

M. Limousin fait l'expérience, devant la section, avec de l'eau de la Loire, qui lui a été remise par un de ses collègues, M. Delugin, et cette eau, puisée au moment où le fleuve était au plus bas de son niveau, a donné 10 degrés hydrotimétriques (quatre jours après, à la suite d'une crue qui a élevé de 1m,50 son niveau en quelques heures, cette même eau ne possédait plus que 7 degrés).

Détermination de la proportion des matières organiques contenues dans l'eau. — Dans une seconde communication, M. Limousin indique le procédé auquel il a recours.

Il prépare une solution titrée de permanganate de potasse.

Permanganate de potasse cristallisé très pur.	2 centigr.
Eau distillée ou eau de source très pure . . .	1,000 gr.

De telle sorte qu'une goutte de cette liqueur corresponde exactement à un milligramme de matières organiques pour un litre, en agissant sur 5 centimètres cubes d'eau en expérience.

Voici d'ailleurs comment il faut opérer :

On met dans un tube gradué à 5cc la quantité d'eau nécessaire pour affleurer au point de graduation, on acidule légèrement cette eau avec une parcelle de bisulfate de potasse ou une trace d'acide sulfurique, et on la porte à une température de 80° à 90° en plongeant le tube dans de l'eau en ébullition.

On introduit alors dans cette eau la solution de permanganate, avec le compte-gouttes jusqu'à ce qu'on obtienne la persistance de de la coloration rose.

Le nombre de gouttes donne en milligrammes la quantité de matières organiques contenues dans un litre de cette même eau : 10 gouttes indiqueront 10 milligrammes; 50 gouttes, 50 milligrammes; 100 gouttes, 100 milligrammes, etc.

Pour les eaux très chargées de matières organiques, on peut négliger, surtout si elles ne sont pas alcalines, de les acidifier et même de les chauffer.

M. Limousin explique en terminant que ce procédé n'est qu'une application du compte-gouttes à l'analyse chimique par les liqueurs titrées, moyen déjà mis en pratique, depuis longtemps, par le docteur Duhomme, qui l'a adapté à la recherche et au dosage du sucre des urines des diabétiques, en employant comme réactif la liqueur cupro-sodique de Fehling.

Cette méthode a le grand avantage d'être précise, commode et économique; c'est pour ce motif que M. Limousin la soumet à la section d'hygiène; car, en ce moment où la question de la pureté des eaux est plus que jamais à l'ordre du jour, elle met tout le monde à même de déterminer facilement et rapidement les deux choses qu'il importe surtout de connaître : leur degré hydrotimétrique et la proportion de matières organiques qu'elles peuvent renfermer.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année scolaire 1884-1885.

A. *Travaux pratiques de physique, chimie et histoire naturelle.*— Les travaux pratiques de la première année (physique, chimie et histoire naturelle) commenceront le lundi 3 novembre 1884. Ils

auront lieu, pendant le premier semestre 1884-1885, aux jours et heures ci-après désignés, dans les laboratoires installés à cet effet à l'ancien collège Rollin, 2, rue Vauquelin.

1° *Physique :* les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de quatre heures à six heures du soir. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Guébhard, chef des travaux (ancien collège Rollin), jusqu'au vendredi 31 octobre inclusivement, de neuf heures à onze heures du matin.

2° *Chimie :* les mardi, mercredi et jeudi de chaque semaine, de huit heures à dix heures et demie du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Hanriot, chef des travaux (ancien collège Rollin), jusqu'au 31 octobre inclusivement, de neuf heures à onze heures du matin.

3° *Histoire naturelle :* le lundi et le jeudi pour la première série, le mardi et le samedi pour la seconde série, de neuf heures à onze heures du matin. Les inscriptions seront reçues au laboratoire de M. Faguet, chef des travaux (ancien collège Rollin), aux jours indiqués ci-dessus, pour la chaire de chimie, de neuf heures à onze heures du matin. MM. les élèves devront, au préalable, s'être fait inscrire pour la chimie.

En recevant l'inscription des élèves, MM. les chefs des travaux remettront à chacun d'eux une carte d'entrée sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits. Dans l'intérêt de leurs études, MM. les élèves sont invités à demander leur inscription le plus tôt possible. Ils sont prévenus de leur mise en série par MM. les chefs des travaux.

B. *Exercices de dissection.* — Les exercices de dissection auront lieu sous la direction de M. Farabeuf, agrégé, chef des travaux anatomiques.

Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen préalable d'ostéologie. Ils sont invités à se faire inscrire dans le plus bref délai à l'École pratique, 2, rue Vauquelin, au bureau du chef du matériel, de midi à quatre heures. Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 20 octobre.

Les pavillons de dissection seront ouverts à partir du mercredi 5 novembre, tous les jours, de midi à quatre heures. Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

A. Les étudiants de première année ne prennent pas part aux travaux anatomiques. — *B.* Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et de troisième année : les inscriptions ne sont point accordées sans certificat de dissection, et les étudiants ne peuvent être admis à subir le deuxième examen de doctorat (anatomie), s'ils n'ont disséqué pendant deux semestres d'hiver complets. — *C.* Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

La mise en série sera faite de la manière suivante :

1° Élèves obligés, deuxième et troisième années, suivant la date de leur inscription à l'École pratique; 2° élèves non obligés et docteurs.

Nul ne peut être admis à l'École pratique d'anatomie, s'il ne s'est fait préalablement inscrire au bureau du chef du matériel et n'a reçu une carte d'entrée. Ce bureau, 2, rue Vauquelin, sera ouvert tous les jours, de midi à quatre heures, jusqu'au 15 novembre. Pour recevoir une carte d'entrée, chaque étudiant devra présenter : 1° sa feuille d'inscription mise à jour par le secrétariat de la Faculté; 2° la quittance constatant le paiement des droits. Passé le 15 novembre, nul ne pourra être admis à l'École pratique d'anatomie sans une décision spéciale.

C. *Travaux pratiques d'anatomie pathologique.* — Les travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 3 novembre 1884.

MM. les étudiants, pourvus de douze inscriptions, sont priés de se faire inscrire à l'École pratique (laboratoire d'anatomie pathologique), pour les travaux pratiques concernant l'anatomie pathologique, les mardis et vendredis jusqu'au 15 novembre, de une heure à deux heures de l'après-midi. Une carte d'admission leur sera délivrée. Ils sont prévenus que dans le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seraient refusées.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Nous résumons, d'après le tableau hebdomadaire officiel, les chiffres suivants touchant les décès cholériques survenus en France, du 4 au 10 octobre inclusivement.

1° *France.* — Nombre de communes atteintes :

Du 27 septembre au 3 octobre		47		Diminution 14
Du 4 au 10 oct.	déjà atteintes	25	33	
	nouvellement atteintes	10		

Nombre de décès signalés :

Du 27 septembre au 3 octobre	144	Diminution 58
Du 4 au 10 octobre	86	

2° *Algérie.* — Du 4 au 10 octobre . . . . 14 décès.
Du 27 septembre au 3 octobre . . . . 55 —

Les départements où se trouvent les communes atteintes sont au nombre de 13. Ce sont : l'Ardèche, l'Aude, les Bouches-du-Rhône, le Gard, la Haute-Garonne, l'Hérault, les Hautes-Pyrénées, les Pyrénées-Orientales, la Seine, le Tarn et le Var, pour la France; Constantine et Oran, pour l'Algérie.

La Seine figure dans ce relevé pour 7 décès dont 1 à Paris, 1 à Saint-Denis, 1 à Saint-Ouen, 1 à Pantin, et 3 à Aubervilliers.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 octobre 1884, M. Charles Quentin, ancien directeur de l'Assistance publique, est nommé à la perception de la deuxième division du IIe arrondissement de Paris (première classe).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cazalas, ancien président du Conseil de santé des armées.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16872

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 8 fr. 50.	— 6 mois : 16 fr.	1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 10 fr. ».	— 6 mois : 18 fr.	— 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Fièvre typhoïde ou méningite. — Quelques mots sur les épanchements pleurétiques. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. HARDY.

Fièvre typhoïde ou méningite.

Nous avons à vous rendre compte aujourd'hui des faits qui concernent la malade du n° 2 de la salle Sainte-Anne, de la terminaison de sa maladie et des lésions que nous avons trouvées à l'autopsie.

Cette malade était une femme de vingt-quatre ans, domestique ; malade depuis quinze jours environ, lorsqu'elle est entrée ici il y a quinze jours aussi, elle se plaignait de céphalalgie, d'un malaise général et de diarrhée.

A son arrivée dans nos salles, nous n'avons pu formuler aucun diagnostic précis, car rien dans son état n'était suffisamment défini. Nous la trouvions très abattue, le pouls à 120, la température à 40°,2, c'est-à-dire avec une fièvre très intense, la langue était humide, la constipation avait fait place à de la diarrhée depuis trois jours, les masses musculaires étaient très sensibles, et, sur le ventre, on constatait facilement l'existence de ce que l'on appelle les raies cérébrales.

S'agissait-il d'une fièvre typhoïde ou bien étions-nous en présence d'une méningite ? Il ne nous était pas encore possible de nous prononcer. Il n'y avait pas encore de taches rosées lenticulaires, la rate ne présentait pas d'augmentation de volume. Donc il nous fallait attendre un jour ou deux, suivre attentivement la marche des phénomènes morbides. D'ici là nous prescrivîmes un lavement purgatif, des boissons rafraîchissantes et la diète.

Le même état persista avec 120 pulsations et 40 degrés de température et, seulement cinq jours plus tard, nous découvrîmes, sous le sein gauche, deux petites taches rosées lenticulaires. Dès lors notre diagnostic n'était plus douteux ; il l'était d'autant moins que les phénomènes cérébraux n'avaient pas augmenté d'intensité ; il s'agissait bien pour nous d'une fièvre typhoïde à forme cérébrale. Enfin, il y a aujourd'hui neuf jours, de nouveaux phénomènes ont apparu, notamment une hémorragie intestinale, accident que l'on n'observe jamais dans la fièvre cérébrale, tandis qu'on le rencontre assez fréquemment dans la fièvre typhoïde. Cette hémorragie, — en supposant que nous eussions encore conservé quelque hésitation à formuler un diagnostic précis, — levait à cet égard toute incertitude. La fièvre typhoïde se trouvait confirmée et l'apparition des taches si tardive qu'elle semblait ne s'être effectuée qu'au vingtième jour, du moins si nous en croyions les phénomènes du début, avait eu lieu réellement au septième ou au huitième jour de la maladie ; la dothiénentérie était en réalité survenue dans le cours d'une autre affection.

Tout d'abord le pronostic m'avait paru défavorable, à cause de la concordance existant entre l'élévation de la température et l'accélération du pouls. J'ai émis, en effet, cette loi constamment vérifiée que le pronostic est généralement bénin lorsque le pouls reste peu fréquent, alors même que la température du corps est très élevée. Or ici nous avions 120 pulsations et 40 degrés : de là un pronostic grave.

En effet, trois jours de suite, la malade a eu des hémorragies intestinales ; celles-ci ne se sont arrêtées que devant une médication constituée par des potions avec l'extrait de ratanhia à la dose de 1 gramme 50 centigrammes, par des lavements froids avec 15 gouttes de perchlorure de fer, par des applications de glace sur le ventre.

Cependant l'état adynamique persistait ; la malade avait du subdelirium, elle prononçait des paroles incohérentes, tout en répondant de temps à autre à nos questions. Elle resta ainsi pendant quelques jours ; puis, jeudi, son état s'aggrava encore, le pouls devint incomptable par sa fréquence et sa petitesse ; les phénomènes organiques augmentèrent d'intensité et hier, vendredi, cette femme a succombé. A ce moment, on trouva ses draps remplis de sang, par suite d'une nouvelle hémorragie intestinale qui venait d'avoir lieu.

L'autopsie était importante à faire, non pas parce que nous avions conservé le moindre doute sur la nature de la maladie, mais parce qu'il était intéressant de voir si notre diagnostic se trouverait confirmé par les lésions anatomo-pathologiques de la fièvre typhoïde.

En effet, ces lésions nous montrent qu'il s'agit bien d'une fièvre typhoïde ; elles nous montrent aussi que la maladie n'était pas aussi avancée que cette femme, par ses réponses du premier jour, avait pu nous le faire supposer tout d'abord, mais qu'elle en était arrivée seulement au douzième ou au treizième jour. Voici, du reste, la nature des lésions que nous constatons et leur degré d'avancement. Les follicules du cæcum sont sphacélés, et la plaque escarrotique, qui les recouvre, masque au-dessous d'elle des ulcérations desdits follicules. Il n'y a pas de perforation ; nous ne trouvons aucun petit caillot sanguin pouvant nous montrer où les hémorragies ont eu lieu.

La rate est notablement augmentée de volume. Du côté

de l'appareil cérébro-spinal, nous constatons quelques points de myélite cervicale qui correspondent bien du reste aux douleurs que la malade accusait au niveau de la nuque. Il n'y a pas trace de méningite, ni à la convexité ni à la base du cerveau. Il y a une intégrité absolue de la substance cérébrale, intégrité du moins apparente, malgré les phénomènes cérébraux que nous avons observés pendant la vie.

Mais je reviens quelques instants sur les lésions de l'intestin, notamment sur l'état des follicules. Les petites escarres qui les recouvrent nous indiquent que la maladie n'est pas encore arrivée au quinzième jour. Du reste, voici comment les faits se passent généralement. L'obstruction, survenue dans les petites artérioles, empêche le sang artériel d'arroser les follicules; ceux-ci, privés de leur nutrition, se mortifient, des escarres se développent, lesquelles, entourées un peu plus tard d'une inflammation élémentaire, tombent à un moment donné et au-dessous d'elles vous trouvez une ulcération. Celle-ci exige, en cas de guérison, une quinzaine de jours pour leur cicatrisation; mais que l'ulcération gagne un des petits vaisseaux et vous avez alors des hémorragies comme nous en avons observé chez notre malade. Enfin, dans certains cas, l'ulcération devient plus profonde, l'intestin est perforé et les malades succombent aux accidents consécutifs d'une péritonite.

Chez notre malade, ce sont les follicules isolés qui ont été beaucoup plus atteints que les follicules agminés. C'est là encore un fait intéressant que l'autopsie nous permet de constater.

En résumé, nous trouvons donc chez cette femme des lésions positives du côté de l'intestin et des lésions négatives du côté du cerveau, de telle sorte que le diagnostic est bien celui d'une fièvre typhoïde et non d'une méningite, comme le premier jour on aurait pu le soupçonner.

QUELQUES MOTS
SUR LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES (1)

Par M. le docteur A. Vigot,
Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Caen.

II

Obs. II. — *Tumeur (lympho-sarcome) de la cavité pleurale droite.* — F... (Jacques), soixante-cinq ans, ex-gendarme, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans le service de M. le docteur Berneaudeaux (salle 9, nº 7), le 13 juin 1881, pour « de la toux ».

14 juin. — C'est un homme robuste; il a fait un long séjour à la Martinique, mais il n'a jamais été malade.

Il présente d'une façon très accentuée les doigts en massue et les ongles hippocratiques.

L'auscultation du côté gauche n'indique rien de particulier, mais du côté droit, matité en arrière dans les deux tiers inférieurs, absence de respiration; souffle au milieu de la poitrine; en haut quelques râles. Pas de retentissement de la voix, ni égophonie, ni bronchophonie. En avant souffle très fort presque tubaire un peu au-dessus du mamelon; plus haut quelques râles; matité; légère toux.

Rien au cœur.

On porte le diagnostic de pleurésie chronique.

Vin de quinquina; iodure de potassium.

19 juin. — Ce malade a uriné au lit; il a l'air hébété, de sortir d'un profond sommeil; il se remue dans son lit, ses mouvements sont incoordonnés. Cet état dure une heure et demie, Le malade n'en a point souvenance et affirme que jamais pareil accident ne lui était arrivé.

La miction involontaire n'a eu lieu que pendant cet état.

Bromure de potassium.

21 juin. — Le malade n'a pas uriné au lit, mais il a été un peu agité.

22-23 juin. — Pas de miction involontaire; pas d'agitation.

24 juin. — La miction involontaire et l'agitation sont revenues.

26 juin. — Il nous a été donné de constater par nous-même cet état particulier. Les autres jours il ne durait environ qu'une heure.

Aujourd'hui à trois heures du matin, le malade est tombé de son lit et est resté neuf heures dans l'état suivant :

Décubitus horizontal. Mouvements choréiformes du côté droit, présentant une grande amplitude. Le mouvement favori du bras est d'être porté autour et en arrière de la tête.

La jambe et la cuisse se fléchissent et se détendent brusquement.

Le malade se lève souvent sur son séant.

Le côté gauche est immobile, comme parésié. Rien du côté des pupilles.

Ce malade est hébété, rit d'une façon idiote et presque continue.

Il ne comprend point ce qu'on lui dit. Il essaie de parler et ne peut articuler aucun mot. Cependant, vers dix heures, il dit deux ou trois mots : « C'est bon », quand on vient lui donner de la soupe qu'il avale bien d'ailleurs.

Le pouls est à 92 degrés. Un peu de dyspnée.

Grand vésicatoire à la nuque. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

27 juin. — Le malade a été calme; mais il a encore uriné au lit.

28-30 juin. — Ni miction involontaire, ni agitation.

1-2 juillet. — Légère céphalalgie.

3 juillet. — Le matin à quatre heures, l'infirmier a trouvé le malade plongé dans le coma. Il n'a point eu les secousses, ni les mouvements cloniques de la dernière attaque. Il est dans la résolution complète. Ce n'est plus là l'attaque des autres jours, où il s'asseyait dans son lit, tournait la tête du côté de celui qui lui parlait, et avait les yeux ouverts et l'air de comprendre ce qu'on lui disait. Aujourd'hui la résolution est complète, la respiration stertoreuse, l'insensibilité générale; les pupilles égales et contractées. Le pouls est à 76.

Cet état dure jusqu'à une heure de l'après-midi.

A la contre-visite, ce malade nous dit qu'il ne s'est pas aperçu de son attaque, mais il a compris qu'il s'était réveillé tard et que la visite était passée.

La soirée est bonne.

4 juillet. — A la visite, état analogue à celui d'hier. Le coma est encore plus accentué. Respiration stertoreuse. Insensibilité générale. Pouls, 84 degrés; température, 36°,8.

Le soir, la chaleur est vive. Pouls, 144 degrés, température, 38°,4.

Sueur sur tout le corps. Le malade baigne dans son urine.

Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie, trente heures après la mort. — A l'ouverture du thorax, quelle n'est pas notre surprise de voir le poumon droit sain, refoulé en haut et en avant par une énorme tumeur !

Forme : cette tumeur est globuleuse, surtout à la base. A son sommet sont appendues, collées, d'autres petites tumeurs, qui font saillie surtout à la face postérieure. L'une d'elles, la plus volumineuse, occupe la partie supérieure de la face postérieure.

Elle mesure 50 centimètres de circonférence à sa base, 57 centimètres de circonférence de la base au sommet.

Son poids est de 2 kilogr. 750 grammes.

Elle est dure, résistante. A la coupe, elle crie sous le scapel, on y voit des traînées fibreuses; peu de suc.

L'examen histologique en a été fait par M. A. Malherbe, profes-

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 octobre 1884.

seur d'anatomie pathologique à l'École de Nantes, qui l'a regardée comme du lympho-sarcome.

Rapports : Cette tumeur est couchée, assise sur le diaphragme du côté droit, qu'elle abaisse et auquel elle est adhérente sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Le poumon est refoulé en haut et en avant. Cette tumeur occupe presque toute la cavité thoracique droite. Elle ne dépasse pas la ligne médiane qu'elle atteint cependant dans presque toute sa hauteur. En bas, elle descend au niveau de l'espace intercostal qui sépare la huitième de la neuvième côte ; elle remonte en avant à la quatrième côte et en arrière presque à la troisième. En avant une lame mince du poumon la recouvre et y est adhérente ; quelques brides la réunissent à la plèvre latérale droite et en arrière vers la colonne vertébrale. Mais son ablation est cependant très facile.

Léger épanchement hémorragique dans les deux cavités pleurales.

Le poumon gauche a subi une grande expansion pour compenser l'inactivité de l'autre.

Rien au cœur.

Athérome de l'aorte; large plaque calcaire à sa crosse.

Foie petit, mou ; rate grosse (double du volume normal).

Rien au mésentère, ni dans les ganglions bronchiques et abdominaux.

Reins de volume normal, congestionnés.

Cerveau, pas de tumeur, léger ramollissement de la couche externe.

Athérome considérable de l'hexagone de Willis et surtout de l'artère sylvienne gauche.

Voici l'analyse microscopique qu'en a donnée M. A. Malherbe, dans les Bulletins de la Société anatomique de Nantes :

« Cette tumeur est blanchâtre et de consistance assez ferme. Un fragment a été conservé dans l'alcool pour l'examen microscopique. Sur les coupes on voit, après coloration par le picro-carmen, un tissu composé de petites cellules rondes à noyau fortement coloré en rose, à protoplasma très peu abondant. Ces cellules ont tous les caractères optiques des cellules lymphatiques. Lorsqu'on chasse ces cellules à l'aide du pinceau, on aperçoit une trame assez dense qui n'a jamais nettement le caractère d'une trame alvéolaire, et qui ressemble plutôt à la trame réticulée mais singulièrement agrandie d'un ganglion lymphatique. Cette trame prend naissance sur des vaisseaux plus ou moins larges, à paroi mince mais bien organisée, plus développée que la paroi des vaisseaux du sarcome. Les trabécules qui s'appuient sur les parois des vaisseaux sont colorables par le carmin, mais paraissent homogènes et soutiennent un réticulum plus délicat qui, toutefois, ne va jamais jusqu'à la finesse du réticulum des ganglions lymphatiques. Ce réticulum est développé de manière à donner au néoplasme une consistance assez ferme. — En résumé, les caractères de ce tissu sont intermédiaires entre ceux du sarcome alvéolaire à cellules rondes, et ceux du lymphadénome. Nous croyons que la dénomination de lympho-sarcome convient pour désigner cette tumeur. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 16 octobre 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Paralysies musculaires dans le tabes dorsalis. — M. DÉJÉRINE fait une communication sur la pathogénie de certaines paralysies musculaires chez les malades atteints de sclérose des cordons postérieurs de la moelle. Il rapporte l'observation d'une femme de trente et un ans, présentant tous les signes du tabes dorsalis classique qui, depuis trois ans, était atteinte d'une chute complète des releveurs des deux paupières. Il y a un mois, cette femme fut prise d'une fièvre typhoïde compliquée de myocardite et succomba. A l'autopsie, on trouva toutes les lésions caractéristiques du tabes dorsalis. Comme depuis trois ans elle était atteinte d'une paralysie des releveurs des paupières, on examina particulièrement les filets de la troisième paire. Outre sa teinte grisâtre, on constata, au microscope, que ce nerf était presque complètement détruit. Les fibres musculaires des releveurs étaient réduites des trois quarts de leur volume. Cette atrophie était nettement limitée à ce muscle; les autres muscles et les autres nerfs étaient sains. Il s'agissait donc d'une névrite périphérique dissociée.

M. Déjérine rappelle avoir montré le rôle considérable que jouent ces névrites périphériques chez les tabétiques; elles expliquent bien les différences qu'on observe dans les troubles de la sensibilité à égalité de lésions médullaires.

M. BROWN-SÉQUARD fait observer que ces névrites périphériques ne sauraient expliquer ces paralysies passagères, ces troubles de la sensibilité transitoires qu'on rencontre si fréquemment chez les malades atteints d'ataxie locomotrice.

M. DÉJÉRINE répond que ces paralysies transitoires relèvent en effet d'autres causes, peut-être de lésions passagères, peut-être même de phénomènes inhibitoires; c'est là une question qui reste à étudier. Mais dans le fait qu'il vient de communiquer, c'est tout autre chose, puisqu'il s'agit d'une paralysie des releveurs datant de trois ans.

Otite externe périostique circonscrite. — M. GELLÉ décrit, sous ce nom, d'après cinq faits qu'il a observés, une affection inflammatoire subaiguë du conduit auditif d'origine rhumatismale, et qui s'accompagne de fièvre légère et souvent de manifestations rhumatismales articulaires. A l'examen du conduit, lequel est provoqué par l'existence de douleurs d'un côté de la tête et dans l'oreille, et surtout par la surdité unilatérale progressive, à l'examen on constate, au fond du conduit, dans la portion osseuse, la présence d'une ou plusieurs petites tumeurs rondes, rosées, bien isolées l'une de l'autre, bien circonscrites, peu douloureuses à la pression du stylet et ne se laissant pas déprimer, sans cependant offrir la résistance osseuse. Ces petites saillies se développent lentement et arrivent au contact ou viennent toucher la paroi opposée : le méat est bouché et la surdité existe.

La durée a été de cinq à six semaines et sa terminaison constante dans les cinq faits observés a été la disparition par résolution. Le traitement local consiste en bains tièdes et en injections auriculaires; on y joint le traitement ordinaire des affections fébriles rhumatismales. Une angine rhumatique évolue fréquemment en même temps et devra être soignée attentivement, car elle sert de trait d'union entre la lésion souvent constatée à la fois sur les deux oreilles.

De la contraction musculaire provoquée par une percussion du muscle chez l'homme. — M. BLOCH rappelle l'expérience d'Alby relative à la propagation de l'onde musculaire lorsqu'on excite l'extrémité d'un muscle. Cette onde chemine avec une vitesse d'un mètre par seconde d'un bout à l'autre du faisceau contracté par une excitation directe.

Lorsqu'au contraire l'excitation porte sur le nerf principal qui se rend au muscle, ce dernier se contracte simultanément dans tous les points de sa masse.

La percussion permet de répéter, chez l'homme, la première expérience d'Alby, et, si on frappe en un point le vaste interne de la cuisse, par exemple, on provoque une contraction qui gagne de proche en proche et qu'on peut enregistrer, en plaçant des tambours explorateurs à des distances déterminées du point où le choc est produit.

M. Bloch montre des graphiques sur lesquels le moment du choc est repéré exactement. On voit sur ces tracés un retard d'environ 1/25 de seconde pour un point situé à 5 centimètres de l'endroit percuté et un retard de 1/16 de seconde pour un point éloigné de 10 centimètres.

La différence, soit 1/42 de seconde, mesure le temps nécessaire à la contraction musculaire dans 5 centimètres de muscle, d'où l'on peut conclure à une vitesse de *deux mètres par seconde.*

Si Alby n'a trouvé qu'un mètre, continue l'auteur, c'est peut-

être parce qu'il opérait sur un muscle détaché de l'animal et cela n'implique pas nécessairement chez l'homme que la vitesse de l'onde soit double de celle des muscles de la grenouille.

Dans la contraction volontaire ou dans celle qui est provoquée par le choc sur le tendon rotulien, le muscle se contracte en même temps dans toute sa masse. Pour ce dernier cas, c'est un argument à ajouter en faveur de la théorie qui explique par une action réflexe et non par une excitation musculaire directe le phénomène du genou.

Action physiologique de l'acide carbonique. — M. PAUL BERT, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance, par M. Brown-Séquard, sur l'action excitante de l'acide carbonique, maintient son opinion et demande à présenter quelques observations. M. Brown-Séquard, dit-il, admet que l'acide carbonique est un puissant excitant et que c'est là la cause des contractions musculaires ou des convulsions dans le cours de l'asphyxie. D'autres physiologistes ont pensé que ces phénomènes de contractions étaient dus à la privation d'oxygène. Je suis intervenu avec l'expérience qu'a rappelée M. Brown-Séquard, et j'ai cru devoir donner raison à ceux qui admettaient la privation d'oxygène comme cause des contractions pendant l'asphyxie. Je crois avoir montré qu'une simple privation d'oxygène, sans intervention d'acide carbonique, produit ces convulsions. D'autre part, j'ai pu accumuler une grande quantité d'acide carbonique dans l'organisme sans provoquer de convulsions. Quand il y a une quantité d'oxygène suffisante, on peut introduire dans l'organisme une quantité illimitée d'acide carbonique, jusqu'à ce que mort s'ensuive, sans déterminer de convulsions. A aucun moment de l'expérience l'animal n'en est atteint : j'en ai donc conclu que l'acide carbonique ne donne pas de convulsions.

Étant donné un animal en grand chemin de la mort par asphyxie, dont le sang contient 80, 90 p. 100 d'acide carbonique, si on le fait respirer à l'air libre, très rapidement l'acide carbonique s'en va de son sang et à ce moment, très souvent, l'animal est pris de convulsions. M. Brown-Séquard dit à cela que l'acide carbonique a produit de l'inhibition et a laissé la place à une action convulsivante quand il s'est éliminé. Il en résulterait que mon expérience viendrait à l'appui de l'action convulsivante de l'acide carbonique. Il est difficile de comprendre comment l'action convulsivante d'une substance peut être produite; quand cette substance s'en va de l'organisme dans l'asphyxie, il y a deux choses : 1° la diminution de l'oxygène pouvant aller jusqu'à 0; 2° une faible augmentation de l'acide carbonique dans l'asphyxie, c'est l'oxygène qui guide la convulsion et non l'acide carbonique.

En résumé, M. Bert reste persuadé que l'acide carbonique ne joue aucun rôle dans les phénomènes de l'asphyxie.

Le pouls et la cornée. — M. JAVAL communique un fait qu'il a récemment observé; il s'agit de variations de courbure de la cornée en synchronisme avec les pulsations.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XXVI

DE MONTPELLIER A SAINT-SEVER PAR BÉZIERS, LE CANAL DU LANGUEDOC ET TOULOUSE.

Le 13 juillet une voiture du genre carriole ou charrette nous transféra de Montpellier à Pezénas en passant par les villages de Gigean, Mèze, Montagnac; le lendemain nous étions à Béziers. Pendant ce trajet, j'observe que les oliviers diminuent insensiblement de nombre et de grandeur; la patrie des oliviers commence du côté du nord à Avignon et du côté de l'ouest aux environs de Béziers; de ces deux points extrêmes, ces arbres deviennent plus nombreux et plus élevés à mesure qu'on approche des côtes de la Méditerranée et surtout de l'Italie; c'est aussi vers ces deux points que commence la température essentiellement méridionale : il est probable qu'on ne pourra jamais naturaliser l'olivier en dehors de ces limites topographiques. Les cultivateurs languedociens et provençaux distinguent un grand nombre d'espèces ou plutôt de variétés d'oliviers soit relativement à la hauteur de l'arbre et à la disposition de ses branches, soit eu égard à la grosseur et à la qualité des olives. Dans les localités du bas Languedoc et de la Provence occidentale, les oliviers sont de petite stature; ils sont beaucoup plus élevés et garnis de branches aux environs de Toulon et d'Hyères : on dit qu'ils sont encore plus forts du côté de Nice; quant aux olives, il y en a de la grosseur d'une noix médiocre, d'autres beaucoup plus petites : celles-ci fournissent une huile plus délicate : l'huile d'Aix est renommée par son excellence, les olives de cette localité de même que les arbres qui les donnent sont de fort petite taille : il y a des olives noires et d'autres plus ou moins vertes; les olivettes ou champs plantés en oliviers sont d'autant plus favorables à la fécondité de ces arbres qu'elles sont dans une exposition plus méridionale et que leur sol est plus sec, plus caillouteux ou rocailleux; presque toutes celles que j'ai observées sont d'un terrain rougeâtre, aride comme à Beaucaire, Aix, Montpellier; l'olivier réussit très bien dans les plaines abritées du vent du nord et où les rochers environnants concentrent la chaleur; à Beaucaire, on voit des olivettes en plaines ainsi disposées et très productives; ce même sol est favorable à la vigne, mais on n'y voit guère d'autre arbre ou arbrisseau. L'olivier est très impressionnable au froid : l'hiver de 1709 fit périr tous ceux du pays de Béziers : il n'est productif qu'au bout de douze ou quinze ans, il croît jusqu'à trente et quarante ans. Aux environs de Béziers, les arbres à huile commencent à disparaître; on voit la campagne se couvrir de vigne et de maïs. Dès que les chevaux de notre étouffante voiture furent dételés, nous nous empressâmes de parcourir les rues étroites et montueuses de cette triste cité; l'adage populaire : « Si le bon Dieu descendait sur la terre, il fixerait son séjour à Béziers, » me paraît bien peu justifié : c'est le produit d'une ferveur patriotique toute locale. Au-devant de la cathédrale gothique assez mesquine, il y a une terrasse au bas de laquelle coule une petite rivière et d'où l'on jouit d'un beau point de vue sur une plaine fort vaste et bien cultivée : c'est le seul point remarquable de Béziers avec la citadelle qui domine aussi une grande étendue de pays plus ou moins stérile; il paraît que l'eau potable est rare dans cette ville, car nous vîmes autour d'une fontaine, qui est peut-être unique, trois ou quatre douzaines de cruches qui attendaient leur tour pour être remplies.

Après un déjeuner dînatoire dans une mauvaise auberge, nous fîmes transporter nos bagages à la station du canal de Languedoc, distante de la ville d'une petite demi-lieue. Dans le coche, nous eûmes l'avantage d'avoir la société de deux hommes instruits et aimables, qui avaient beaucoup voyagé, et d'un commerçant lourdaud, qui nous amusa par ses pataquès.

On traversa la *Montagne-Percée*, large voûte pratiquée à travers une montagne et revêtue intérieurement de maçonnerie pour prévenir l'éboulement des terres : ce passage a 182 pieds de longueur; il y a, de chaque côté, des trottoirs où je pus mettre pied à terre. Vers sept heures du soir, nous débarquâmes au *Saumail*, où l'on passe la nuit; c'est un groupe de quatre maisons. Après un bain dans le canal, nous pûmes souper très convenablement, mais, au coucher, il fallut se débattre avec des légions de puces et des bataillons de punaises.

Au lever du soleil, je décampai et j'allai me dédommager avec Flore des rigueurs de Morphée. Les environs du Saumail m'offrirent le *Galium maritimum*, qui croît abondamment sur les bords du canal et a souvent des tiges de deux pieds, l'*Euphorbia Gerardi*, l'*Euphorbia pubescens* Wahl., qui n'est pas rare, l'*Ephedia monostachya*, etc. A six heures, on se réunit dans la diligence aquatique.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 octobre 1884.

On part. A la station du dîner, pauvre dîner, la société s'accroît de dames subcoquettes; à la Marseillette, on nous fit remarquer un vaste marais dont le gouvernement vient de donner la jouissance pendant vingt années à une Irlandaise, fort riche, à la condition qu'elle le ferait dessécher; les travaux sont déjà très avancés. On passe la nuit à Trèbe, petite villette aux bords du canal : nous logeâmes à l'*Hôtel du Lion d'or*, dont le propriétaire, Charles Taicher, est renommé par son esprit poétique et ses couplets improvisés. Au dessert, notre poète monta au salon et nous fit passer la plus agréable soirée qu'on puisse désirer en voyage. Il adressa de fort jolis couplets aux dames et aussi à un vénérable prêtre, notre commensal : il nous compta plusieurs aventures piquantes que lui avait attirées son esprit rimailleur, car il ne se donne point le titre de poète. L'un de nous, croyant mettre sa muse en défaut, lui demanda un couplet sur les Droits réunis. M. Charles s'excusa d'abord sur ce qu'étant receveur, il ne pouvait guère parler contre lui-même : cependant le couplet fut fort bien tourné. Il versifie le plus souvent en patois, mais sa muse parle quelquefois français, comme il nous le prouva. Voici deux couplets qu'il improvisa pendant un dîner lors des assemblées électorales dont il était membre :

Entre qué l'y sount deputats
Pér ana a la grande Assemblade,
A peine y sount arribats,
Soun récébuts din lé gatade (aire, cercle).
Couméncen dé fa claqua lé fouét,
Tout le moundé murmure,
Y ban déssus un bourriquet
Et s'en tournen én bouéture.

Quan y ban soun d'hounéstes gens,
Quan y soun é l'y fan ripaille,
Lé pople és toutjours d'al despéns,
Haben a fé amé dé canaille :
Toutjours nous fau pourta lé pès,
Nous fau perdé lé couratge
Et may, poudén pas dise arés,
Nous menacen d'el grand bouyatge.

M. Charles nous assura avoir fait autrefois, dans les clubs, le couplet suivant, mais ne serait-ce pas du bien d'autrui ?

Chantons gaiement, chantons la paix.
La paix est un bien désirable,
Point de vrai bonheur sans la paix,
Puisse-t-elle être durable !
Peuple joyeux fait pour la paix,
Reprends ton premier caractère.
Séchons en faveur de la paix
Les pleurs qu'a fait verser la guerre.

Après avoir ri pendant une heure et applaudi ce descendant des troubadours, nous allâmes tristement nous livrer aux puces et aux punaises qui pullulent sur les bords du canal du Midi.

Le 16 juillet, dans la soirée, nous entrons par un fort joli bassin en forme de port dans la cité de Castelnaudary, patrie des beaux ânes, renommée aussi pour son commerce de grains et de melons.

Nous aurions désiré quitter la barque pour aller voir le fameux bassin de Saint-Ferréol distant de quatre lieues, mais de vulgaires considérations financières nous forcèrent de renoncer à cette excursion.

Le 17 juillet, dans la soirée, nous débarquons à Toulouse. Je consigne ici quelques notes sur le canal du Languedoc. Ce canal, dont l'inventeur fut l'ingénieur Andréossi et le créateur Paul de Riquet, de Béziers, est un des travaux qui honorent le plus l'esprit humain : il fait, pour ainsi dire, communiquer la Méditerranée avec l'Océan et rend très faciles les relations commerciales entre les localités intermédiaires. Il commence dans le département de la Haute-Garonne, sur la rive droite de la Garonne, à une demi-lieue de Toulouse, se dirige au Sud-Est, entre dans le département de l'Aude et, se portant ensuite à l'Est, débouche près d'Agde dans l'étang de Thau (Hérault), qui communique avec la Méditerranée. Son développement est de 60 lieues; sa largeur est telle que deux barques peuvent circuler librement en sens opposé, sans se heurter; sa profondeur est de quatre ou cinq pieds. Le canal traverse un pays remarquable en général par sa culture et sa fertilité, surtout à mesure qu'on avance vers Toulouse : ses bords sont souvent plantés d'arbres, surtout de peupliers. L'immense bassin de Saint-Ferréol alimente le canal : des robinets aussi gros que le corps d'un homme et qui, lorsqu'on les ouvre, produisent un fracas effrayant, distribuent l'eau à volonté dans le canal : par ce moyen, on est pour ainsi dire maître de la navigation, et on peut, quand besoin est, mettre le canal à sec pour le débarrasser soit de la vase, soit des végétaux qui finiraient par l'encombrer. Ce curage se fait tous les ans, en automne, au moyen d'une machine à draguer qui, traînée par des bœufs, arrache et emmène les immondices et les plantes : celles-ci se bornent à la singulière et curieuse *Vallisneria spiralis*, qui y est excessivement abondante, et à quelques espèces de *Potamogeton;* des ruisseaux, des rivières croisent en divers sens la direction du canal, qui alors se trouve encaissé sur un pont de sorte que l'eau passe en même temps sur et sous le pont.

Dans le trajet de Béziers à Toulouse, on compte soixante-quatre écluses : les unes simples, n'ayant qu'un bassin ; les autres en ayant deux, trois, quatre, il y en a même une qui en a huit. Les écluses sont transversales et tiennent toute la largeur du canal; il y en a d'autres latérales, qui sont destinées à faire déverser l'eau dans les ravins quand on veut opérer le curage. Voici comment on voyage sur le canal : la barque ou diligence d'eau ressemble au coche ou galiote de Paris-Corbeil ; elle est tirée au moyen d'un gros câble par deux chevaux qui trottent sur un chemin frayé au bord du canal. Lorsqu'on arrive au bassin d'une écluse, on se trouve entre deux *biez* ou parties de canal de niveaux différents que ce bassin est destiné à faire communiquer par des portes que l'on peut baisser ou lever à volonté, ou que l'on ouvre latéralement à l'aide d'une mécanique. L'eau passe d'abord au moyen de soupapes du biez supérieur dans le bassin jusqu'à ce que celui-ci soit au même niveau ; on ouvre ensuite les soupapes des portes situées à l'autre extrémité pour ramener le bassin au niveau du biez inférieur, et alors la barque peut franchir l'écluse.

Nous n'oubliâmes pas, pour compléter ces notions, d'aller à la *réunion des deux mers*, endroit où l'eau de la Garonne s'unit à celle du canal; on voit sur un côté du pont un large bas-relief qui représente des allégories relatives au commerce et à l'agriculture.

Pendant trois jours, nous parcourûmes les monuments et curiosités de l'antique capitale des Tectosages, la cathédrale de Saint-Étienne, commencée sur un plan magnifique mais inachevée, la belle église romane de Saint-Sernin, l'hôtel d'Assézat, bâti sur les dessins du Primatice, les moulins à eau du Basacle et du château narbonnais, la place du Capitole, les trois hospices, le muséum des tableaux, l'ancien cloître des Dominicains, la promenade du Grand-Rond, le Jardin des Plantes, dont l'emplacement est beau, mais peu riche en plantes et dépourvu de serres. Je fis une visite à M. Picot de Lapérouse, naturaliste et maire de Toulouse, auque j'étais recommandé par Bosc-Dantic : il m'accueillit fort amicalement et me permit de feuilleter son herbier.

Le 21 juillet, nous partons en diligence pour Auch. Le premier village que nous traversons est Lègnevin, où se termine le Languedoc et où commence la Gascogne ou plutôt l'Armagnac. Nous passons à l'Ile-en-Jourdain qu'environne une campagne admirable par sa riche culture. Ce pays est sans contredit le plus beau de tous ceux que nous avons vus dans le courant de notre voyage. Il est impossible d'imaginer un terrain plus varié dans ses productions que ce magnifique bassin arrosé par la Save. Combien l'aride patrie du triste olivier est loin d'offrir les charmes de ce pays! Ici tout est agrément pour l'œil de l'observateur, tout est richesse pour l'agriculteur : de vastes prairies bordées de saules et où l'on voit de loin en loin briller l'onde de quelques ruisseaux, des champs de froment et de maïs forment la plaine au centre de laquelle est la petite cité de l'Ile-en-Jourdain; des coteaux d'une pente douce, garnis de vignobles, couronnés de bosquets, couverts à leur base

de bois très épais, souvent interrompus, limitent l'horizon de tous côtés. Nous fîmes à Gimont un dîner digne du paysage; un mets nouveau s'offrit à mon palais et fut bien accueilli, c'est une *omelette à la Célestine*, l'écorce de citron et le sucre en sont les principaux ingrédients.

Un mot de botanique : entre Toulouse et Gimont, je retrouve sur les bords de la route, dans les endroits caillouteux et arides, le *Lotus hirsutus*, qui n'est pas moins abondant ici que sur les montagnes de Porquerolles où je l'avais rencontré pour la première fois; les *Xeranthemum inapertum, Spartium junceum, Centaurea galactites*, y croissent aussi communément qu'en Provence.

Nous arrivons à Auch vers sept heures du soir : un quart de lieue avant la ville, on me fit remarquer sur la droite de la route une ancienne résidence de chasse du roi Henri IV. A l'entrée de la ville, nous passons sur un pont le Gers, petite rivière qui donne son nom au département et qui actuellement est à sec; il était trop tard pour aller admirer la cathédrale d'Auch et ses beaux vitraux.

Le lendemain, bien avant l'aurore, nous nous insérons dans la brouette du courrier qui peut aller de pair avec la terrible carriole de Beaucaire : une seule rosse, mais bien rosse, nous traînait à pas comptés parmi les montuosités de cette route. Pour soulager la pauvre bête, je fis à pied près de la moitié du chemin avec le postillon ; on fait la halte du déjeuner-dîner à Vicq-Fezensac ; on passe à Manciat, à Nogaro, ancienne capitale du bas Armagnac, triste petite ville composée d'une seule rue où le jour pénètre à peine et dont le pavé fort irrégulier est, en toute saison, imprégné de boue. Là, mon ami Dufau prend à cheval la route de Barcelone, village près d'Aire, et moi à pied celle du Houga : je passe la nuit sous le toit hospitalier de M. Malartic.

Le 23 juillet, en attendant ma valise et la précieuse caisse au phormium, je me promène dans les champs patrimoniaux de Cremens.

Le lendemain, au lever du soleil, je monte à cheval, je déjeune sommairement au Houga, chez M[me] L..., je traverse le bourg de Cazères, rendez-vous des oies et des cochons dans le temps des foires, puis Grenade dont les habitants sont très friands d'escargots; enfin, après quatre mois de pérégrinations, j'arrivai dans mes pénates, à Saint-Sever. Je renvoie à mon manuscrit de 1806, où j'ai revivifié mes impressions semi-séculaires, pour la connaissance détaillée des insectes et des plantes observés et recueillis dans le voyage : il y est fait mention de 326 insectes et 394 plantes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* publie la note suivante : Le service de statistique a été informé d'un décès par « choléra nostras » qualifié tel par le médecin traitant et de deux décès survenus à l'hôpital par une maladie cholériforme dont la nature n'a pu être nettement définie par le médecin traitant. L'une de ces deux malades est une femme habitant l'un des plus pauvres quartiers de Saint-Ouen, l'autre est une ouvrière domiciliée à Aubervilliers.

— Pendant les deux dernières journées, nous trouvons dans le *Bulletin sanitaire officiel* les chiffres suivants touchant l'épidémie cholérique en Italie : 468 cas nouveaux et 235 décès, parmi lesquels la ville de *Naples* est comprise pour 189 cas et 101 décès, et *Gênes*, pour 10 cas et 2 décès.

— Par décret, en date du 18 octobre 1884, M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, est nommé membre du Conseil supérieur de l'instruction publique, membre de la section permanente et secrétaire de ce conseil, en remplacement de M. Albert Dumont, décédé.

— Par décret, en date du 17 octobre 1884, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu les affectations ci-après, les médecins militaires dont les noms suivent, savoir :

1° *Au grade de médecininspecteur :* (Choix) M. Paulet, médecin en chef de l'hôpital de la Charité, à Lyon, en remplacement de M. Champenois, admis dans la 2e section de réserve. (Placé dans la position de disponibilité.)

2° *Au grade de médecin principal de 1re classe :* (Choix) M. Arnaud, médecin chef des salles militaires de l'hospice de Tarbes, en remplacement de M. Delcominète, retraité. — Désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran.

(Choix.) M. Badour, directeur du service de santé de la division de Constantine, en remplacement de M. Paulet, promu. — Maintenu dans son emploi actuel.

3° *Au grade de médecin principal de 2e classe :* (Choix) M. Flament, de l'hôpital de Toulouse, en remplacement de M. Arnaud, promu. — Maintenu dans ledit établissement.

(Choix.) M. Richon, de l'hôpital de Belfort, en remplacement de M. Badour, promu. — Désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran.

4° *Au grade de médecin-major de 1re classe :* (choix) M. Duprey, des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Ducharme, retraité. — Maintenu dans ses fonctions.

M. Gorsse, du 14e bataillon d'artillerie de forteresse, en remplacement de M. Schoeffel, décédé. — Désigné pour le 8e d'infanterie.

(Choix.) M. Castaing, des hôpitaux de la division d'Oran, en remplacement de M. Bontemps, retraité. — Maintenu auxdits hôpitaux.

M. Forgues, du dépôt du 113e d'infanterie, en remplacement de M. Lesur, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Désigné pour le 63e d'infanterie.

(Choix.) M. Margantin, du 1er chasseurs à cheval, en remplacement de M. Bleicher, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Désigné pour le 102e d'infanterie.

M. Mulot, du dépôt du 32e d'infanterie, en remplacement de M. Lefort, mis en non activité pour infirmités temporaires. — Désigné pour le 77e d'infanterie.

(Choix.— Services exceptionnels rendus pendant l'épidémie cholérique.) M. Pagès, du dépôt du 15e d'infanterie, en remplacement de M. Flament, promu. — Désigné pour le 3e d'infanterie.

5° *Au grade de médecin-major de 2e classe :* (Choix) M. Mourey, du 137e d'infanterie, en remplacement de M. Trifaud, décédé. — Désigné pour le 77e d'infanterie.

M. Tixier, du 101e d'infanterie, en remplacement de M. Autellet, démissionnaire. — Désigné provisoirement pour le 70e d'infanterie.

M. Godin, du 1er chasseurs à cheval, en remplacement de M. Duprey, promu. — Désigné provisoirement pour le bataillon du 6e d'infanterie détaché à Souk-el-Djemma (Tunisie).

(Choix.) M. Ravan, du 1er hussards, en remplacement de M. Gorsse, promu. — Désigné provisoirement pour le 54e d'infanterie.

M. Boiron, du bataillon du 19e d'infanterie détaché à Gafsa (Tunisie), en remplacement de M. Castaing, promu. — Maintenu provisoirement audit bataillon en Tunisie.

M. Bony, du 4e d'infanterie, en remplacement de M. Forgues, promu. — Désigné temporairement pour le bataillon du 100e d'infanterie détaché à Batna (division de Constantine).

(Choix.) M. Francou, du 6e d'artillerie, en remplacement de M. Margantin, promu. — Désigné provisoirement pour le 96e d'infanterie.

M. Dziewonski, surveillant à l'école de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Mulot, promu. — Désigné pour le 1er tirailleurs algériens.

M. Vignol, surveillant à l'école de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. Pagès, promu. — Désigné pour le 2e tirailleurs algériens.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Gilis, prosecteur, est chargé, pendant l'année scolaire 1884-1885, des fonctions de chef des travaux anatomiques et de médecine opératoire à ladite Faculté, en remplacement de M. Chalot, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 octobre 1884, la chaire

de physique de la Faculté des sciences de Dijon est déclarée vacante.

— Un concours pour une bourse de voyage, à décerner parmi les internes en médecine des asiles d'aliénés du département de la Seine, aura lieu le mardi 4 novembre prochain.

Le jury dudit concours se composera de MM. Th. Anger, Bigot, Charpentier, Dagonet, Magnan, Moizard et A. Voisin.

— M. le docteur Péan, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses leçons cliniques et le cours de ses opérations, le samedi 25 octobre, à neuf heures, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— M. le docteur H. Picard a commencé un cours public et gratuit sur les maladies de l'appareil urinaire, le vendredi 17 octobre à cinq heures, 13, rue Suger, et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16892

25

Eaux minérales de Vals.

Acidules, Gazeuzes, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.è.	I.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse.	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.24

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux:* SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

106

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VERITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré
GARANTI PUR
5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles ; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

46

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.
Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des
GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,
et toutes les maladies provenant de
L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

103

Coton iodé préparé par **J. THOMAS**

pharmacien de 1re classe.

Le Coton iodé est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau, et un révulsif énergique, dont on peut graduer les effets à volonté. On a obtenu les succès les plus éclatants dans les hôpitaux de Paris : le lumbago, la pleurodynie, les douleurs articulaires du genou, de l'épaule, les épanchements articulaires, les épanchements dans la plèvre, les engorgements ganglionnaires, etc., ont été guéris, sans lésions de la peau, en un court espace de temps.

48, avenue d'Italie, Paris, et toutes les pharm.

16

ANALYSE D'OCTOBRE DU

Lait pur et non écrémé

DE LA FERME D'ARCY-EN-BRIE (Seine-et-Marne), arrivant tous les jours en vases en CRISTAL de un et de deux litres, bouchés et plombés à la ferme d'Arcy même.

L'analyse de ce lait, pour le mois d'octobre, a été faite par M. JOULIE, pharmacien en chef et chimiste de la Maison de santé Dubois :

Densité à 15°		1.030,9
	gr.	
Beurre par litre	50.500	
Albumine	9.400	
Caséine	24.800	
Sucre de lait	47.800	
Sels	7.000	
Total des matières fixes	139.500	139.500
Eau par litre		891.400

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	1.936
Acide sulfurique	0.171
Chaux	1.732
Magnésie	0.295
Potasse	1.832
Soude	0.634
Silice, chlore, acide carbonique, fer et perte	0.400
Total	7.000

PRIX :

Dans les dépôts	75 c. le litre.
—	45 c. le 1/2 litre.
Rendu à domicile	80 c. le litre.
—	50 c. le 1/2 litre.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, rue de Paradis, Paris.

Envoi gratis, sur demande, du prospectus explicatif.

10

Affections cardiaques

« PALPITATIONS, INSUFFISANCES ET RÉTRÉCISSEMENTS, ALBUMINURIES, ŒDÈME. »

Soulagement immédiat et guérison par le **Sirop et les Pilules de LANGLEBERT** *au convallaria Maïalis (muguet de mai)*

Préconisés par les meilleurs praticiens.

Phie LANGLEBERT, 55, r. des Petits-Champs et ttes ph.

6

Epilepsie, traitement efficace

par l'**ELIXIR** et les **GRANULES** à base de **PICROTOXINE** du docteur **PENILLEAU.**

Phie LEPINTE, 72, rue Saint Dominique, Paris.

91

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

63

Papier Rigollot

Nous engageons vivement MM. les Médecins à n'admettre comme véritable PAPIER RIGOLLOT que les feuilles portant en travers la signature ci contre, en rouge.

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la menstruation.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

22

RHUMATISMES, GOUTTE, GRAVELLE
PRISES DOSÉES A 50 CENTIGRAMMES

Salicylate de soude cristallisé

SCHLUMBERGER ET CERCKEL
26, rue Bergère, Paris.

Seuls concessionnaires du brevet KOLBE *pour l'acide salicylique et ses dérivés.*

La prise est la seule forme qui permet de constater la pureté et la qualité du salicylate, qui se présente sous l'aspect de paillettes ou cristaux nacrés.

La division en paquets de 50 centigrammes facilite l'administration du médicament que l'on peut varier suivant le goût du malade qui le prendra dans de l'eau gazeuse, de l'eau rougie ou légèrement alcoolisée, limonade, thé, tisane, etc., à volonté. (Boîte, **3** francs.)

Le SALICYLATE DE LITHINE en pilules dosées à 10 centigr., particulièrement efficace contre la goutte et la gravelle (fl. de 60 pilules, **5** francs), 4 ou 5 par jour.

Exiger la marque et cachet SCHLUMBERGER et CERCKEL comme garantie de pureté. — Dépôt, A. CHEVRIER, pharmacien de 1re classe, 21, rue du Faubourg-Montmartre, Paris et toutes phies.

13

Capsules et saccharure

A L'EXTRAIT ÉTHÉRÉ DE CUBÈBE.

Les CAPSULES s'emploient avec succès contre : *Angines couenneuses, Blennorrhagie, Blennorrhée, Catarrhe vésical;* le SACCHARURE c. le *Croup.*

La pharmacie DELPECH, 23, r. du Bac, prépare les PRODUITS DE L'EUCALYPTUS.

416

Vin de Baudon antimonio-phosphaté,

TONIQUE, RECONSTITUANT,

Bien supérieur à l'huile de foie de morue.

Affaiblissement général, anémie, lymphatisme, scrofule, rachitisme, affections catarrhales, phthisie et suppurations prolongées.

Utile pendant la grossesse et l'allaitement.

Ph. BAUDON, 11, r. des Francs-Bourgeois, Paris.

N° 123. — JEUDI 23 OCTOBRE 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 23 OCTOBRE 1884. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. .	3 mois : **10 fr.**	». — 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. I. Hernie irréductible non étranglée; réduction. — II. — Tumeur carcinomateuse de la glande mammaire. — Quelques mots sur les épanchements pleurétiques. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Lorsque, il y a quelques semaines à peine, pour répondre à des questions posées par un de nos correspondants, nous exposions en son intention, ainsi qu'à l'usage d'un très grand nombre, sans doute, de nos lecteurs, que ces renseignements pouvaient également intéresser, les principaux procédés usités pour l'analyse et l'examen des eaux destinées à l'alimentation et aux divers besoins domestiques, nous étions loin de nous attendre qu'il nous viendrait de toutes parts, mais surtout du côté de l'Académie de médecine, un pareil surcroît de renseignements. Depuis que M. Daremberg, par sa hardie et opportune initiative, a ouvert les digues, ç'a été un véritable débordement. Nous sommes loin de nous en plaindre et nous est avis que nos correspondants doivent se tenir pour satisfaits. M. Daremberg leur avait révélé le triste état de l'aménagement des eaux de Paris, pendant une certaine période de l'année, et durant toute l'année même pour certains quartiers. Ils ont pu voir, par la discussion qu'a soulevée cette sorte de catilinaire et par les efforts même tentés par quelques membres pour atténuer les griefs accumulés sur l'administration, qui n'a pu ou n'a pas su empêcher un pareil état de se produire, combien le mal était déjà profond et ce que l'avenir pouvait nous laisser encore à craindre.

Qu'il y ait quelque exagération, peut-être, dans l'effroyable tableau de ce mouvement circulaire par lequel nos déjections reviendraient à leur source sous la forme alimentaire, on peut l'accorder, pour la généralité du moins, mais il suffit que le fait ait pu se produire, dans quelque étroite limite de temps ou de lieu que ce soit, pour qu'à tout prix on doive le faire cesser. Ce fait suffirait à lui seul pour légitimer la campagne dans laquelle l'Académie s'est spontanément engagée. De là l'intérêt qu'inspirent, sans que l'attention de l'auditoire en paraisse fatiguée, ces savantes communications dans lesquelles nos lecteurs auront appris : hier, de la bouche de M. Marey, toute la part probable qu'ont dû avoir en tout temps et partout les eaux contaminées par les déjections humaines sur la propagation, sinon sur la production du choléra ; aujourd'hui, de la bouche de M. Proust, tout le parti que son collaborateur M. Henri Fauvel et lui ont pu tirer de l'ingénieux procédé de culture par la gélatine pour l'appréciation de la valeur des eaux potables. Ils y verront ce que chaque centimètre cube d'eau, même la plus pure, peut contenir de bactéries et autres germes de décomposition et les proportions incroyables qu'en renferme la même proportion d'eau impure, proportions sur lesquelles se base la distinction des eaux potables de celles qui ne le sont point.

L'Académie a entendu, à la fin de la séance, une très intéressante communication de M. Blachez, consistant dans la relation d'une épidémie de horse-pox qu'il a observée à la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

I. Hernie irréductible non étranglée; réduction.—II. Tumeur carcinomateuse de la glande mammaire.

I. Le premier fait dont j'ai à vous parler est un cas de hernie irréductible, mais non étranglée.

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, cocher bien conservé, porteur depuis longues années d'une hernie qui sortait de temps à autre, sans jamais donner lieu à aucun accident. Il y a douze jours, à la suite d'un effort violent, il a éprouvé à son niveau une vive douleur, et, celle-ci persistant, il est entré dans le service. Nous avons constaté l'existence d'une hernie épiploïque, non enflammée, flasque, molle, mais irréductible par les procédés ordinaires. Or ce sont là justement des cas dans lesquels j'ai toute confiance pour arriver, avec le temps, à réduire la hernie, et dans lesquels je n'ai jamais échoué, en suivant la méthode que j'ai vu pratiquer autrefois à Malgaigne, c'est-à-dire le séjour prolongé au lit, les purgatifs répétés tous les quatre ou cinq jours, une alimentation médiocre du malade, et des tentatives quotidiennes de réduction par compression de la tumeur herniaire au moyen de la bande élastique, sans trop serrer, et celle-ci restant appliquée pendant trois heures au plus. A cette méthode j'ajoute tous les 4, 5, 6 ou 8 jours une forte tentative de réduction, le malade étant quelquefois soumis préalablement à l'anesthésie chloroformique.

Un des derniers cas que j'ai eu à traiter en ville se trouvait dans les mêmes conditions de hernie irréductible, sans étranglement. Je le soignai avec la plus grande patience, les dix premiers jours, simplement par des applications de glace; puis j'essayai, mais en vain, de réduire la hernie; pendant les dix jours suivants, continuation de la glace,

puis tentative de réduction, et insuccès; enfin, tous les huit jours, je tentai de réduire, et c'est enfin au bout de deux mois que je réussis. Je sentis alors un petit glissement se produire au niveau de la hernie et bientôt tout rentra dans le ventre : la réduction était obtenue et il me suffit de faire faire et d'appliquer un très bon bandage pour que la réduction restât parfaitement maintenue.

Dans une autre occasion, après avoir procédé comme je viens de l'indiquer, c'est-à-dire par une série de tentatives de réduction à intervalles à peu près fixes, je fus sur le point de pratiquer la cure radicale de la hernie; mais, au dernier moment, la réduction s'est faite, c'est-à-dire la veille du jour où je devais opérer. Le malade en était au vingt-neuvième jour, et je me donne généralement un mois avant d'intervenir chirurgicalement.

II. La malade que nous allons opérer est une femme de cinquante-sept ans, vigoureuse, grasse, bien conservée, dont les antécédents sont les suivants : gourme dans son enfance; fièvre typhoïde à neuf ans; mariée à dix-sept ans; a eu plusieurs enfants.

Cette femme est eczémateuse, ainsi que, à son entrée, nous avons pu le constater aux coudes, aux jarrets et sur les seins.

D'après ses dires, l'origine de l'affection pour laquelle elle est venue à l'hôpital remonterait au mois d'août 1882. A cette époque, elle tomba dans l'escalier de sa maison, et, dans sa chute en avant, elle se serait contusionné le sein actuellement malade. Cependant elle n'éprouva aucune souffrance. L'année d'après, au mois de juillet 1883, elle fit une nouvelle chute en descendant d'omnibus, chute également en avant, et se contusionna de nouveau le sein. D'ailleurs, cette fois encore, elle n'éprouva que peu de douleur. Devons-nous, dans ces chocs répétés de la poitrine, reconnaître la cause de l'affection actuelle? Nous ne saurions l'affirmer. Tout ce que nous pouvons faire, c'est de noter le fait et de nous rappeler que cette femme est eczémateuse.

Quoi qu'il en soit, au mois de novembre 1883, elle s'est aperçue, pour la première fois, en faisant sa toilette, de l'existence d'une petite grosseur dans le sein gauche, tumeur petite, régulière, profondément située, et absolument indolente, dit-elle : aussi n'y fit-elle pour ainsi dire aucune attention. Ce n'est qu'un peu plus tard, au mois de février de cette année, qu'elle commença à s'en inquiéter, en raison de l'accroissement de volume qu'elle avait acquis. C'est alors aussi qu'elle vint chez moi me consulter, et que je lui remis, comme je le fais toujours en pareil cas, une petite note constatant l'état actuel de ladite tumeur : régularité, indolence, mobilité, dimensions 0,045 dans le sens vertical, 0,055 dans le sens horizontal; absence de ganglions.

J'ai revu la malade au mois d'avril, puis il y a quelque temps, et cette dernière fois elle m'a demandé à entrer à l'hôpital. Son état général est bon; l'appétit est conservé; la peau est saine; la tumeur n'est pas ulcérée, elle occupe l'hémisphère supérieur du sein gauche; elle est bosselée, un peu irrégulière, et se confond avec la masse de la glande; elle est mobile sur les parties profondes, bien qu'il soit assez difficile de la faire changer de place. Ou mieux, je dirai qu'elle me paraît avoir contracté, selon toutes probabilités, des adhérences profondes avec l'aponévrose, avec le fascia superficialis, phénomène très important à constater. Ses diamètres sont : dans le sens horizontal, 0,08; dans le sens vertical, 0,07 à 0,075. Le mamelon est rétracté. Enfin, aujourd'hui, les ganglions axillaires sont indurés.

En résumé : femme de cinquante-sept ans, eczémateuse, chez laquelle des contusions répétées du sein ont peut-être donné la première impulsion au développement de la tumeur, laquelle a pris un certain accroissement et qui, aujourd'hui, s'accompagne de ganglions dans le creux de l'aisselle. D'où le diagnostic de carcinome de la glande mammaire gauche, se présentant dans des conditions moins favorables et qui peut encore guérir, du moins pour un certain temps.

La seule condition opératoire qui soit moins bonne, c'est que cette femme est grasse, et que pour enlever toute la glande et les ganglions, — ablation forcée, — nous sommes obligés de faire une très vaste plaie, beaucoup trop large pour en tenter la réunion totale. Aussi, devrons-nous laisser une certaine ouverture du côté de l'aisselle afin que l'écoulement des liquides se fasse facilement et que nous obtenions la guérison la meilleure et la plus rapide possible.

J'espère que nous aurons ainsi une survie d'une certaine durée, la tumeur étant encore dans de bonnes conditions pour être opérée.

QUELQUES MOTS SUR LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES (1)

Par M. le docteur A. Vigot,
Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Caen.

III

Avec une matité aussi nette que celle qu'on percevait du côté droit de la poitrine, avec le souffle, avec l'absence de vibrations thoraciques, n'était-on pas en droit de croire à une pleurésie?

Il n'y avait point de teint cachectique, point de tumeur analogue autre part qui pût mettre sur la voie du diagnostic.

Où a pris naissance cette tumeur? En raison de ses adhérences ou plutôt de sa continuité avec la surface du diaphragme, nous supposons qu'elle a débuté à ce niveau, car elle était libre dans le reste de son étendue, à part une lame du poumon légèrement adhérente à sa face antérieure.

La tumeur est un lympho-sarcome. Faisons observer que, dans ces dernières années, le microscope a jeté un certain jour sur ces tumeurs du thorax auxquelles on donnait en bloc le nom générique de cancers.

On avait remarqué depuis longtemps, et c'est surtout Rendu qui l'a mis en relief, que les tumeurs du thorax, et surtout du médiastin, apparaissent à un âge peu avancé, tandis que le cancer des autres régions ne vient que dans la seconde moitié de la vie. Cependant notre malade y ferait exception, car il avait soixante-cinq ans.

Comment expliquer maintenant les symptômes si bizarres que nous a présentés le malade? Nous croyions bien trouver dans la boîte crânienne une tumeur qui pût nous en donner une raison satisfaisante. Pas du tout. Rien du côté de la calotte osseuse, rien dans le tissu cérébral, si ce n'est un peu de ramollissement des couches périphériques. Signalons cependant l'ischémie de l'encéphale produite par un athérome considérable que nous avons déjà signalé. Voilà sans doute une lésion sur le compte de laquelle nous

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 octobre 1884.

pourrons rejeter les symptômes cérébraux; mais est-ce suffisant pour les expliquer complètement?

Les troubles circulatoires de la cavité thoracique amènent de l'œdème, de la circulation collatérale. On les explique facilement par la compression de la tumeur; mais il n'en est pas de même des troubles nerveux qu'on rencontre dans les cas de tumeur de la cavité thoracique (accès de dyspnée, qui peut aller jusqu'au cornage, syncopes, phénomènes oculo-pupillaires, dysphagie, et ces accidents qu'a présentés notre malade).

De ces faits rapprochons les faits de M. Dumontpallier (1). Pleurésie purulente. Empyème. Le malade a éprouvé des accidents épileptiformes qui sont survenus plusieurs fois au moment du lavage de la cavité pleurale. Il les a également observés chez trois autres malades dans les mêmes conditions. Chez l'un d'eux, les vertiges apparaissaient dès qu'une petite quantité d'eau était introduite dans la plèvre; mais il suffisait de retirer le tube à injection pour faire cesser aussitôt les accidents.

Dans un article paru dans les *Archives de médecine* (2), M. Rendu a fait ressortir le caractère nerveux de la plupart de ces phénomènes, que l'on ne peut rattacher au fait unique de la compression. Ces troubles sont sous la dépendance de l'irritation du pneumogastrique et du grand sympathique. Ils ne sont probablement que le résultat de réflexes dont le point de départ serait dans l'excitation périphérique du pneumogastrique et du grand sympathique. Dans la plupart des cas, l'invasion de ces troubles nerveux correspond à une période avancée de l'affection; cela a donc une signification pronostique grave et doit faire craindre une fin prochaine. C'est ce que nous montre l'observation de notre malade.

Disons un mot en terminant sur le diagnostic :

1° *Spléno-pneumonie.*—M. Grancher la distingue de la pleurésie, en étudiant attentivement les signes du foyer de la lésion, et d'autre part les phénomènes de voisinage.

Les signes du foyer sont bien ceux d'une pleurésie; mais, dans la spléno-pneumonie, l'égophonie est plutôt de la broncho-égophonie que de l'égophonie pure, et le souffle est moins doux et moins aigu que celui de la pleurésie.

Quant à la matité et à l'absence des vibrations thoraciques, elles sont communes aux deux lésions.

2° *Tumeur de la plèvre; abcès du foie.* — Que l'on diagnostique : cancer de la plèvre chez un individu qui, possesseur d'un cancer du sein, présente quelques troubles fonctionnels et des signes physiques du côté de la plèvre, la chose est facile; mais diagnostiquer : tumeur de la plèvre, alors qu'antérieurement rien ne fait penser à un néoplasme, est, croyons-nous, un tour de force.

« Les tumeurs de la poitrine, dit M. Jaccoud (3), présentent plus d'une analogie avec la pleurésie chronique. »

Mais que la tumeur occupe le cul-de-sac inférieur de la plèvre, elle s'accompagnera des mêmes symptômes qu'un épanchement pleural. Nous ne nous occuperons que de cette variété de tumeur, car la tumeur occupant le milieu ou le sommet de la poitrine donnerait lieu à une symptomathologie différente.

M. Jaccoud indique la conservation ou l'exagération des vibrations vocales et les phénomènes de compression, comme propres à la tumeur. Nous pensons que le premier signe fait défaut dans la tumeur de la plèvre et dans la pleurésie et que le second peut se trouver dans ces deux affections.

Nous retrouvons également l'absence de vibrations et des phénomènes de compression dans l'augmentation du volume du foie, surtout de sa face convexe (hypertrophie, kyste, abcès).

Dans nos deux observations, nous voyons des symptômes analogues qui ont fait porter le même diagnostic : matité, souffle, absence de vibrations thoraciques. Dans les deux cas, le poumon était également refoulé et comprimé.

Le diagnostic de la pleurésie chronique reposera sur les commémoratifs de pleurésie aiguë, la matité, le souffle doux, lointain, l'absence de vibrations vocales, et, avant tout, sur l'égophonie. Si on conserve quelque doute, une ponction exploratrice fournira d'utiles renseignements.

Si la pleurésie date de plusieurs mois, il faudra rechercher les déformations thoraciques, les dépressions au niveau de la lésion pleurale. Remarquons qu'à ce niveau, il peut y avoir conservation et même exagération des vibrations thoraciques, mais seulement dans une petite étendue, quelquefois sous forme de bandelettes, correspondant à des adhérences, à des fausses membranes organisées (pleurésie multiloculaire de M. Jaccoud).

1° La matité dans la pleurésie est en rapport avec l'épanchement, la situation qu'il occupe et les fausses membranes. Dans les tumeurs, elle est en rapport avec la forme de la tumeur.

Dans l'augmentation du volume du foie, la matité décrit une ligne à convexité supérieure; mais comme dans la pleurésie et surtout dans les tumeurs, on peut trouver aussi cette ligne convexe; il ne faut donc point la regarder comme un signe différentiel important.

2° Le souffle est également commun à ces trois affections. Nous l'avons entendu chez nos deux malades. Il peut être rude dans les tumeurs et dans l'augmentation de volume du foie, tandis que dans la pleurésie il est doux.

3° Les vibrations thoraciques sont absentes dans les trois cas qui nous occupent.

4° La tuméfaction, globuleuse et circonscrite dans les tumeurs et les abcès (Trousseau), est plus diffuse dans la pleurésie. Les déformations et dépressions thoraciques sont propres à cette dernière.

5° L'égophonie est exclusive à l'épanchement pleurétique. Aussi toutes les fois qu'elle sera entendue nettement, on pourra prononcer sans hésitation le diagnostic pleurésie

Nous ne nous arrêterons pas à la toux, à la dyspnée, qui sont mécaniques dans tous ces cas, aux symptômes nerveux que l'on trouve parfois dans les tumeurs thoraciques (Rendu), puisqu'il peut en exister avec un épanchement pleurétique (Dumontpallier),

Pour aider dans le diagnostic de tumeur pleurale, il faut rechercher les ganglions engorgés, l'état du sujet, l'aspect cachectique, le teint jaune paille, les douleurs vives (absentes chez notre malade), l'absence de fièvre, l'œdème de la partie supérieure du corps.

Pour le diagnostic d'abcès du foie, il faut rechercher, dans les antécédents, la dysenterie et les lésions de l'intestin, la prédominance des symptômes abdominaux (ictère, rate grosse, vomissements, diarrhée); la fièvre, les douleurs sourdes dans l'hypocondre droit, l'œdème ou la saillie de cette région.

(1) Société médicale des hôpitaux, 10 août 1883.
(2) Archives de médecine, 6e série, t. XXVI, p. 445-715.
(3) Jaccoud, *Pathologie interne*, t. I, p. 26.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 octobre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend un rapport de M. le docteur Gimbert (de Cannes) sur les mesures d'hygiène appliquées dans les communes de Cannes et de Mandelieu pour les préserver de l'invasion du choléra.

— **M. Ball**, après le dépouillement de la correspondance, rendant compte à l'Académie de l'accueil que ses collègues et lui ont reçu au congrès de Copenhague, accueil vraiment royal, dit-il, et de l'hommage éclatant qui y a été rendu à la science française dans l'un de ses plus illustres représentants, propose qu'en reconnaissance de ces témoignages de haute estime, une adresse de remerciements soit envoyée aux organisateurs de ce congrès, au nom du corps médical français, par son plus haut représentant, l'Académie de médecine. (Marques générales d'approbation.)

M. le Secrétaire perpétuel, au nom du bureau, invite MM. Ball, Verneuil et Trélat, qui ont représenté l'Académie à ce congrès, à rédiger eux-mêmes cette adresse.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES EAUX DE PARIS

Les eaux de Paris. — **M. Proust** lit une note sur *l'appréciation de la valeur des eaux potables à l'aide de la culture par la gélatine*. Cette note est le résultat de recherches faites dans son laboratoire, à l'hôpital Lariboisière, par M. Henri Fauvel.

Les eaux servent de milieu de culture à une multitude d'infiniment petits, des algues microscopiques, des infusoires, qui, sans être dangereux par eux-mêmes, périssent à certaines époques et sont envahis aussitôt par les germes de la putréfaction. C'est à ce moment que commence la corruption des eaux.

Pour rendre ces phénomènes apparents, on emploie une solution de gélatine suffisamment concentrée pour qu'en refroidissant elle se prenne rapidement en gelée. Dans ces conditions, les bactéries et les germes se trouvent emprisonnés et séparés les uns des autres. Chaque germe ou bactérie ainsi isolé va se multiplier à l'infini en se nourrissant de la gélatine qui l'environne, et au bout de quelques heures chacun aura prospéré à ce point que l'on apercevra à l'œil nu un petit point blanc qui s'accroîtra et formera bientôt une petite sphère opaque. C'est ce que l'on appelle la colonie, qui renferme un nombre considérable de bactéries.

MM. Proust et Fauvel ont appliqué cette méthode à l'examen des eaux de Paris.

M. Proust indique par le détail les procédés de la préparation de la gélatine de culture, de la préparation des tubes, de leur ensemencement, de la numération des bactéries.

Voici quelques-uns des chiffres qu'ils ont obtenus à l'aide de ces procédés :

Eau de la Vanne		11,000	colonies par cent. cube.
—	ayant séjourné dans un réservoir	10,000	—
Eau du canal de l'Ourcq		8,000	—
Eau de l'hôpital Lariboisière		9,000	—
Eau de la Seine	prise à St-Ouen	20,000	—
—	prise à Clichy (en amont du collecteur)	116,000	—
—	(en aval du collecteur)	242,000	—
—	prise à St-Denis (en amont de la prise d'eau)	40,000	—
—	prise à l'aval de l'égout départemental	48,000	—

Entre l'eau de la Vanne et celle du grand collecteur à Clichy, il existe une différence de 231,000 colonies.

Un habitant de Paris buvant un verre d'eau de la Vanne (contenant 250 centimètres cubes d'eau) absorbera 2 750 000 colonies; un habitant de Clichy, en aval du collecteur absorbera pour la même quantité d'eau 60 500 000 colonies.

Les eaux sur lesquelles ont porté les expériences se placent dans l'ordre suivant, en notant le jour où la liquéfaction se déclare à la partie supérieure des tubes :

Pour l'eau pure (eau de la Vanne directe ou dans les réservoirs). la liquéfaction s'est déclarée le dixième jour;

Eaux mauvaises (l'hôpital Lariboisière, canal de l'Ourcq), le cinquième jour;

Eaux infectes (Clichy, Saint-Denis, etc.), le troisième et le deuxième jour.

Pour vérifier les résultats obtenus à l'aide de la gélatine, MM. Proust et H. Fauvel ont fait comparativement le dosage des matières organiques contenues dans ces mêmes eaux par le procédé ordinaire au permanganate de potasse.

Ce dernier procédé d'analyse indique que l'eau de la Vanne peut être prise comme le type de l'eau pure.

Si l'on compare ces résultats : 1° par la numération des globules; 2° en notant le moment où la gélatine est liquéfiée; 3° par le permanganate de potasse, on voit que les résultats fournis par ces trois modes d'investigation viennent se compléter l'un l'autre.

MM. Proust et H. Fauvel se proposent de poursuivre leurs recherches dans ce sens, en appliquant la méthode de culture à la gélatine à l'examen des diverses eaux potables.

M. Lagneau dit qu'il serait désirable qu'on pût n'employer l'eau de source que pour l'alimentation et la toilette, les eaux de l'Ourcq et de rivière étant exclusivement employées pour les autres destinations.

Il rappelle que l'article 24 du règlement sur l'abonnement des eaux stipule que les eaux d'Ourcq sont exclusivement réservées, en dehors des services publics, aux besoins industriels et au service des écuries et remises, etc. Mais il arrive que beaucoup de propriétaires, pour ne payer que 60 francs le mètre cube quotidien d'eau d'Ourcq au lieu de 120 francs celui d'eau de source, ne font mettre de l'eau que dans leur cour, et ne font pas établir de colonnes montantes pour les appartements. Il en résulte que l'eau de la cour sert aux habitants. C'est là ce qui arrive dans la plupart des quartiers ouvriers. Exigera-t-on que tout propriétaire ait les deux eaux dans la maison ? Cette obligation sera difficilement imposée aux propriétaires des maisons ouvrières.

Autre remarque : la Compagnie des eaux n'empêche pas que, dans les maisons riches, on se serve de l'eau de source pour les écuries, les jardins, etc., parce qu'on lui paye cette eau le double.

M. Daremberg, dans la dernière séance, a dit que la Seine en amont de Paris était déjà infectée ; ce que prouvait la seule analyse faite, en 1882, par M. Fauvel.

Voici les résultats de quatre nouvelles analyses effectuées cette semaine :

	Degré hydrotim.	Matières organiques.	Oxygène.
Eau de Seine à Melun	16	0,012	0,010
Choisy-le-Roi (prise d'eau)	17	0.016	0,010
— (borne-fontaine avenue de Paris)	17	0,014	0,010
Port d'Ivry (prise d'eau)	16	0,017	0,010

Donc l'eau de la Seine, même prise à Melun, est impropre à l'alimentation.

L'eau de la Marne n'est pas meilleure que l'eau de la Seine.

	Degré hydrotim.	Matières organiques.	Oxygène.
A Joinville-le-Pont	29	0,017	0,010

L'étude comparée de l'eau de source contenue dans les réservoirs (eaux de la Vanne à Montsouris) a donné :

	Degré hydrotim.	Matières organiques.	Oxygène.
Dans les tuyaux d'arrivée	16	0,026	0,012

Ces analyses indiquent une eau très potable et de composition fixe à son arrivée à Paris.

L'analyse des eaux de source distribuées dans le cœur de Paris a donné des différences très notables. Les résultats démontrent que le degré hydrotimétrique et l'oxygène sont constants, mais que les quantités de matières organiques sont très variables : elles passent de 0,0012 à 0,0048, dans la même rue et le même jour; par conséquent, les tuyaux sont infectés et l'eau devient mauvaise.

Ainsi donc, conclut M. Daremberg, les tuyaux ne sont pas suffisamment entretenus et assurément, dans certaines parties de la canalisation, il reste des matières organiques et des germes provenant de l'eau de réserve que l'on envoie dans les moments de pénurie. On peut voir par là que même les eaux de source distribuées à Paris peuvent ne pas être exemptes de danger pour la santé publique.

M. COLIN (d'Alfort) dit qu'il n'est pas nécessaire de faire l'analyse chimique des eaux de la Seine pour en reconnaître l'impureté. On sait d'ailleurs tout ce qu'il faut pour rendre cette eau aussi impure que possible. A Alfort, où il y a une prise d'eau importante tout près d'un égout, elle est trouble, boueuse, au point que dans un seau on ne verrait pas un poisson à deux centimètres de profondeur. On sait que l'administration Lesage possède un dépotoir au niveau de la confluence de la Seine et de la Marne; or c'est à cet endroit qu'on jette toutes les matières fécales qui ne sont pas utilisées. C'est ainsi qu'à l'École d'Alfort on est réveillé parfois la nuit par une odeur infecte, nauséabonde. Souvent aussi les employés de cette Compagnie ne se donnent pas la peine d'aller jusqu'à la Seine et déversent directement leur tonneau dans l'égout. C'est là surtout ce qui infecte l'École d'Alfort. L'eau de boisson qui est distribuée dans cette École est aussi très impure et très chargée de matières organiques. Il est temps véritablement d'appeler sérieusement l'attention de l'administration sur ces faits et de faire appel aux ingénieurs qui nous laissent boire ainsi des matières fécales.

M. GAUTIER fait observer qu'on se plaint, à tort, des usines qui emploient les matières de vidanges; si on supprime ces usines, on sera obligé de jeter directement dans la Seine toutes les matières fécales qu'elles emploient, et les ingénieurs n'y pourront rien. Il faut donc accepter la triste nécessité des usines qui traitent les matières fécales et, acceptant ces usines, il faut tolérer qu'elles jettent dans la Seine le résidu de ces matières. Il faut pourtant bien que les produits de défécation des deux millions d'habitants de Paris soient déversés quelque part; or, entre deux maux, il faut choisir le moindre.

M. BROUARDEL dit que l'on confond ce qui pue avec ce qui est dangereux. Tout ce qui pue ne tue pas et tout ce qui tue ne pue pas, ainsi que l'a dit très justement M. Bouley. Or, s'il est vrai que les usines de Billancourt et d'ailleurs donnent lieu à des odeurs infectes, il est incontestable que ces odeurs sont infiniment moins dangereuses pour la santé publique que si l'on jetait directement dans la Seine les matières qui les produisent et qui sont traitées dans ces usines. Si on ferme ces usines et si on déverse toutes ces matières dans la Seine, on met en danger tout Paris. Tandis que les mauvaises odeurs répandues dans les usines, si désagréables qu'elles soient, sont loin d'être aussi dangereuses, même pour les localités où se trouvent ces usines. Il faut donc avant tout sauvegarder la Seine; il faut viser d'abord l'infection de la Seine par les déjections humaines; il faut qu'elle soit à l'abri de toute souillure par les matières fécales. Les émanations des usines ne sont pas dangereuses pour la santé publique : or, en menaçant constamment ces usines de les faire fermer, on les met dans l'impossibilité de s'organiser d'une façon suffisante et de prendre toutes les mesures qu'elles pourraient prendre autrement pour les rendre aussi peu malsaines que possible.

M. ROCHARD rappelle qu'à l'occasion de l'épidémie de fièvre typhoïde de 1882, il a montré à l'Académie tous les inconvénients, tous les dangers dont il vient d'être question à propos de la souillure des eaux de la Seine. Il rappelle qu'à cette époque, et sur sa proposition, l'Académie a émis le vœu que l'administration prît les mesures nécessaires pour parer autant que possible à ces graves inconvénients.

La voix de l'Académie n'a pas été entendue; il serait temps qu'elle fût écoutée cependant et M. Rochard propose de renouveler aujourd'hui le vœu qu'elle émettait en 1882.

M. BOULEY propose de nommer une commission dont il ferait partie avec MM. Rochard et Brouardel.

LECTURE

Épidémie de horse-pox. — M. BLACHEZ lit une note sur une épidémie de horse-pox observée à la nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés. En voici le résumé :

Le 27 mai, dans la nourricerie, jusqu'alors indemne de toute épidémie et dans laquelle n'entrent que des enfants syphilitiques ou présumés tels, on constata en même temps sur la bouche d'un enfant une large ulcération de la lèvre inférieure et sur l'ânesse qui l'allaitait une gerçure profonde, indurée, suintante, du mamelon. La lésion de l'ânesse avait précédé de deux jours celle de l'enfant. Cette ânesse avait donné son pis depuis quinze jours à une autre enfant atteinte de la gerçure spécifique de la langue si dangereuse. On crut donc avoir affaire à des accidents d'origine syphilitique.

L'épidémie s'étend. Un maître en syphilis, consulté, examine les faits, constate l'aspect irrégulier des lésions et, sans préjuger leur nature, invoque à son tour l'intervention d'une autorité en l'art vétérinaire. M. Bouley reconnaît que l'on avait affaire à une épidémie de horse-pox.

En effet, il résulta d'une nouvelle enquête qu'une enfant, entrée douze jours auparavant avec les deux bras couverts de pustules vaccinales trop rapprochées et ulcérées, avait été plusieurs fois pansée par une infirmière dont les doigts contaminés avaient inoculé le pis des ânesses. Les ânons allant de l'une à l'autre ânesse avaient servi de véhicule et inoculé presque toute l'écurie.

Ce qui, ajoute M. Blachez, avait motivé notre erreur, c'est que les accidents buccaux des enfants avaient une physionomie toute particulière et qui ne rappelaient nullement les lésions vaccinales.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 octobre 1883, M. Arnaud, promu médecin principal de 1re classe, est désigné pour l'emploi de directeur du service de santé de la division d'Oran.

— Par décision ministérielle du 17 octobre 1884, ont été désignés, savoir :

M. Mathieu, médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce, pour l'hôpital de la Charité, à Lyon (médecin-chef).

M. Milon, médecin principal de deuxième classe des hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie, pour les salles militaires de l'hospice de Tarbes (médecin-chef).

MM. les médecins-majors de première classe Géniaux, de l'hôpital de Rennes, pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Jossot, du 8e d'infanterie, pour les hôpitaux de la division de Constantine; — Annequin, des hôpitaux de la division d'Oran, pour l'hôpital de Briançon (médecin-chef); — Zaepffel, des hôpitaux de la division d'Alger, pour l'hôpital de Rennes; — Demmler, des hôpitaux de la division de Constantine, pour l'hôpital de Versailles; — Linon, des hôpitaux de la division d'Oran, pour l'hôpital de Belfort.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Forgemol, du 4e zouaves, pour les hôpitaux de la division d'occupation de Tunisie; — Carette, du 2e chasseurs d'Afrique, pour les hôpitaux de la division d'Oran (provisoirement); — Mussat, du 102e d'infanterie, pour le 1er chasseurs à cheval; — Belleau, de l'hôpital de Briançon, pour l'hôpital du camp de Châlons; — Sauveroche, du 108e d'infanterie, pour le 14e bataillon d'artillerie de forteresse; —

Donion, du 5e régiment de cuirassiers, pour les hôpitaux de Tunisie; — Camus, du 13e bataillon de chasseurs à pied, pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Weil, du dépôt du 74e d'infanterie, pour le 17e bataillon de chasseurs à pied; — Gremion-Menuau, du 2e régiment de tirailleurs algériens, pour les hôpitaux de la division d'Oran (provisoirement); — Billot, du dépôt du 120e d'infanterie, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. Roux, du dépôt du 3e d'infanterie, pour le 2e chasseurs d'Afrique; — Lelong, du 17e bataillon de chasseurs à pied, pour le dépôt du 113e d'infanterie; — Alleau, du 29e bataillon de chasseurs à pied, pour le dépôt du 32e d'infanterie; — Ferrié, provisoirement au 100e d'infanterie, pour le dépôt du 15e de même arme; — Bernard, du 67e d'infanterie, pour le 5e cuirassiers; — Legrain, du 72e d'infanterie, pour le dépôt du 120e de même arme; — Rhein, du 23e d'infanterie, pour le 30e de même arme; — Villary, des hôpitaux de Tunisie (provisoirement), pour le bataillon du 101e d'infanterie détaché à Gabès (Tunisie); — Bourdeloy, du 20e d'infanterie (provisoirement), pour le 116e de même arme; — Badin, du 30e d'infanterie, pour le 13e bataillon de chasseurs à pied.

MM. Richard, médecin du 118e régiment d'infanterie, pour le 29e bataillon de chasseurs à pied; — Merz, des hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement), pour le 97e d'infanterie; — Hornus, du bataillon du 51e d'infanterie détaché à Toul (provisoirement), pour le bataillon du 108e de même arme, détaché à Milianah (division d'Alger); — Boucher, de l'école spéciale militaire à Saint-Cyr (provisoirement), pour le dépôt du 94e d'infanterie; — Bertholon, du 96e d'infanterie (provisoirement), pour le 4e zouaves; — Legagneur, du 40e d'infanterie (provisoirement), pour le dépôt du 3e de même arme; — Manquat, des hôpitaux de la division d'Alger (provisoirement), pour le 105e d'infanterie; — Laurent, du dépôt du 94e d'infanterie, pour le bataillon du 31e de même arme, détaché à Épinal; — Mackiewicz, du 93e d'infanterie, pour le bataillon du 51e de même arme détaché à Toul (provisoirement).

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Roblot, du 9e cuirassiers pour le bataillon du 83e d'infanterie, détaché à Sousse (Tunisie); — Noël, du 25e bataillon de chasseurs à pied, pour l'école spéciale militaire à Saint-Cyr; — Lucas, du 57e d'infanterie, pour les hôpitaux de la division de Constantine; — Baudisson, du dépôt du 14e bataillon de chasseurs à pied, pour le 1er hussards; — Chandèze, des hôpitaux de la division d'Alger, pour le 4e d'infanterie; — Lagrange, du 144e d'infanterie, pour un emploi de surveillant à l'école du Val-de-Grâce; — Gérardin, du 17e bataillon de chasseurs à pied, pour un emploi de surveillant à l'école du Val-de-Grâce; — Rouget, du bataillon du 100e d'infanterie, détaché à Batna (division de Constantine), pour l'hôpital de Versailles; — Sauce, du 34e d'artillerie, pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Bodinier, du 24e dragons, pour les hôpitaux de la division d'Alger.

MM. Rozemont-Malbot, du bataillon du 83e d'infanterie, détaché à Sousse (Tunisie), pour le 9e de même arme; — Uffoltz, du 4e chasseurs d'Afrique, pour le 85e d'infanterie; — Rivaud, du 1er spahis, pour le 57e d'infanterie; — Lapeyre, des hôpitaux de la division d'Alger, pour le 144e d'infanterie; — Éon, du bataillon du 108e d'infanterie, détaché à Milianah (division d'Alger), pour les hôpitaux de ladite division; — Duvau, du bataillon du 6e d'infanterie, détaché à Souk-el-Djemma (Tunisie), pour le 107e de même arme.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe Hutin, des hôpitaux de Tunisie, pour les hôpitaux de la division d'Alger; — Mosimann, du 3e cuirassiers, pour le 4e chasseurs d'Afrique; — Carlier, des hôpitaux de Tunisie, pour le 17e d'artillerie; — Germaix, du 5e bataillon de chasseurs à pied, pour les hôpitaux de Tunisie; — Salebert, du 15e d'infanterie, pour le 20e de même arme; — Prost-Maréchal, du 37e d'artillerie, pour les hôpitaux de la division de Constantine.

MM. les pharmaciens-majors de 2e classe Marty, de l'hôpital d'Amélie-les-Bains, désigné pour l'hôpital de Briançon, est affecté aux hôpitaux de la division d'Oran; — Goutte, de l'hôpital de Bayonne, pour l'hôpital de Briançon.

M. le pharmacien aide-major de 2e classe Vial, de la pharmacie centrale à Paris, pour l'hôpital de Bayonne.

— Par décret en date du 14 octobre 1884, ont été nommés dans le cadre des médecins et pharmaciens de réserve :

1° *Au grade de médecin principal de première classe :* M. Libermann, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

2° *Au grade de médecin principal de deuxième classe :* M. Sarazin, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

3° *Au grade de médecin aide-major de deuxième classe :* MM. les docteurs en médecine, Petitot, Luc, Martinet, Colson, Souquière, Dubourd, Contancin, Amiot, Lacaze, Doit, Jégu, Leplichey, Boudaud, Faille, Guérin, Bouchet, Flous, Hache, Sallé, Benoît, Charles, Desmons, Berthet, Dorion, Ressein, Lavergne, Guesdron, Borderency, Journès, Houel, Gros, Pascal, Bruneau, Vaquer, Jollet, Laprévotte, Delespierre, Billaux, Rocheblave, Gaillot, Folliot, Chauveau, Dignat, Peyret-Dortil, Cauvet, Desprez, Thiroux, Lallot, Traby, Riberolles et Voreux.

4° *Au grade de pharmacien aide-major de première classe :* MM. les pharmaciens diplômés de première classe Camus, Leidié, Preud'homme, Garet, Lhéritier, Boubel, Radiguet, Rogez, Levrey, Vedie, Riethe, Guiraud, Dulau, Thibault, Lutz, Julien, Ducret, Gramond, Dutertre et Dupont.

— Par décret en date du 14 octobre 1884, ont été nommés dans le cadre des médecins et pharmaciens de l'armée territoriale :

1° *Au grade de médecin principal de première classe :* MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active ci-après dénommés, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, Péruy, Reeb, Raoult-Deslonchamps, Delcominète, Boulongne, Lagarde et Lèques.

2° *Au grade de médecin principal de deuxième classe :* M. de Courtois, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

3° *Au grade de médecin-major de première classe :* MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active ci-après dénommés, retraités dans les conditions de la loi du 22 juin 1878, Marcenac, Jacquemart, Martrès, Petit, Fristo, Bouchard, Lacipière, Ladoire, Roux, Belay, Levi, Guirard, Bernard, Marteau, Maratray, André, Jourdan, Bontemps, Jean et Ducharme.

4° *Au grade de pharmacien-major de première classe :* M. Tricot, pharmacien-major de première classe de l'armée active, retraité dans les conditions de la loi du 22 juin 1878.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les élèves consignataires pour examens sont instamment priés d'indiquer très lisiblement leur adresse pour éviter toute erreur de direction dans leurs lettres de convocation. Ils sont également priés de désigner la date approximative de leur dernier échec, s'il y a lieu.

— Seront annulés les bulletins de versement dont le montant n'aura pas été versé deux jours après la date qu'ils portent.

Un délai de huit jours est accordé pour les versements à faire en province. Dans ce dernier cas, déclaration expresse doit être faite au registre sur lequel l'étudiant s'inscrit.

Les bulletins de versement annulés ne seront renouvelés que sur la demande écrite et après autorisation du doyen.

Le doyen invite les étudiants à ne demander de bulletins de versement que lorsqu'ils sont munis des fonds nécessaires.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Garnier, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1855, dans les fonctions de chargé du cours de chimie médicale et toxicologie à ladite Faculté.

M. Macé, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de chargé du cours de botanique et d'histoire naturelle médicale à ladite Faculté.

M. Baraban, agrégé, est maintenu, pendant l'année scolaire

1884-1885, dans les fontions de chargé du cours d'histologie à ladite Faculté.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours de l'internat vient de se terminer par la nomination de MM. Françon, Pouchon, Bertoye, Désir de Fortunet, Condamin, Patiard, Roullet, Borry, Rollet, Zohrab, Beaupère et Favel.

— Un concours pour une place de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 2 mars 1885.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Carré, ophtalmologiste, qui a succombé à une longue et douloureuse maladie, à l'âge de quarante-deux ans.

M. le docteur Carré avait fondé un journal d'oculistique.

Les obsèques auront lieu aujourd'hui jeudi, à midi, à l'église de Saint-Eugène.

— M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques, 9, rue de Savoie, le lundi 3 novembre 1884, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Auvard commencera un cours d'accouchement le lundi 3 novembre, à quatre heures et demie, et le continuera chaque jour à la même heure, 5, rue du Pont-de-Lodi.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser à M. le docteur Auvard, les lundi, mercredi ou vendredi, de une à deux heures, 21, rue de Lille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dictionnaire français illustré des mots et des choses, par MM. Larive et Fleury. — In-4° à 3 colonnes. Paraît par livraisons hebdomadaires de 16 pages, au prix de 50 centimes la livraison. — Le Dictionnaire complet formera environ 75 livraisons. Toutefois les souscripteurs qui, avant le 1er janvier 1885, verseront 30 francs en souscrivant, recevront le Dictionnaire complet, quel que soit le nombre de livraisons qui ne sera, en tous cas, jamais inférieur à 70. — Paris, 1884, Georges Chamerot, imprimeur-éditeur, 19, rue des Saints-Pères.

Traité théorique et pratique de la goutte, par le docteur Lecorché. 1 vol. in-8° avec 5 planches. — Prix : 13 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Histoire et critique des progrès réalisés par la physiologie expérimentale et la méthode anatomo-clinique dans l'étude des fonctions du cerveau, par le docteur Levillain. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du massage, son histoire, ses manipulations, ses effets physiologiques et thérapeutiques, par le docteur J. Estradère. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16892

N° 124. — SAMEDI 25 OCTOBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 25 OCTOBRE 1884. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Paralysie alcoolique — Des divers procédés de pansement antiseptique mis en usage dans les opérations d'arthrotomie. — Guérison de l'épilepsie en Angleterre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CORRESPONDANCE. — Service médical de nuit de la ville de Paris. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Paralysie alcoolique.

Nous avons depuis quelque temps assez souvent appelé l'attention de nos lecteurs, dans cette Revue, sur la paralysie alcoolique, dont M. Lancereaux, comme tout le monde le sait, a donné dans plusieurs de ses publications une description et une caractéristique si exactes. Aussi est-ce principalement dans son service que nous avons recueilli les divers faits particuliers que nous avons rapportés ici. Dans notre numéro du 28 août dernier, nous avons publié une leçon de M. Charcot sur le même sujet, leçon dans laquelle, tout en confirmant dans son ensemble la description de M. Lancereaux, il y a ajouté quelques traits nouveaux, tels par exemple que les phénomènes vaso-moteurs constatés chez les deux femmes qui faisaient le sujet de sa leçon. Il résume à peu près en ces termes la caractéristique commune de cette affection : paralysie généralement précédée de troubles sensitifs à caractères hyperesthésiques ou névralgiques, suivis d'anesthésie et caractérisés par une impotence généralement symétrique s'étendant aux quatre membres, où elle atteint à peu près exclusivement les muscles extenseurs, tandis que la face paraît toujours respectée. Voici un nouvel exemple de cette paralysie alcoolique, assez complet dans sa symptomatologie, comme on va en juger, et qui a été signalé et mis sous nos yeux par M. Déjérine dans l'une de ses dernières conférences cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Un homme de cinquante ans, paraissant avoir beaucoup plus que son âge, quoiqu'il ne soit atteint d'aucune cachexie, ni syphilitique, ni rhumatismale, ni tuberculeuse, mais nervosiste très prononcé, d'une émotivité facile, sujet à des accès d'irritabilité et de colère violente, est entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Vulpian, pour une paraplégie avec douleurs dans les jambes. Quelques mots sur ses antécédents : Cet homme, qui paraissait avoir été jusque-là bien portant et d'une assez grande sobriété habituelle, ayant éprouvé, il y a quelque temps, de très grands chagrins de famille, se mit à boire, — la triste consolation du pauvre ! — Il ne paraît pas qu'il ait bu d'abord en très grandes quantités ; mais, si minimes qu'aient été les doses d'alcool dont il s'est saturé, l'insuffisance d'alimentation y aidant, il ne tarda pas à être pris de tremblement alcoolique matutinal. Ce premier symptôme, dont il était loin de comprendre la valeur et qui n'était pour lui qu'un signe d'affaiblissement, ne fit qu'entraîner une nouvelle aggravation, s'étant mis à boire de plus belle pour récupérer ses forces. Les accidents, à dater de ce moment, ne tardèrent pas à s'accroître ; des symptômes nouveaux survinrent, mais seulement dans l'ordre des phénomènes nerveux, tels que des rêves effrayants d'abord, puis de l'insomnie et bientôt des hallucinations véritables, des visions terrifiantes de toute sorte. Rien d'ailleurs encore du côté de l'estomac. L'état général se mit bientôt à fléchir. Alors débutèrent les phénomènes morbides dont les membres allaient désormais devenir le siège principal. Le malade commença à éprouver dans les membres inférieurs des douleurs vives, fulgurantes, d'un fragment de seconde durée et se reproduisant fréquemment, douleurs fulgurantes tout à fait semblables à celles qui sont caractéristiques de l'ataxie locomotrice ou tabes, dont elles ne sont pas d'ailleurs le symptôme exclusif, comme on le voit. En même temps que ces douleurs instantanées, il éprouvait à peu près constamment des sensations de picotements, de fourmillements ; les membres s'amaigrissaient et les forces musculaires allaient diminuant, si bien qu'il en vint bientôt à ne plus pouvoir se traîner. Il était enfin en pleine paraplégie digitigrade, c'est-à-dire cette forme de paraplégie avec tendance à l'équinisme et à l'abaissement des orteils, par paralysie des extenseurs, qui est un des caractères de la paralysie alcoolique.

A son entrée à l'hôpital, on constatait, en effet, l'impossibilité presque absolue de marcher ; les muscles des membres inférieurs, surtout les extenseurs, étaient amaigris, émaciés, mous, en partie atrophiés, ayant perdu leur contractilité physiologique ainsi que l'excitabilité faradique ; la paralysie était à son maximum d'intensité à la jambe, elle allait en diminuant des extrémités à la racine du membre, elle était moins prononcée à la cuisse qu'à la jambe et encore moins au bassin qu'à la cuisse.

La sensibilité était très altérée ; il y avait des plaques d'anesthésie diffuse et de l'hyperesthésie par places, avec retard de transmissibilité de la sensation. La sensibilité tactile était très diminuée; la sensibilité à la température paraissait conservée. La peau était œdématiée dans les régions malléolaires. Les sphincters étaient conservés intacts.

On constatait enfin quelques troubles cérébraux, diminution de la mémoire, bredouillement en parlant, etc.

En analysant la symptomatologie de ce malade et en la rapprochant du type connu, M. Déjérine a fait remarquer qu'au début de cette affection le diagnostic ne laisserait pas que de présenter quelque difficulté, si l'on n'avait d'une part, pour l'éclairer la connaissance de la cause et les premiers symptômes généraux d'alcoolisme de l'autre, tels que le tremblement et quelques autres troubles nerveux, la paralysie n'ayant d'ailleurs pas elle-même une symptomatologie pathognomonique à proprement parler. Cependant sa marche, son début lent et progressif, la circonstance surtout de la distribution symétrique et de la décroissance d'intensité des extrémités aux racines des membres, suffiraient déjà, lorsque la paralysie est un peu avancée, à en faire reconnaître la nature. Mais c'est encore plus sur les troubles de la sensibilité que sur ceux de la contractilité musculaire, c'est sur le sentiment général de brisement et de fatigue, sur les diverses modifications de la sensibilité cutanée, les picotements, les fourmillements, le refroidissement de la peau, et surtout sur les douleurs fulgurantes, les névralgies que l'on constate fréquemment aussi dans ces cas, enfin sur le caractère également symétrique de ces divers troubles nerveux, que s'est basé ici, le diagnostic.

Le pronostic, généralement grave, peut cependant se montrer quelquefois favorable. C'est le cas notamment pour le malade qui nous occupe. Nous venons de dire dans quel état cet homme est entré à l'hôpital. Cet état, grâce au repos, au régime et au traitement qui a été mis en œuvre, s'est considérablement amendé depuis, et cet amendement se maintenait au moment où nous avons vu ce malade. Ainsi, tandis qu'il était dans l'impossibilité de marcher lorsqu'on l'a observé pour la première fois, le jour où M. Déjérine nous l'a présenté, il se tenait assez bien sur ses jambes ; il marchait en traînant les pieds, il est vrai, et en présentant ses orteils les premiers sur le sol, mais sans incoordination ; il pouvait même marcher les yeux fermés : il y avait donc à cet égard une notable amélioration. L'état général était meilleur aussi, seulement les muscles restaient encore mous, atrophiés et faiblement contractiles. Les moyens de traitement mis en usage et auxquels on peut légitimement attribuer cette amélioration, sont : la continuation, mais à doses minimes et graduellement décroissantes, de l'alcool, jusqu'à suppression complète possible ; l'hydrothérapie ; le salicylate de soude, la morphine en injection, le chloral, enfin les courants faradiques. Il y a d'autant plus lieu d'espérer ici que l'amélioration produite se maintiendra et que la guérison même pourra à la rigueur être obtenue, qu'il ne s'agit pas d'un dipsomane proprement dit, mais d'un individu devenu alcoolique tardivement, un peu par circonstance, et chez lequel, par conséquent, il est beaucoup plus possible de prévenir les rechutes que chez la plupart des autres alcooliques, dipsomanes endurcis.

Des divers procédés de pansement antiseptique mis en usage dans les opérations d'arthrotomie.

Dans son étude sur l'arthrotomie antiseptique, dont nous avons exposé dans notre dernière Revue les principaux résultats, M. le Dr Ad. Nicolas, au point de vue du pansement, classe les faits qu'il rapporte en trois catégories, suivant les agents mis en usage : pansements à l'acide phénique seul ; pansements à l'acide phénique, plus les lavages avec la solution de chlorure de zinc ; pansements à l'iodoforme. Il y ajoute le pansement au bismuth, associé au procédé de suture secondaire, dont nous parlerons en dernier lieu.

Sur un total de 18 arthrotomies du genou, 11 ont été pansées avec l'acide phénique seul. Tous les cas de mort, celui de résection, 1 d'amputation et 2 d'ankylose, appartiennent à ce groupe. Les 7 cas restants, dans 5 desquels on a employé au préalable et comme adjuvant le chlorure de zinc, ont donné 2 fois une récupération des mouvements et 2 fois l'ankylose.

Presque tous les opérés pour arthrite du coude ont été traités par le pansement phéniqué et presque tous ceux atteints à l'articulation tibio-tarsienne, par l'iodoforme.

Sur 10 arthrotomies du coude, 9 furent pansées avec l'acide phénique seul : 6 fois seulement les résultats au point de vue fonctionnel ont été notés, et, sur ces 6 cas, un seul a été un succès complet. Dans les 5 autres, au bout d'un temps qui a varié entre six semaines et sept mois, les malades ont gardé une fistule, le plus souvent très petite. Le profit le plus évident a été un relèvement rapide et complet des forces des blessés qui ont pu sortir de l'hôpital et vaquer à leurs occupations. Dans deux autres cas, on s'est servi du chlorure de zinc, puis du pansement phéniqué. La guérison a été plus complète, plus rapide que dans les cas précédents.

Sur 10 cas d'arthrite tibio-tarsienne, 7 opérés furent pansés avec l'iodoforme : 6 ont guéri complètement sans fistule, avec intégrité absolue des mouvements. Le cas d'insuccès a trait à un enfant de quatre ans, scrofuleux au plus haut degré, qui, pendant le cours du traitement, a eu des abcès froids sur toutes les parties du corps.

Étudiant un à un ces trois modes de pansement, voici les remarques principales que fait M. Ad. Nicolas à propos de chacun d'eux :

Pansement de Lister.

Nous passerons rapidement sur celui-ci, trop connu pour nous y arrêter ici longtemps. Quelques points spéciaux exigent cependant un instant d'attention. Tels sont, en particulier, ceux qui sont relatifs au drainage et à la suture.

Le drainage du pansement de Lister est absolument nécessaire. Combien de temps faut-il laisser le tube en place ? Cherchant à établir, d'après les observations, quelle a été la durée de son maintien, M. Nicolas arrive aux résultats suivants : pour les arthrites purulentes, lorsqu'on a placé deux tubes, le laps de temps écoulé entre l'enlèvement du premier et la suppression définitive a été assez considérable. Le premier a pu être enlevé sans inconvénient du quatrième au huitième jour ; le dernier ou les derniers, dix à quinze jours après, en moyenne.

Dans les arthrites fongueuses, les drains doivent être laissés beaucoup plus longtemps. Pour le genou, la moyenne a été de trois à cinq semaines. Pour d'autres articulations plus petites, la moyenne a été d'un mois et demi, mais il y avait dans ces cas des conditions d'aggravation particulières. Pour une lésion du coude et de l'articulation tibio-tarsienne, les drains ont pu être enlevés le sixième jour.

On a vu que plusieurs chirurgiens utilisaient, à la fin de l'opération, le chlorure de zinc en solution à un dixième ou à un douzième. Le pouvoir antiseptique de ce composé a produit d'excellents résultats, toutes les fois qu'il s'agissait de suppurations établies ou de plaies anciennes, et surtout dans le cas particulier d'abrasion de fongosités, où il constitue un adjuvant presque indispensable.

Pansement à l'iodoforme.

Le pansement à l'iodoforme a été utilisé dans une bonne partie des cas d'arthrotomie, pour arthrite fongueuse en particulier sur l'articulation tibio-tarsienne. Outre la puissance antiseptique de cette substance, on sait qu'elle agit d'une façon toute spéciale sur les granulations fongueuses. D'après M. le Dr Rohmer, professeur agrégé à Nancy, auteur d'un travail spécial sur ce sujet, l'usage de l'iodoforme a, entre autres avantages, celui d'assurer complètement à lui seul l'antisepsie, sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucun adjuvant. Le point important, avant d'en faire usage, est de nettoyer minutieusement les cavités fongueuses, d'enlever avec soin toutes les parties suspectes sur l'os ou sur les parties molles, d'égaliser toute la surface de la plaie en retranchant les parties saillantes. Cela fait, on étale sur toute l'étendue des parois de la jointure une mince couche de poudre d'iodoforme. Une couche de 3 à 4 millimètres d'épaisseur paraît répondre, en général, à toutes les indications.

Le drainage a, dans ce pansement, autant d'importance que dans le pansement de Lister. Seulement, comme en général la sécrétion est moins abondante, les tubes peuvent être retirés plus tôt.

Le reste du pansement se compose de gaze iodoformée, que l'on place en couches unies ou sous forme de tampons froissés, de coton hydrophile ou de coton ordinaire ; le tout recouvert d'une étoffe imperméable.

Avec ce pansement, faut-il suturer les plaies? Cette question se présente ici pour le pansement à l'iodoforme comme pour le pansement de Lister, et la réponse, d'après M. Nicolas, doit être la même. Dans les deux cas, l'indication ne varie pas ; il faut que les liquides sécrétés par la synoviale trouvent une libre issue au dehors. Ce n'est pas à dire qu'il ne faille pas réduire par quelques fils les dimensions d'une longue plaie, mais à la condition que le drainage soit soigneusement fait et la cavité articulaire exactement vidée.

Si le pansement phéniqué demande généralement à être renouvelé fréquemment, au moins une fois par jour, pendant la première semaine, le pansement à l'iodoforme paraît avoir, sous ce rapport, cet avantage de n'avoir besoin d'être remplacé que rarement. Le premier changement peut n'être fait qu'au quatrième ou cinquième jour, époque à laquelle on enlève une partie des sutures et même les tubes à drainage, lorsque la guérison paraît marcher sans encombre. Le deuxième pansement peut rester en place au moins pendant une semaine, quelquefois plus longtemps encore, — ajoutons qu'il y a toujours lieu, avec ce pansement iodoformé, de se tenir en garde contre les accidents d'intoxication possible et de surveiller, par conséquent, attentivement l'état général.

Pansement au sous-nitrate de bismuth.

Le pansement au sous-nitrate de bismuth avec suture secondaire, préconisé et mis en usage par le professeur Kocher (de Berne), est basé sur ce premier fait d'expérimentation qui lui a appris que le sous-nitrate de bismuth remplit toutes les conditions et réalise tous les desiderata du pansement antiseptique par l'acide phénique ou par l'iodoforme. L'adoption de ce nouvel antiseptique a amené M. Kocher à supprimer le drainage et à employer la suture secondaire, qui constitue la partie la plus originale de la méthode.

Les éléments de ce mode de pansement se composent :

1° D'une solution de sous-nitrate à 2 pour 1000 ;

2° D'une pâte formée d'eau et de bismuth ;

3° D'un irrigateur, de compresses trempées dans la solution de bismuth, de fils de soie, de catgut, etc.

Comme le bismuth est insoluble, on désinfecte les éponges, les instruments, les mains des aides et tout ce qui doit toucher la plaie, avec une solution phéniquée à 5 pour 100. De plus, on recouvre complètement le malade avec une étoffe imperméable sur laquelle on étale des compresses imprégnées de cette même solution phéniquée. Le champ opératoire, savonné et lavé à grande eau, rasé soigneusement, reste seul accessible.

Pendant toute la durée de l'opération, on irrigue largement la plaie et ses alentours avec la solution de bismuth au 2/1000e de manière que l'eau coulant à flots entraîne au loin tous les liquides et tous les détritus organiques. Il va de soi que les vaisseaux ouverts sont saisis et liés à mesure, tout suintement sanguin devant avoir disparu lorsqu'on applique le pansement.

L'opération terminée, toute la surface de la plaie soigneusement aplanie et débarrassée de tout ce qui pourrait gêner un accolement intime des parties cruentées, M. Kocher procède aux sutures avec des fils de soie. Toute la plaie est fermée dans sa plus grande étendue, sauf sur une de ses extrémités où l'on se borne à placer quelques fils, sans les serrer. Par-dessus le tout, on fait le pansement qui consiste en compresses trempées dans la solution de bismuth, en étoffe imperméable et tours de bandes, etc.

Tous les liquides que va sécréter la plaie n'auront qu'une voie d'écoulement, l'extrémité restée ouverte. Au bout d'un temps variable, vingt-quatre heures, quelquefois douze heures, d'autres fois trente-six ou quarante-huit heures, dans les cas, par exemple, où il se produit des hémorragies secondaires, les fils de soie placés en attente sont serrés à leur tour, et les lèvres de la plaie, dans toute leur étendue, se trouvent hermétiquement affrontées. Une fois l'incision fermée, on la badigeonne dans toute sa longueur avec la pâte de bismuth, qui, en se desséchant, forme une croûte protectrice.

Le procédé, dit de *suture secondaire,* consiste, en résumé, à laisser couverte une partie de la plaie pendant un certain temps, jusqu'à ce que la sécrétion soit réduite à son minimum. Ce minimum, avec le pansement au bismuth, apparaît dans la majorité des cas au bout de vingt-quatre heures, souvent moins, rarement après quarante-huit heures.

Pendant un court séjour qu'il a fait à Berne, M. le Dr Ad. Nicolas a assisté à plusieurs opérations, entre autres à une arthrotomie pour une luxation irréductible du carpe, pour une résection tibio-tarsienne, pour débridements dans un cas de luxation complète du pied en dehors, avec issue des deux os de la jambe, etc. Dans ces cas et quelques autres relatifs à diverses lésions, tout s'est passé les jours suivants de la façon la plus normale et la plus simple. Un seul opéré excepté, qui a eu 38 degrés de température le soir, élévation due à la lésion elle-même, tous les autres n'ont présenté aucune réaction ; pas de fièvre ; à peine quelques douleurs. Les plaies avaient bon aspect ; la sécrétion était très minime et sans odeur. Le pansement fut renouvelé tous les jours, pendant qu'on irriguait la plaie avec la solution de bismuth ; la ligne de réunion était recouverte chaque fois d'une mince couche de pâte.

GUÉRISON DE L'ÉPILEPSIE EN ANGLETERRE

Par M. le docteur A.-W. Tharewards.

Au dernier Congrès qui s'est tenu à Copenhague, il a été beaucoup plus question du traitement actuel de l'épilepsie en dehors des séances que dans les séances elles-mêmes. J'ai pu rapprocher de la sorte les opinions émises par quelques praticiens éminents d'Europe des faits qui se passent tous les jours sous nos yeux en Angleterre, et j'en ai conclu aisément que l'accord n'était point encore une chose faite. Or, d'après les entretiens scientifiques auxquels j'ai assisté, c'est un simple malentendu qui divise les médecins. Ce malentendu peut cesser demain.

Les médecins anglais, dès 1858, ont commencé les premiers à préconiser le bromure de potassium dans l'épilepsie. De 1862 à 1864, ils ont publié des mémoires extrêmement concluants et bien propres à encourager les recherches et les expérimentations.

Vers 1866 ou 1867, à Paris, les médecins de l'hospice de Bicêtre étudièrent la médication bromurée dans les névroses convulsives avec autant de distinction que de persévérance. Leurs travaux sont restés des modèles de thérapeutique expérimentale. Presque aussitôt après, l'Amérique, l'Allemagne et l'Italie marchèrent sur les traces de la France. La réputation universelle du bromure de potassium passait à l'état de fait accompli.

En 1870, les résultats acquis et proclamés partout se résumaient dans ces deux propositions : 1° l'épilepsie, à la suite d'un traitement bromuré progressif et non discontinué, est guérie dans un tiers des cas, elle est sensiblement améliorée dans un autre tiers ; 2° le bromure de potassium doit être d'une grande pureté chimique et il ne doit être associé à aucun autre médicament.

Nous sommes restés en Angleterre les partisans convaincus du traitement que nous avions introduit et vulgarisé il y a vingt-cinq ou vingt-six ans, mais que nous avons perfectionné toutefois depuis les travaux des médecins de l'hospice de Bicêtre. Les succès que nous obtenions avec le bromure de potassium, nous les obtenons toujours. Ils s'accentuent même chaque jour davantage.

A l'étranger, la fantaisie s'est malheureusement introduite dans la thérapeutique de l'épilepsie. On s'est mis, par exemple, sous le prétexte que le bromure de potassium réussissait très bien, à imaginer des associations malencontreuses du bromure de potassium avec la belladone, le camphre, le zinc, le fer, la picrotoxine, l'arsenic ou le chloral ; on a substitué au bromure de potassium primitif le bromure de sodium, le bromure de cadmium, le bromure d'ammonium ou le bromure de lithium, et l'on a enfin imaginé une association de trois bromures alcalins, une sorte de tribromure ou de polybromure !

Le plus grand désordre règne dans tous ces travestissements d'un médicament hors ligne, si justement appelé par Gubler « le sulfate de quinine des névroses convulsives ».

Il est bien démontré aujourd'hui que le bromure de potassium est d'autant plus actif qu'il est administré seul et qu'il est d'autant moins efficace qu'il est associé à un autre médicament, même à un autre bromure alcalin. Que l'on prescrive, en effet, du bromure de sodium ou d'ammonium à un épileptique, et l'on n'arrive qu'à un résultat absolument négatif.

A quoi bon alors annexer deux substances inertes à un médicament des plus actifs ?

On affaiblit notablement son action, les mécomptes arrivent et les malades se plaignent. Les partisans des bromures multiples donnent alors une dose trois fois plus forte, de façon que le bromure de potassium puisse continuer à exercer sa sédation accoutumée. Ce procédé, on en conviendra, est absurde. Puisque les bromures de sodium sont inefficaces, à quoi bon les ordonner et donner lieu, en saturant les malades de sels médicamenteux, à de véritables irritations gastriques ?

Ainsi que nous le constatons sans cesse, rien n'est changé dans les résultats heureux que l'on obtient chez les épileptiques, les convulsifs, les vertigineux ou les névropathes. Mais c'est à la condition formelle de rester dans la tradition et de ne point frayer avec les arlequinades thérapeutiques. Le sulfate de quinine se prescrit seul, les sels mercuriques se prescrivent seuls, et tous les médicaments héroïques se prescrivent seuls. Les associations laissent une prise énorme au hasard et à l'inconnu et constituent des produits bâtards et sans sanction.

Pour ne pas quitter l'épilepsie, croit-on que le sirop de Henry Mure serait parvenu à un succès aussi considérable dans le monde entier, s'il eût été capricieusement composé d'agents divers ? En aucune façon.

Les médecins de tous les pays savent que le sirop de Henry Mure est composé d'un bromure de potassium exceptionnellement pur, que chaque cuillerée à bouche renferme mathématiquement 2 grammes de sel, que cette préparation a déterminé des guérisons un peu partout, et ils le prescrivent avec une entière confiance. Tout le secret est là.

Les médecins n'ont donc point à douter, encore bien moins à expérimenter d'inintelligentes nouveautés. Le grand fait de la guérison possible de l'épilepsie par le bromure de potassium subsiste en Angleterre et subsistera toujours. Ici l'on ne fait point de révolution.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 octobre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Opération d'Estlander. — M. **LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** complète l'observation du malade dont il a parlé dans une précédente séance et chez lequel il a réséqué, à trois reprises différentes, un grand nombre de côtes. Dans une première opération, il a enlevé cinq côtes sur une étendue de 10 à 11 centimètres. A la suite de cette première résection, il a eu une amélioration considérable. Cinq mois après cependant, la cavité pleurale contenait encore 500 grammes de liquide ; il réséqua de nouveau trois côtes sur une étendue de 6 à 7 centimètres. Enfin quelques mois après il fallut encore réséquer trois côtes. Après chacune de ces opérations, le malade eut une amélioration notable ; il put reprendre ses occupations de dessinateur; toutefois la plèvre continua à suppurer. Il n'a presque pas eu de réaction après ces traumatismes importants ; il se levait le cinquième jour ; il mange ; malheureusement il est probablement tuberculeux et ne guérira pas. Malgré les résultats incomplets fournis par ces trois opérations, M. Lucas-Championnière pense qu'il a eu raison de les pratiquer, attendu que le malade n'a pas souffert et s'est trouvé chaque fois amélioré.

M. **BERGER** rappelle les conclusions favorables auxquelles il était arrivé dans son rapport relatif à l'opération d'Estlander. Peu de temps après, il publiait un premier cas de mort. Puis M. Bouilly communiqua également un cas de mort. Depuis, les insuccès ou les succès partiels se sont multipliés. Il y a donc lieu de revenir sur ces conclusions favorables et de reconnaître que cette opération n'est pas exempte d'une certaine gravité.

Parmi les causes probables de ces insuccès on a signalé, d'une part, l'épaississement des parois et, d'autre part, les dimensions considérables de la cavité suppurante. Quelles peuvent être les causes de mort ? M. Bouilly a, dans son cas, attribué la mort à la septicémie. Il faut remarquer que lorsque la résection est très étendue et porte des premières aux dernières côtes, les résultats de l'opération s'en trouvent singulièrement aggravés; dans ces cas, en effet, le jeu de la respiration est très gêné et les malades ont une dyspnée très intense. Le malade de M. Berger a présenté cette dyspnée et est mort dans le collapsus. Il faut donc envisager la résection des première et seconde côtes, de même que celle des neuvième et dixième côtes, comme très grave, beaucoup plus grave toutefois que celle des côtes intermédiaires et cela surtout dans les cas où ces intermédiaires elles-mêmes sont intéressées. Il est donc indiqué de faire porter le moins possible la résection sur les premières et sur les dernières côtes.

Une seconde cause d'insuccès et de plus grande gravité de l'opération est l'épaississement des parois de la cavité suppurante. Cette complication commande une opération spéciale qu'il ne faut pas confondre avec celle d'Estlander. Il est de ces cas qui se trouvent ainsi tellement compliqués qu'il est préférable de renoncer à guérir les malades que d'entreprendre l'opération complexe et très grave que commandent ces cas. Pour en revenir à l'opération d'Estlander, il faut reconnaître qu'elle donne parfois des résultats infidèles ou tout au moins insuffisants.

On a prétendu que cette opération devrait porter le nom de Létiévant. Tout en reconnaissant que Létiévant en avait conçu l'idée, M. Berger maintient que c'est Estlander qui l'a le premier exécutée et qui en a publié plusieurs faits. C'est donc à lui que revient le mérite d'avoir introduit cette opération dans la chirurgie.

M. GAYET (de Lyon), puisqu'on parle de priorité relativement à l'opération dite d'Estlander, donne lecture d'un passage d'une thèse soutenue à Montpellier au commencement de 1875 par un de ses élèves, M. Cheballier. Ayant, en 1874, tenté plusieurs traitements d'empyème par l'aspiration continue, M. Gayet était arrivé à cette conviction que ces sortes d'abcès ne pouvaient pas guérir, lorsqu'il songea à l'opération devenue depuis lors l'opération d'Estlander. Si l'on observe, avait-il dit, comment la nature s'y prend quand ces abcès guérissent spontanément, on est amené à penser que la résection de plusieurs centimètres d'une côte pourrait singulièrement favoriser cette guérison. Telle était la pensée exprimée en toutes lettres dans la thèse de M. Cheballier, lorsqu'un des professeurs appelés à la juger demanda, en souriant, au candidat si, dans le cas où la cavité serait très grande, M. Gayet réséquerait deux côtes au lieu d'une. « Et même trois et quatre », répondit l'auteur de la thèse. C'était bien en effet ce que M. Gayet s'était promis de faire à la première occasion.

M. VERNEUIL dit qu'en matière de priorité il est une règle formelle, c'est la valeur du document écrit, le seul qui fasse loi. Or, à ce point de vue, l'opération faite par M. Létiévant et décrite tout au long dans les bulletins de la Société, de même que le document que vient de faire connaître M. Gayet, ont une importance indiscutable. Toutefois on peut admettre que les noms de Gayet et de Létiévant ne servent pas à désigner l'opération dont il s'agit, mais à condition que le nom d'Estlander soit également supprimé et que l'opération s'appelle tout simplement la résection costale.

M. MARC SÉE rappelle avoir communiqué, il y a cinq mois, l'observation d'un malade auquel il venait de pratiquer cette opération. Il a dû pratiquer de nouveau cette opération chez le même malade qui n'est pas encore guéri et présente des symptômes de tuberculose qui éloignent M. Sée de l'idée de tenter une troisième intervention.

Fistule vésico-intestinale. Anus artificiel. — M. DUMÉNIL (de Rouen) fait une communication sur l'application de la colotomie au traitement de la fistule vésico-intestinale.

Il rapporte l'observation d'une femme de trente et un ans qui, six mois après un accouchement laborieux, entra dans son service, se plaignant de rendre des excréments par le vagin. En effet, après examen, M. Duménil reconnut chez cette malade l'existence d'une fistule vésico-intestinale. Pour chercher à remédier à cette infirmité, il pratiqua un anus artificiel dans la région inguinale gauche, selon le procédé de Little; les suites de l'opération furent assez simples; mais, de temps à autre, les matières continuaient à passer par le bout inférieur et conséquemment par la fistule. Cette malade ayant fini par succomber, on reconnut, à l'autopsie, l'existence de deux ouvertures dans la vessie. En outre, au siège de l'opération, on constata l'absence de tout éperon. Il eût donc été préférable de faire une colotomie lombaire, opération dans laquelle on obtient un éperon suffisant pour s'opposer au passage des matières du segment supérieur dans le segment inférieur. . . . .

M. VERNEUIL dit que l'idée de la substitution d'une infirmité moins grave à une infirmité plus grave est, en soi, une idée excellente; l'établissement d'un anus contre nature dans les cas semblables à celui que vient de rapporter M. Duménil est chose logique et parfaitement rationnelle. Mais entre la vessie et l'anus artificiel il reste toujours une certaine portion de l'intestin par laquelle continue à passer une certaine quantité de matières, surtout quand il n'y a pas d'éperon, comme dans la méthode de Little.

C'est pour remédier à ce grave inconvénient qu'on a proposé de coudre le segment supérieur en totalité à l'orifice cutané, après l'avoir complètement séparé du segment inférieur et après avoir complètement oblitéré ce dernier. On supprime ainsi toute espèce de communication entre les deux segments de l'intestin. Mais on constitue alors, dans ces cas, une infirmité incurable. Il est vrai qu'il y a bien peu de chances d'obtenir l'oblitération d'une fistule vésico-intestinale. D'autre part cette portion inférieure de l'intestin, si elle est complètement oblitérée, peut être le point de départ de phénomènes septiques.

M. GUÉNIOT dit qu'il y a des fistules vésico-intestinales qui guérissent spontanément. Il en cite un exemple qu'il a observé avec M. le docteur Villemin. Il s'agissait d'une dame accouchée huit mois auparavant qui présenta tous les signes d'une fistule vésico-intestinale : passage de matières et de gaz fétides par la vessie. Ce passage n'était d'ailleurs qu'intermittent; dans certaines positions, dans certains décubitus, les gaz eux-mêmes ne passaient plus par la fistule. C'est pourquoi M. Guéniot conseilla de ne pas faire d'opération; il prescrivit de garder un repos prolongé, d'entretenir la liberté du ventre. Cinq ou six mois après, cette malade était parfaitement guérie sans intervention d'aucune sorte. Il y a donc fistules et fistules; il y a des cas bénins où il suffit de savoir profiter de certaines dispositions de la nature pour obtenir la guérison.

M. TRÉLAT a été séduit autrefois par l'idée de la suture totale du bout supérieur dans les cas analogues à celui de M. Duménil. Toutefois il n'a jamais fait cette suture totale. Un chirurgien l'a pratiquée deux fois et les deux malades sont mortes. En pareil cas le bout inférieur devient le siège, le point de départ de phénomènes septiques. C'est pourquoi M. Trélat a complètement abandonné cette idée de la suture totale du bout supérieur. D'une façon générale, il préfère de beaucoup l'anus lombaire à l'anus inguinal. Dans l'anus artificiel lombaire, en effet, l'écoulement des matières se fait assez bien pour que, chez ces malades, le nettoyage du bout inférieur puisse se faire facilement et dans de bonnes conditions.

M. LE DENTU émet une idée nouvelle qu'il vient de concevoir et que, par conséquent, il n'a pas eu le temps de mûrir. Quand on pratique un anus artificiel, on substitue une infirmité à une autre et on fait courir au malade un grave danger. Pourquoi, dans ces conditions, ne pas agir directement sur la fistule vésico-intestinale? pourquoi ne pas ouvrir directement la vessie? La taille hypogastrique, surtout avec le ballon de Petersen, permettrait aisément de découvrir le siège, l'étendue, la situation de la fistule et l'on pourrait alors traiter directement celle-ci, soit par une cautérisation au fer rouge, soit par une suture ou une autoplastie. C'est là une simple idée théorique, mais que M. Le Dentu est disposé à mettre en pratique à la première occasion.

M. DUMÉNIL rappelle que, dans un travail antérieur, il a abordé tous les points qui viennent d'être traités : il a étudié la question de l'oblitération du bout inférieur; il a cité plusieurs exemples de guérison spontanée de fistules vésico-intestinales; ces cas sont d'ailleurs très rares; il a enfin cité pour mémoire l'idée d'agir directement sur la vessie, proposée tout d'abord par Simone. Il est évident que la taille hypogastrique crée une intervention nouvelle et M. Duménil serait assez partisan de l'idée émise par M. Le Dentu.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

A propos du traitement des fractures de la cuisse par la position du membre dans l'abduction.

Paris, le 22 octobre 1884.

Monsieur le Rédacteur,

Dans votre estimable journal du 18 octobre dernier, j'ai lu avec intérêt, mais non sans surprise (p. 965), le compte rendu d'une communication faite par M. Delthil, au Congrès de Blois, sur le *traitement des fractures de la cuisse par la position du membre dans l'abduction.* L'abduction n'étant qu'une des nombreuses indications à remplir, le mot traitement me paraît un peu prétentieux; mais passons.

D'après l'auteur de la communication, je n'aurais fait, dans mon *Traité des fractures du fémur* (1877), que développer une idée émise dans sa *Thèse inaugurale soutenue le* 12 *avril* 1869, à la fin de laquelle on trouve cette phrase : « Mettons le membre inférieur en abduction », et il ajoute : « C'est là ce qui nous appartient en propre dans le traitement des fractures du fémur. »

Cette première revendication de priorité m'avait échappé; mais la seconde a été faite si solennellement et avec tant d'insistance au Congrès de Blois que je ne puis garder le silence plus longtemps. Selon toute apparence, le mot plagiaire ne doit pas être prononcé ici ; car j'ai l'intime conviction que M. Delthil, tout en attachant un grand prix à l'idée qu'il défend, ne l'aurait pas revendiquée comme sienne s'il avait eu connaissance d'un mémoire intitulé : *Quelques considérations sur l'extension continue et les douleurs dans la coxalgie,* mémoire couronné par la Faculté de médecine de Paris et imprimé dans les *Archives générales de médecine* (numéros de décembre 1868, janvier et février 1869); car au chapitre : *De la position du membre inférieur dans les fractures de la cuisse et dans les coxalgies* (p. 652), après une étude détaillée de l'action des muscles de la cuisse sur les leviers osseux, il y aurait trouvé (p. 657) des phrases comme celles-ci : « Une abduction modérée, dont l'influence était à redouter pour les adducteurs, est au contraire une position avantageuse à donner au membre inférieur atteint de fracture..... Dans les fractures de la cuisse, faire reposer le membre sur un plan horizontal en abduction modérée et en rotation en dehors..... » Cette idée est reproduite dans différents endroits.

Si M. Delthil s'était donné la peine de lire la troisième observation (p. 474) de mon *Traité des fractures du fémur*, il aurait pu voir que l'indication de placer le membre inférieur en abduction avait été mise en pratique le 10 mai 1868 à l'hôpital Necker.

La lecture des pages indiquées, et bien d'autres encore, aurait certainement convaincu M. Delthil que l'indication à laquelle il tient tant, et à si juste titre, n'était pas chez moi une simple vue de l'esprit, une idée *à priori,* mais qu'après l'étude de l'action des muscles sur les leviers osseux, elle s'était pour ainsi dire imposée, au même titre qu'un résultat après la résolution d'un problème.

Frappé de l'impuissance des appareils contentifs et de l'inconstance des appareils extensifs à ramener dans l'axe du membre les fragments du fémur déviés en dehors et profondément situés, surtout dans les fractures de son extrémité supérieure, j'ai fait agir sur eux les muscles adducteurs mis en tension par l'abduction du membre.

La question de priorité me paraît donc jugée, puisque mon mémoire, après un séjour de plusieurs mois à la Faculté de médecine, a paru dans les *Archives* en décembre 1868 et que M. Delthil n'a soutenu sa thèse que le 12 avril 1869, certainement plus d'une année après le dépôt du mémoire à la Faculté de médecine.

Je vous serai bien reconnaissant de vouloir bien insérer cette rectification dans votre prochain numéro.

Recevez, Monsieur le Rédacteur, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr J. HENNEQUIN.

PRÉFECTURE DE POLICE.

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1884.

Par M. le docteur PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL.
1er	34	36	4	74
2e	15	29	3	47
3e	33	38	9	80
4e	43	68	6	117
5e	45	49	8	102
6e	35	47	7	89
7e	13	34	3	50
8e	7	13	1	21
9e	17	35	3	55
10e	42	46	8	96
11e	111	135	38	284
12e	38	52	18	108
13e	56	78	26	160
14e	47	81	20	148
15e	51	75	28	154
16e	25	15	4	44
17e	55	93	20	168
18e	65	116	29	210
19e	66	78	26	170
20e	82	138	49	269
	880	1,256	310	2,446

MALADIES OBSERVÉES.

A. — Angines et laryngites	101
Croup	33
Coqueluche	7
Corps étrangers de l'œsophage	1
Conjonctivite purulente	1
B. — Asthme	19
Affections du cœur	56
Bronchites aiguës et chroniques	46
Pleuro-pneumonie	31
Congestion pulmonaire	11
C. — Affections et troubles gastro-intestinaux	355
Cholérine	375
Choléra	5
Dysenterie	8
Athrepsie	47
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	91
Hernie étranglée	26
Rétention d'urine	19
Orchite	1
Chute du rectum	1
D. — Métrite, métro-péritonite	51
Métrorragie	52
Fausse couche	54
Accouchement, délivrance	209
E. — Insolation	3
Affections cérébrales	94
Convulsions, éclampsie	56
Névralgie	57
Névroses	89
Épilepsie	21
Aliénation mentale	14
Alcoolisme, delirium tremens	33
Tétanos	1

F. — Rhumatisme	32	torses	21
Affections éruptives	39	Brûlures	11
Fièvre intermittente	6	Empoisonnements	22
Fièvre typhoïde	51	Asphyxie par le charbon	8
Hémorragies de causes internes et externes	85	Suicide	6
		H. — Mort à l'arrivée du médecin	65
G. — Plaies, contusions	132		
Fractures, luxations, en-		Total	2,446

La moyenne des visites par nuit est de 24 58/100. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 17 92/100.

Visites du troisième trimestre de 1883	1,659
Visites du troisième trimestre de 1884	2,446
Différence en plus	787

Les hommes entrent dans la proportion de 32 p. 100;
Les femmes — — 55 —
Les enfants au-dessous de trois ans, 13 —

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Plusieurs cas de choléra viennent de se produire dans la commune d'Yport (Seine-Inférieure). Douze personnes ont été atteintes, sur lesquelles on compte actuellement six décès. Le début de l'épidémie remonterait aux premiers jours du mois.

Aujourd'hui on signale deux nouveaux cas dans la même localité.

— Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a, sur le rapport de M. le docteur Bergeron, présenté à la nomination du ministre du commerce, comme auditeurs, MM. les docteurs Grancher, Du Mesnil, Napias et A.-J. Martin.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé d'un an, sans traitement, à partir du 1er octobre 1884, est accordé, sur sa demande, à M. Wallet, préparateur de pharmacologie.

M. Heret, bachelier ès sciences, est chargé, pendant la durée de congé accordé à M. Wallet, des fonctions de préparateur de pharmacologie.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les cours du premier semestre commenceront le jeudi 6 novembre 1884.

Physique. — M. le professeur P. Desains ouvrira ce cours le samedi 8 novembre, à une heure et demie, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. Il traitera de la chaleur, du magnétisme, de l'électricité, de l'électro-magnétisme et de leurs principales applications. Des manipulations et des conférences, qui seront dirigées pendant toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

Chimie. — M. le professeur Troost commencera ce cours le jeudi 6 novembre 1884, et le continuera les lundis et jeudis à une heure. Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie. Il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations, qui seront dirigées toute l'année par le professeur, commenceront dans la seconde quinzaine de novembre.

— M. le professeur Debray ouvrira ce cours le vendredi 7 novembre, à deux heures et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. Il traitera des métaux et de leurs principaux composés.

Zoologie, anatomie et physiologie comparées. — M. le professeur de Lacaze-Duthiers ouvrira ce cours le samedi 8 novembre, à trois heures et demie et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Il traitera de l'histoire des articulés, des vers, et dirigera, pendant toute la durée de son cours, les manipulations qui se font tous les jours dans son laboratoire.

Physiologie. — M. le professeur Paul Bert. M. Dastre, suppléant, ouvrira ce cours le jeudi 6 novembre, à trois heures et demie, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure. Il traitera de la physiologie des organes des sens, au point de vue expérimental; il s'occupera ensuite de la génération et du développement.

Cours annexe. Chimie biologique. — M. Duclaux, maître de conférences, ouvrira ce cours le jeudi 6 novembre, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de mathématiques, et le continuera les mardis et jeudis suivants, à la même heure. Il traitera des propriétés biologiques des microbes.

— *École et hôpital dentaires de Paris.* (Directeur : M. le docteur Th. David.) — Année scolaire 1884-1885. — La cinquième séance annuelle d'inauguration des cours et la distribution des récompenses auront lieu le jeudi 30 octobre, à huit heures du soir, sous la présidence de M. Paul Bert. Sont invités à assister à cette séance MM. les médecins, les étudiants en médecine, les pharmaciens.

La réouverture des cours aura lieu, comme nous l'avons annoncé, le lundi 3 novembre.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16911

81

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

170

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138 ; Académie de médecine, 12 août 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39. 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

11

L'eau de Léchelle

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leuchorrée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

143

Véritables Grains de Santé

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

31

Appareils en feutre plastique

moulés pour chaque cas spécial de *skoliose, kyphose, coxalgie, luxation, mal de Pott*, etc. Conformément à des mesures à nous fournir, collection de bulletins et échantillon de feutre gratis et franco.

Ramie à pansement hygroscopique.

Ramie phéniquée, salicylique, boratée.

Véritables bandes du docteur Martin pour la guérison d'ulcères chroniques.

Fabrique internationale d'objets de pansement, à MONTPELLIER. Directeur : H.-Th. BAESCHLIN.

23

Capsules Lagasse

A LA GEMME DE PIN MARITIME

Hydro-gemmine Lagasse

EAU DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE.

Rhumes, toux, catarrhes, bronchites, affections des reins, catarrhes utérins, uréthrite.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

PARIS, phie GREZ 34, rue de la Bruyère.

65

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

79

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

7

INALTÉRABLE, D'UN GOUT EXQUIS.

Vin d'Almanza de Lavocat

Au *quinquina, cacao, colombo* et *moka*.

Rétablit les fonctions de l'APPAREIL DIGESTIF, reconstitue les TEMPÉRAMENTS AFFAIBLIS.

Combat sûrement :

ANÉMIE, CHLOROSES, DIARRHÉES, FIÈVRES, etc.

Des flacons à l'essai sont envoyés gracieusement à **MM. les Docteurs** qui en feront la demande : à Lyon, phie LAVOCAT, 42, rue Ferrandière ; à Paris, phie MOPPERT, 51, rue du Temple.

13

Peptones de viande

du docteur KOCHS

Solution d'un problème scientifique depuis longtemps cherchée : l'albumine peptonisée réunie aux matières extractives de la viande en un produit alimentaire de premier ordre, naturel, incorruptible, agréable au goût, s'absorbant immédiatement dans l'organisme humain sans le concours de l'action digestive de l'estomac.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris Londres, Berlin, Vienne, etc. ; spécialement recommandé aux personnes affaiblies ou digérant mal, aux anémiques, aux dyspeptiques, aux convalescents.

DÉPÔT CENTRAL :

A Paris, rue Meyerbeer, 5.

Boîte en fer blanc de 1 000 gr.		18 fr.
Pot de porcelaine de	225 —	5 »
Pot de porcelaine de	100 —	2f 50
Tablettes en étui.		5 »
Pastilles en boîte.		1f 25

65

Sirop de digitale de Labélonye

Ce Sirop, à la fois excellent sédatif et puissant diurétique, est employé depuis trente ans avec un succès constant par les médecins de tous les pays, contre *Maladies du cœur*, diverses *Hydropisies, Bronchites nerveuses, Coqueluches, Asthmes* et *Catarrhes chroniques*, enfin dans tous les *troubles de la circulation*.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

1

Chatel-Guyon GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

99

Rapport favorable de l'Académie de médecine.

Vinaigre Pennès

ANTISEPTIQUE, HYGIÉNIQUE.

Guérit les affections de la peau. Préserve des maladies épidémiques et contagieuses. Purifie l'air chargé de miasmes. Précieux pour les soins intimes et hygiéniques du corps.

Eviter contrefaçons en exigeant Timbre de l'Etat.

Détail : rue des Écoles, 49, et toutes pharmacies.

Gros : 2, rue de Latran, Paris.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

71

Farine LACTÉE Nestlé

Dont la base est le bon lait.

C'est le meilleur aliment pour les enfants en bas-âge ; il supplée à l'insuffisance du lait maternel ; facilite le sevrage, et contribue, en outre, à restreindre les affections gastro-intestinales et l'effrayante mortalité qui en est la conséquence.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les bonnes pharmacies.

96

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

55

Poudres alimentaires Adrian

Bifteck. — Viande. — Lentilles. — Lait.

Exiger la marque ADRIAN, directeur de la Société française de produits pharmaceutiques, ex-préparateur et lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris, lauréat des hôpitaux, membre de la Société de pharmacie, de la Société de thérapeutique, etc. — Envoi franco d'échantillons.

Gros, 11, rue de la Perle, Paris.

22

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte PIERRE Lamouroux

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

24

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL NECKER. I. Tumeur hématique du genou. — II. Division de la voûte palatine, uranoplastie. — Quelques mots sur les épanchements pleurétiques. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe SESSION, 1884). Congrès de Blois. — Nouvelles.

HOPITAL NECKER. — M. TRÉLAT.

I. Tumeur hématique du genou. — II. Divisions de la voûte palatine, uranoplastie.

I. J'ai fait, il y a deux jours, une de ces petites opérations que quelques chirurgiens contestent encore malgré des bons résultats : je veux parler de la ponction du genou. Du reste, toutes celles que j'ai faites depuis que je suis entré dans cet hôpital, ont parfaitement réussi et sans donner lieu à aucun accident.

Aujourd'hui il s'agit d'un homme qui a fait une chute récente et chez qui, une heure après l'accident, le genou, actuellement malade, était le siège d'un épanchement synovio-hématique. D'ailleurs l'expérience et la pratique ont démontré que chaque fois qu'il y avait traumatisme d'une articulation, les épanchements qui en résultaient étaient plus ou moins de nature hématique. Ici, chez notre opéré d'avant-hier, l'épanchement était aussi presque complètement hématique, sans caillots, comme cela a lieu dans l'immense majorité des cas où il n'y a ni attrition violente ni fracture.

Aujourd'hui, grâce aux précautions antiseptiques réelles et sévères que nous prenons, nul accident ne survient à la suite de ces opérations. Une autre condition de succès de ces ponctions, condition accessoire, il est vrai, est l'application d'un bandage ouaté compressible sur le membre inférieur malade placé dans l'extension.

On laisse l'appareil en place pendant huit jours. C'est dans les cas où ces précautions n'ont pas été sérieusement prises que l'on voit parfois survenir des arthrites à marche foudroyante.

II. L'opération que nous allons avoir à pratiquer après la leçon, est une uranoplastie, chez une jeune fille, d'ailleurs bien portante. Il s'agit chez elle de remédier à une division palatine assez étendue. Or, comme la malade est parvenue déjà à parler assez bien, j'ai toute raison d'espérer une amélioration plus importante de ce côté, c'est-à-dire un succès vrai.

Elle est donc dans d'excellentes conditions phonétiques et dans de bonnes conditions opératoires, la division palatine ne dépassant pas certaines limites. Aussi me demanderez-vous peut-être pourquoi j'ai gardé cette jeune fille pendant trois semaines dans mes salles sans l'opérer? Je vous répondrai que j'ai retardé l'opération à cause de l'état tomenteux, plissé, violacé, dans lequel se trouvait la muqueuse, c'est-à-dire dans un état congestif subinflammatoire, au moment de son arrivée dans notre service.

J'ai traité cet état de la muqueuse par un collutoire dont la formule est :

Glycérine	20 grammes.
Acide tartrique.	1 —

La rougeur a disparu, la muqueuse s'est améliorée et elle ne présente plus aujourd'hui qu'un peu de tuméfaction, ce qui n'est plus un obstacle à notre intervention chirurgicale.

C'est la quarante-quatrième fois aujourd'hui que je vais pratiquer cette opération, soit qu'il s'agisse d'une fistule congénitale ou acquise, soit qu'il s'agisse d'une division également acquise ou congénitale.

Autrefois les chirurgiens ne faisaient cette opération que chez des sujets âgés de 15 à 18 ans, — sous ce rapport notre malade serait dans les conditions voulues ,— parce que le chloroforme n'étant pas encore connu, il fallait que le malade se prêtât au manuel opératoire, qu'il fût tenu assis, la bouche largement ouverte, la tête renversée en arrière, etc. On regrettait bien, au point de vue phonétique, de ne pas pouvoir agir plus tôt; mais, si parmi les enfants de 8, 10 et 12 ans, il en est qui sont parfaitement décidés et commodes à opérer, il en est d'autres chez lesquels, sans anesthésie préalable, l'opération est des plus difficiles.

L'anesthésie a eu aussi pour effet d'entraîner avec elle certaines modifications : ainsi, autrefois, il fallait des bâillons spéciaux; aujourd'hui des bâillons sont encore nécessaires, mais ce ne sont plus les mêmes; celui dont je me sers depuis sept ou huit ans, est encore le meilleur, je puis le dire après bien des expériences réitérées.

Mais ce n'est pas tout, l'opération est une de celles qui donnent lieu à une perte de sang notable. Or, le patient ainsi chloroformé et bâillonné, le sang peut parfaitement pénétrer soit dans l'estomac, soit même dans le larynx. Alors nous avons encore dû modifier l'appareil opératoire : ainsi, nous avons fait prendre à la tête une position telle que le sang qui s'écoulera, gagne l'ouverture postérieure des fosses nasales, au lieu de tomber dans l'œsophage ou dans le larynx. Enfin j'ajoute que je n'ai jamais fait de palatoplastie sans chloroformer mes malades.

Ceci dit, j'ajoute que l'opération est aussi simple que possible. Je ne m'arrêterai pas à vous la décrire par le menu, je me bornerai à vous dire en quelques mots qu'elle consiste dans un premier temps, qui est celui de l'avivement, lequel doit être assez épais, assez étendu en largeur ; puis vient le second temps où je mobilise les parties latérales si la division approche, ou, surtout si elle empiète sur la voûte palatine. On fait de chaque côté une incision latérale à un centimètre au moins, c'est-à-dire le plus près possible des dents de chaque côté, et proportionnelle au lambeau nécessaire de façon à dépasser la division antérieure de la voûte palatine.

Ces incisions déterminent toujours un écoulement de sang abondant provenant de l'artère palatine ou de ses branches palatines les plus immédiates. Contre ces hémorragies et de façon à arrêter la perte de sang, point n'est besoin d'autre chose que d'appuyer avec un doigt — pouce ou index — de la main libre sur l'incision.

On continue l'opération avec une rugine à coudure latérale dans l'incision libératrice et l'on gratte dans la profondeur pour libérer le lambeau, détacher sa face profonde du bord postérieur de la voûte palatine. Ceci terminé, il reste à placer les sutures ; je me sers de l'aiguille de Reverdin avec laquelle je place tous mes points de suture d'avant en arrière, je serre et coupe les fils d'argent à bonne distance. Ce dernier temps de l'opération est ainsi relativement assez court. S'il existe quelques bâillements entre les lambeaux, il est généralement très vite comblé, dans les vingt-quatre heures.

Je nourris toujours mes opérés, de sorte qu'ils ne s'affaiblissent pas, avec des substances molles, panades, tapiocas ou bouillies, pendant les premiers jours qui suivent l'opération. Enfin, généralement, au bout de trois ou quatre jours, si les choses marchent régulièrement, on peut commencer à enlever les sutures.

QUELQUES MOTS
SUR LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES (1)

Par M. le docteur A. Vigot,
Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Caen.

IV

La pleurésie purulente peut être pleurésie purulente d'emblée ou consécutive à d'autres lésions. Dans ce dernier cas, elle n'est que le résultat de la marche envahissante de lésions de voisinage ou d'affections générales. Au point de vue de la marche, il y a des pleurésies purulentes qui procèdent de dedans en dehors, comme il y en a qui procèdent de dehors en dedans.

Dans la première catégorie, la pleurésie purulente s'est établie d'emblée et s'ouvre plus tard de différentes façons : perforation des parois thoraciques (fistules pleurales, thoraciques) (Flammarion) (2); perforation des bronches (vomiques); perforation du péricarde, du médiastin, du diaphragme, évacuation par l'intestin, les voies urinaires, par la région lombaire (Grisolle) (4), par la gaine du psoas.

Dans la seconde catégorie, la pleurésie purulente est consécutive :

1° A la perforation de la cavité pleurale, par abcès phlegmoneux du creux axillaire (J.-L. Petit, Sédillot), du médiastin ; abcès osseux (ostéite, carie, nécrose); abcès ou kyste hydatique du foie, de la rate, des reins, et d'une façon générale abcès de circonvoisinage ;

2° A la propagation de l'inflammation de la paroi thoracique, à la suite du traumatisme, érysipèle phlegmoneux des parois thoraciques, périostite, ablation de tumeur du sein, avec mauvais état de l'opérée ; érysipèle (Broca) ; néphrite (Verneuil); de l'inflammation du médiastin (Boyer) (1) du poumon (pneumonie suppurée, apoplexie pulmonaire, gangrène, tuberculose) ; de l'inflammation des tumeurs du foie, de la rate, de pyélo-néphrite, péritonite, péricardite suppurée (Rosenstein) (2) ;

3° A des causes générales : fièvres éruptives (variole, rougeole, scarlatine, coqueluche), fièvre typhoïde, état puerpéral, pyohémie, morve, méningite cérébro-spinale, fièvre urineuse, les grands traumatismes, amputations.

Nous ne dirons qu'un mot des abcès de voisinage. Pendant longtemps on a admis exclusivement comme origine de ces abcès une lésion primitive des côtes : ostéite, carie, nécrose, et on a considéré la pleurésie comme consécutive. Leplat renverse cette proposition (3) et prétend que les abcès des parois thoraciques procèdent souvent de pleurésies récentes ou anciennes, les inflammations de la plèvre, au lieu de se limiter sur le tissu primitivement envahi, retentissant sur les tissus environnants, et que la carie et la nécrose des côtes, invoquées comme origine de ces abcès pariétaux, leur sont au contraire consécutives (4).

Puis on admet une périostite traumatique (Gaujot et Dauvet. — Duplay).

On a voulu nier la possibilité de la propagation de l'inflammation et de la pérégrination des abcès des parois thoraciques à la cavité pleurale.

« Les cas de cette espèce cités dans les auteurs ne sont pas très probants. » (Bœckel.) (5)

Le fait malheureux du fils de J.-L. Petit suffirait pour prouver la réalité de cette propagation.

Dans le Bulletin de thérapeutique (6), on trouve ce fait : abcès axillaire, propagation à la plèvre (pleurésie), et au poumon (pneumonie) (docteur Alaman).

Citons aussi le fait suivant recueilli à la clinique de Sédillot, à Strasbourg : abcès de l'aisselle, abcès sous-pectoral, perforation de la plèvre, évacuation du pus par les bronches (7).

« Morel-Lavallée a communiqué à la Société de chirurgie deux cas d'empyème qui ont perforé les parois thoraciques et produit des abcès profonds de l'aisselle. Ce n'est qu'après l'ouverture de ces collections que le jet intense du liquide pendant les efforts de toux a fait reconnaître la communication de ces abcès avec la plèvre. Malheureusement les observations sont trop incomplètes pour trancher définitivement la question de savoir si un abcès de l'aisselle peut s'ouvrir dans la plèvre ou si ce n'est pas plutôt l'empyème qui se vide dans l'aisselle. Cette dernière opinion est la plus probable. » (Bœckel.) (8)

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 octobre 1884.
(2) Flammarion, Thèse de Strasbourg, 1869.
(3) Grisolle, *Pathologie interne*, tome I, p. 438.

(1) Boyer, *Clinique chirurgicale*, tome VII, p. 350.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 758.
(3) *Archives de médecine*, 1865.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 89.
(5) Dict. Jaccoud, Art. Aisselle de Bœckel, p. 489.
(6) *Bulletin de thérapeutique*, 1842, p. 215.
(7) *Bulletin de thérapeutique*, 1845, p. 222.
(8) Dict. Jaccoud, Art. Aisselle de Bœckel, p. 489.

Nous allons maintenant relater deux observations qui nous montrent, la première, une pleurésie purulente s'ouvrant au devant de la trachée (à marche de dedans en dehors), la seconde, une pleurésie purulente succédant à un phlegmon du cou consécutif à l'ablation d'une dent (à marche de dehors en dedans).

Obs. III. — *Pleurésie purulente. — Ouverture artificielle, au devant de la trachée, du pus venant de la plèvre gauche.* — R... (Jean), trente-deux ans, marchand de charbon, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, service de la clinique interne de M. le professeur Malherbe, le 15 juillet 1882, à trois heures de l'après-midi. Nous voyons ce malade à quatre heures à la contre-visite. Il est dans un coma profond. La peau est couverte d'une sueur froide; le pouls petit, à 112. Nous remarquons sur tout le corps une éruption presque confluente de sudamina. Au-dessous du cricoïde, nous voyons une incision analogue à celle de la trachéotomie. Sa femme nous donne à grand'peine les renseignements suivants : C'est un alcoolique de premier mérite; il est malade depuis environ trois semaines; il a été vu en ville par un médecin qui a diagnostiqué pleurésie et fait mettre plusieurs vésicatoires. Ce médecin a pratiqué, le 13 juillet, une incision au devant de la trachée (2 centimètres environ) pour donner issue à du pus.

Le malade meurt à cinq heures.

Autopsie le 17 au matin.

En rabattant le sternum sur l'abdomen, on voit une traînée purulente, partant de la face antérieure de la trachée, suivre la face postérieure du sterno-mastoïdien droit et descendre devant le médiastin dans la cavité pleurale gauche remplie de pus.

Au devant du péricarde, il y a du pus floconneux. Cependant il ne paraît pas y avoir eu pénétration d'air par l'ouverture artificielle de la plèvre; c'est que le trajet était oblique.

Dans la cavité pleurale droite, il y a également du pus, mais en petite abondance: point de perforation au cul-de-sac supéro-antérieur.

Péricardite généralisée; dépoli de la séreuse, fausses membranes granulo-graisseuses (tartines de beurre séparées).

Foie gras et cirrhotique, surtout dans le lobe gauche.

Rate volumineuse (750 grammes), diffluente.

Reins, cerveau congestionnés.

« L'abcès pleural, disent les auteurs de l'article Pleurésie du *Dictionnaire* de Jaccoud (1), peut s'ouvrir spontanément à l'extérieur du thorax. Cette perforation siège habituellement en avant, dans les premiers espaces intercostaux qui, au voisinage du sternum, sont plus larges et dépourvus du muscle intercostal externe; le plus souvent elle a lieu dans le cinquième espace. »

Ils signalent l'ouverture de l'abcès dans le poumon, à travers le diaphragme, dans le péricarde, dans le médiastin, dans la plèvre saine, dans la gaine du psoas ou en arrière des piliers du diaphragme, dans la région lombaire; mais ils ne mentionnent pas l'ouverture à la partie antérieure du cou, au devant de la trachée.

Le pus a perforé le cul-de-sac supérieur de la plèvre et cheminé de bas en haut, en arrière de l'aponévrose moyenne, sur la face postérieure de la « ligne blanche cervicale », où il a fait saillie et a été pris pour un simple abcès.

Dans ce cas, on ne peut arguer que l'abcès qui siégeait au devant de la trachée a été primitif et la pleurésie consécutive, parce que le diagnostic de pleurésie a été fait en ville longtemps avant l'apparition de l'abcès, parce que cet homme présentait une collection purulente dans la cavité pleurale droite et une péricardite suppurée.

(1) Fernet et d'Heilly. — Dictionnaire Jaccoud, Art. Pleurésie, p. 211.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 25 octobre 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Segmentation du blastoderme. — M. **Mathias Duval** entretient la Société de recherches récentes qu'il a faites sur le phénomène de la segmentation du blastoderme sans fécondation préalable. Ses recherches ont porté surtout sur les œufs de diverses espèces d'oiseaux. Des faits qu'il a observés, rapprochés de ceux qu'il a trouvés dans divers auteurs, et qui se rapportent même à la femme, il est arrivé à cette conclusion générale, savoir que l'ovule, comme toute cellule, peut se segmenter sans fécondation préalable.

Recherches sur la température. — M. **Laborde** présente, au nom de M. Maurel, les résultats des expériences qu'il a faites sur les causes des changements de la température nycthémérale. Voici les conclusions que M. Maurel tire de ses expériences :

1° On peut à volonté déplacer le maximum de la température nycthémérale et le faire passer du soir au matin, et réciproquement. Il suffit de modifier les conditions d'existence de l'animal.

2° Ce maximum de température varie de 0°,5 à 0°,9.

3° Trois influences concourent à le produire : le repos, l'éclairage et le mouvement.

4° De ces trois influences, c'est celle du repos qui est la plus importante. Elle se traduit par une différence de 0°,8 à 0°,5.

5° L'influence de l'éclairage est manifeste, mais elle ne se traduit que par 0°,2 de différence.

6° L'influence du mouvement s'est traduite également dans mes expériences par 0°,2 environ. Mais elle est variable.

7° Les autres influences que l'on pourrait invoquer pour expliquer l'exagération de la température normale ne me paraissent jouer qu'un rôle secondaire.

M. **Dumontpallier** rappelle, à cette occasion, qu'il a relevé avec soin chez des malades de son service les changements de température survenus pendant les 24 heures. Il a constaté que la température suivait, pendant toute la période diurne, une marche constante et d'une régularité parfaite, sur laquelle l'alimentation ne paraissait avoir aucune influence. Il y a une courbe régulièrement ascendante de 8 heures du matin à 8 heures du soir. A partir de 8 heures du soir, elle baisse et redescend un peu au-dessous du point de départ, pour remonter ensuite de minuit à 6 heures.

La rage. — M. **Gibier** présente une brochure dans laquelle il fait connaître ses recherches expérimentales sur la rage et son traitement. Voici les conclusions de ce travail :

1° L'inoculation de la rage sur le cerveau, imaginée par M. Pasteur, et pour laquelle il emploie la trépanation, peut être faite avec autant de sécurité par la térébration et, pour les petits mammifères et les oiseaux, l'aiguille de Pravaz suffit à elle seule.

2° Cette inoculation paraît donner les mêmes résultats quand elle est pratiquée dans la chambre antérieure de l'œil.

3° L'hérédité de la rage est encore une question à juger.

4° Le froid peut servir d'atténuant pour les virus.

5° Il peut les conserver pendant un temps plus ou moins long.

6° Le virus de la rage peut se conserver plus d'un mois par ce procédé, surtout s'il est mis à l'abri de l'air.

7° Le microbe de la rage est un micrococcus. La dilution de la substance cérébrale le met facilement en évidence, surtout chez les petits mammifères et les oiseaux.

8° Les oiseaux contractent la rage et guérissent spontanément. On peut parfois surmonter leur résistance par l'abondance du virus. Avec le gavage on parvient, dans un certain nombre de cas très graves, à les guérir.

9° Les oiseaux ne contractent pas deux fois la rage.

10° La rage de l'oiseau se transmet non seulement aux mammifères, mais aux oiseaux.

11° En s'acclimatant chez l'oiseau, la rage paraît augmenter de

virulence pour celui-ci, et s'atténuer pour les mammifères, surtout pour les chiens;

12° Il ne faut compter dans le traitement de la rage sur aucun des agents dénommés ci-après : — Ail. — Pilocarpine. — Strychnine. — Atropine. — Caféine. — Bromures et iodures de potassium et de sodium. — Acide acétique. — Ammoniaque. — Phosphore. — Air comprimé. — Oxygène pur ou mélangé d'air, à la pression ordinaire ou avec pression.

13° La polyurie est un symptôme fréquent et qui précède la plupart des autres symptômes chez les animaux inoculés de la rage.

Présidence perpétuelle. — M. PAUL BERT demande à faire une communication personnelle : « Lorsqu'après la mort de notre vénéré maître Claude Bernard, dit-il, vous m'avez fait l'honneur de m'appeler au fauteuil de la présidence, j'ai dû l'accepter dans les conditions qu'imposaient les statuts, c'est-à-dire avec son caractère de perpétuité. Comme je vous l'ai déjà dit à cette époque en vous remerciant de vos suffrages, je ne suis pas partisan des présidences perpétuelles. C'est pourquoi je viens aujourd'hui vous rendre votre liberté en vous donnant ma démission de la perpétuité de la présidence. Mais je ne veux pas quitter ce fauteuil sans vous remercier de nouveau du grand honneur que vous m'avez fait; car ce n'est pas un honneur vulgaire que celui de présider une société comme celle-ci où viennent éclore les prémices de toutes les nouveautés, de toutes les découvertes se rapportant aux sciences biologiques. J'ai essayé de reconnaître cet honneur par ma collaboration à vos travaux, par mon assiduité à vos séances. Lorsque la politique m'a transitoirement enlevé à la Société, le lendemain même du jour où je rentrai dans la vie privée, le 28 janvier, je revins présider la Société de biologie : je ne voulais donc pas descendre de ce fauteuil, où m'ont appelé vos suffrages, sans vous renouveler l'expression de toute ma reconnaissance; car si je suis opposé à la perpétuité des présidences, je suis pour les reconnaissances perpétuelles. »

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 octobre 1884. — Présidence de M. BUCQUOY.

COMMUNICATIONS

Traitement des fièvres intermittentes par l'acide phénique. — M. DIEULAFOY communique deux nouveaux cas de fièvres intermittentes : l'un de fièvre tierce, l'autre de fièvre quotidienne, traités et guéris par les injections sous-cutanées d'acide phénique. Le malade atteint de fièvre quotidienne avait eu déjà des accès en Afrique et à Marseille; peu de temps après son arrivée à Paris, il est pris d'un accès des plus violents avec une température de 41°,1. Après être resté deux jours sans aucune médication, le troisième jour on commence le traitement par les injections sous-cutanées d'acide phénique. On se sert d'abord d'une solution au centième, puis une solution au cinquantième. Il eut en tout quarante-sept injections. Ces injections sous-cutanées d'acide phénique sont très bien supportées; aucun accident local inflammatoire ou autre; très peu de douleur. Ce malade a reçu quarante-sept injections. Les accès ont continué pendant trois jours, puis au quatrième accès la fièvre a été coupée.

Traitement du cancer utérin. — M. GALLARD présente à la Société une brochure sur ce sujet. Il rappelle, à cette occasion, avoir fait à la Société de chirurgie une communication sur le traitement chirurgical du cancer de l'utérus, en particulier sur la résection du col cancéreux par l'anse galvanique. Il tient à faire part à ses collègues du gracieux accueil que lui a fait la Société de chirurgie en le traitant comme un de ses propres membres. Ce n'était là d'ailleurs qu'un échange, la Société médicale ayant invité autrefois M. Tarnier à prendre part à la discussion sur les maternités. Ces échanges entre les deux Sociétés, s'ils étaient plus fréquents, ne pourraient avoir que des avantages pour la science.

Prophylaxie de la tuberculose. — M. VALLIN communique les conclusions du travail qu'il a lu sur ce sujet aux congrès de La Haye et de Copenhague. Ces conclusions, qui ont été adoptées par les deux congrès, sont celles par lesquelles M. Vallin terminait la communication qu'il a faite à la Société il y a trois mois.

Oblitération vasculaire par artérite; anévrysme. — M. LEGROUX communique l'observation d'une jeune fille de vingt-deux ans qui, au mois de juillet, a été traitée pour un rhumatisme articulaire subaigu avec une poussée d'érythème noueux au niveau des deux tibias. Cette jeune fille se remit peu à peu et put partir à la mer. Après quelques jours, elle fut prise d'une douleur très vive dans le bras gauche; en même temps, le pouls radial et le pouls cubital cessaient de battre dans l'avant-bras. M. Potain, appelé auprès de la malade, crut à l'existence d'une embolie dans l'humérale. M. Lecorché qui vit la malade peu de temps après, diagnostiqua une artérite rhumatismale. Au niveau du cœur on constatait un souffle à la pointe et au premier temps, plus un souffle très rude dans l'aorte, qu'on percevait très bien dans le dos, le long de la colonne vertébrale. Enfin M. Legroux, muni du stéthoscope de M. Constantin Paul, finit par découvrir un souffle dans l'aisselle : il s'agissait d'un anévrysme vrai de l'artère axillaire, s'étant formé par suite de l'oblitération par artérite. Cette jeune fille va un peu mieux; elle a eu un peu de pleurésie à gauche, un peu de congestion pulmonaire à droite; mais l'état général ne s'aggrave pas.

M. RENDU ne croit pas qu'il soit logique d'admettre que ce soit l'oblitération qui ait amené l'ectasie artérielle. Cette malade étant atteinte d'artérite, il n'y a pas de raisons pour qu'elle n'ait pas des anévrysmes diffus dans toutes les régions. Les rapports de l'oblitération avec l'anévrysme, dans le cas de M. Legroux, ne sont donc pas démontrés.

M. LEGROUX ne croit pas que l'anévrysme ait d'autres causes que celles qu'il lui attribue. Il se rappelle avoir, en 1874, observé un individu atteint d'une affection cardiaque et aortique qui, ayant été poussé contre un meuble, eut l'une des fesses qui porta contre ce meuble; il se développa un anévrysme de l'artère fessière. Le malade avait des dilatations artérielles de tous côtés. Il s'agissait de multiples anévrysmes vrais.

M. BALL ne s'explique pas l'absence de gangrène dans le cas de M. Legroux.

M. LEGROUX croit que le membre est simplement affecté de ce que l'on a appelé la syncope circulatoire; il y a dans un avant-bras un retard de la sensibilité; peut-être l'absence de gangrène est-elle due à l'existence d'une circulation secondaire par les capillaires péri-articulaires, par exemple.

M. CONSTANTIN PAUL signale la fréquence des anévrysmes vrais dans les artères athéromateuses, surtout au niveau de leurs flexions. Il a démontré que les artères athéromateuses s'allongent et se présentent, dans ces cas, sous un état qu'il a appelé la reptation. C'est dans des cas de ce genre qu'on a pu faire des amputations du bras sans avoir d'artère à lier.

M. Constantin Paul soigne depuis onze mois un malade atteint d'un anévrysme vrai de la carotide primitive avec une hypertrophie du cœur consécutive; il lui fait prendre de l'iodure de potassium à petites doses avec la diète sèche, ainsi que le prescrivent les Anglais; il a obtenu une amélioration tout à fait inespérée. Le malade va, vient, voyage, monte les escaliers et se trouve beaucoup mieux.

M. MOUTARD-MARTIN croit que, dans le cas de M. Legroux, l'absence de la gangrène peut s'expliquer par la dilatation du système capillaire péri-articulaire.

La séance est levée.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (XIIIe SESSION, 1884).

Congrès de Blois (1).

IX

Ulcération diphtéroïde de la coqueluche. — M. le docteur Delthil présente un mémoire sur l'ulcération diphtéroïde de la coqueluche, sur sa valeur, sa fréquence, son caractère parasitaire et ses rapports avec la maladie.

Ce mémoire est le complément d'un premier travail qu'il a présenté à l'Académie de médecine en 1876 et qui fut l'objet d'un rapport de M. le docteur Roger.

Contrairement à l'opinion admise, il ne veut pas voir dans les ulcérations un simple phénomène incident, dû à une action mécanique, le frottement du frein de la langue sur les dents pendant les quintes. Il cite, à ce propos, plusieurs observations où il n'y a point de rapports directs des éminences des dents avec les ulcérations; il a même trouvé cette lésion, et d'autres l'ont trouvée avec lui, avant la dentition.

Il ajoute qu'il a encore d'autres motifs pour ne point admettre que cette ulcération soit produite par le frottement :

1° Parce qu'elle précède l'apparition des quintes férines;

2° Parce qu'elle s'efface vers le quinzième jour avant la disparition des quintes, qui persistent quelquefois plusieurs mois;

3° Enfin, pourquoi aussi ne la trouverait-on pas dans les affections catarrhales, dans les bronchites, l'asthme, la phtisie où toutes les causes de frottement se trouvent également réunies?

Il pense que cette lésion n'a point jusqu'ici suffisamment attiré l'attention; et s'il en est ainsi, c'est que, dans la plupart des cas, le début de la coqueluche est insidieux, et que l'enfant n'est présenté au médecin que longtemps après l'apparition de la maladie et après l'effacement de cette plaque diphtéroïde.

Il a trouvé cette ulcération non seulement sur le frein de la langue, mais sur le plancher de la bouche, à droite ou à gauche du frein, sur la lèvre inférieure et sur le palais.

Cette plaque présente une certaine analogie avec les affections exanthémateuses; sa durée moyenne est de trois à douze jours et paraît en rapport avec la gravité de la maladie.

Elle apparaît du douzième au quinzième jour à partir du contact suspect. Elle peut être unique ou multiple; son apparition coïncide avec le développement de la fièvre, des vomituritions et de la toux vraiment férine.

Cette ulcération est, pour M. Delthil, l'expression apparente d'une affection spécifique, comme les lysses, les aphtes, le chancre, sont les manifestations de la rage, de l'entérite, de la syphilis.

Les crevasses trouvées dans les bronches et la trachée, dans les autopsies, lui paraissent devoir être signalées comme les cicatrices de plaques analogues à celles de la bouche.

Le crachat puriforme, expulsé par l'enfant, n'est pour lui en grande partie que le produit sécrété par ces ulcérations. Il contient des parasites en quantité appréciable à un grossissement de 340 à 600 diamètres, sous la forme de petits corpuscules inégaux.

Ces micro-organismes ne permettent plus de classer la coqueluche dans les névroses comme on l'avait fait jusqu'ici, mais bien dans les affections parasitaires; sa contagiosité si remarquable ne laisse aucun doute à cet égard.

Enfin l'auteur établit la corrélation des ulcérations avec l'infiltration des ganglions bronchiques.

De l'œdème des nouveau-nés. — Tout médecin ayant fréquenté les services d'accouchement et d'enfants assistés a pu voir et étudier des cas d'œdème des nouveau-nés. En effet, certains nouveau-nés, en général des jumeaux ou des avortons, restent après leur naissance dans un état de torpeur plus ou moins prononcé, refusent de prendre le sein, poussent des cris faibles, *sans reprise:* une teinte violacée, bientôt suivie d'œdème, envahit tout leur corps en commençant par les extrémités. En même temps leur température s'abaisse graduellement. M. le docteur Letourneau, l'auteur de cette importante communication, l'a vue descendre à 20 degrés.

Presque invariablement l'enfant succombe. A l'autopsie on trouve tous les organes gorgés de sang noir et une portion plus ou moins grande des poumons (généralement les lobes inférieurs) hépatisés. Ces fragments hépatisés *coulent dans l'eau;* mais leur hépatisation n'a rien d'inflammatoire; elle disparaît par une simple insufflation qui développe les poumons et leur donne une teinte vermeille. Le poids des poumons est très faible : 30 à 40 grammes au lieu de 70 à 80, poids normal. Chez six œdématiés, autopsiés par l'auteur et pesant 2 kilogrammes, le poids moyen des poumons, sans les grosses bronches, était de 35 grammes, soit seulement 1/87e du poids du corps, au lieu de 1/43e, rapport normal. Chez deux autres sujets pesant, l'un 1,900 grammes, l'autre 1,600 grammes, le rapport était : pour le premier, 1/52; pour le second, 1/55.

C'est que, comme l'établissait Poletto dans un mémoire lu à l'Institut de Milan en 1823, l'œdème des nouveau-nés n'est pas une maladie; c'est une asphyxie lente, due au déplissement incomplet du sac pulmonaire chez certains nouveau-nés qui n'ont pas la force de faire des inspirations assez profondes.

Le remède est indiqué par la nature même de la maladie; c'est l'insufflation pulmonaire. M. Letourneau pense être le premier qui ait conseillé ce traitement si simple, si rationnel, si inoffensif; mais il a, dit-il, vainement insisté auprès des deux médecins qui se sont succédé à l'hospice des Enfants-Assistés de Paris pour le faire expérimenter.

L'assainissement de Paris. — M. Durand-Claye appelle l'attention des membres du Congrès sur la question qu'il défend depuis maintes années, celle du « tout à l'égout », c'est-à-dire de l'évacuation directe et immédiate de tous les détritus par les égouts publics.

D'après les chiffres qu'il fait connaître, ces détritus constitueraient chaque jour une masse de 2,500 mètres cubes environ d'ordures ménagères, qu'il s'agirait de diviser mécaniquement et de conduire à l'égout. D'autre part, les eaux d'égout cuberaient actuellement 300,000 mètres environ par jour, tandis que les matières de vidange, évaluées en moyenne à 1 litre 26 centilitres par tête et par jour, dont 1/10 de parties solides et 9/10 de parties liquides, feraient quotidiennement, pour toute la population de Paris, 2,500 à 2,700 mètres cubes environ, soit 250 mètres cubes seulement de matières solides par jour qui seraient facilement entraînées par les 300,000 mètres cubes d'eaux d'égout signalées plus haut.

M. Durand-Claye est entré dans des détails très circonstanciés sur le mode de procéder pour une parfaite évacuation des matières à envoyer à l'égout depuis leur origine jusqu'à « leur traitement complet », évaluant à 10 litres (chiffre minimum) l'eau nécessaire pour chaque évacuation. Il a traité de la question des éviers, des cuvettes, des tuyaux de chute, siphons, regards de visite, tuyaux de ventilation librement ouverts au faîte des maisons de façon à éviter le retour de l'air vicié et de commencer, dès l'origine l'oxydation de la matière organique.

Passant ensuite à l'étude de la canalisation souterraine, il indique quelle doit être la hauteur des pentes pour assurer aux eaux d'égout une vitesse ininterrompue de $0^m,70$ par seconde, de façon qu'elles puissent arriver en quelques heures à l'embouchure des collecteurs.

Quant à l'épuration des eaux par le sol, à l'oxydation des matières organiques et l'utilisation des produits de cette oxydation par la végétation, il suffit de rappeler les expériences depuis si longtemps poursuivies de Gennevilliers.

Origines du choléra à Toulon et à Marseille. — Dans une seconde communication, M. Durand-Claye a traité cette question

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 octobre 1884.

d'après les documents qui lui avaient été fournis par les ingénieurs de ces deux villes.

Tout d'abord, il semblerait que le navire *la Sarthe* ne dût pas être incriminé comme ayant introduit le choléra à Toulon, « puisque, dit-il, les premiers cas se sont produits dans les équipages de la flotte, stationnés au sud-ouest de cette ville ». La marche du choléra, en 1884, a, d'ailleurs, été celle des épidémies précédentes, son maximum d'intensité a eu lieu vers le trente-cinquième jour et a duré une quinzaine de jours environ. Comme d'habitude, ce sont surtout, sauf les quelques cas constatés au début, les jeunes enfants, les vieillards, les individus malingres et misérables qui ont été le plus généralement atteints. Comme foyers, on les trouve surtout dans les rues étroites, mal aérées et pauvrement habitées. L'ingénieur de Toulon signale ce fait curieux qu'aucun des quarante cantonniers de Toulon, chargés de l'entretien des rues, n'a été frappé.

Quant à la ville de Marseille, le choléra y sévissait déjà depuis plusieurs jours avant la mort du jeune lycéen de Toulon, considéré généralement comme l'importateur du fléau à Marseille. Ici encore l'étiologie est la même au point de vue des individus frappés, si ce n'est que les cantonniers ont payé comme tout le monde leur tribut à l'épidémie, soit par eux-mêmes, soit par les leurs ; elle est la même également au point de vue des rues obscures, étroites, sans air, de la misère physiologique et de la misère physique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — D'une communication officielle de la préfecture de la Seine-Inférieure à la presse, il résulte que le nombre des cas de choléra à Yport, depuis l'origine jusqu'à ce jour, s'élève à 14 (8 décès, 3 guérisons, 3 malades en traitement).

Voici d'ailleurs, d'après le *Journal officiel*, le tableau hebdomadaire résumé des décès cholériques survenus en France et en Algérie du 11 au 17 octobre inclusivement.

A. France. — Nombre de communes atteintes :				
Du 4 au 10 octobre		33		Diminution 17
Du 11 au 17 octobre	déjà atteintes	12	16	
	nouvellement atteintes	4		
Nombre de décès signalés :				
Du 4 au 10 octobre		86		Diminution 55
Du 11 au 17 octobre		31		
B. Algérie. — Nombre de décès signalés :				
Du 4 au 10 octobre		49		Augment. 3
Du 11 au 17 octobre		52		

Italie. — Ajoutons qu'en Italie, du 16 au 24 octobre inclusivement, le fléau a atteint 860 personnes, dont 262 à Naples, et a fait 510 nouvelles victimes, dont 299 dans cette ville.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sur la proposition de MM Cornil et G. Sée, la Faculté a décidé que les autopsies du service de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu seraient faites par le professeur d'anatomie pathologique dans l'amphithéâtre Bichat, tous les jours à dix heures du matin, sauf le lundi et le vendredi où elles auraient lieu aussitôt après la leçon clinique.

— M. le docteur Landouzy est nommé premier médecin du lycée Janson de Sailly (emploi nouveau). — M. le docteur Ory est nommé second médecin dudit lycée (emploi nouveau). — M. le docteur P. Segond est nommé premier chirurgien dudit lycée (emploi nouveau), — M. le docteur Reclus est nommé chirurgien-adjoint audit lycée (emploi nouveau).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur J.-B.-É. Dumesnil, ancien interne des hôpitaux de Paris, inspecteur général honoraire des établissements d'aliénés, officier de la Légion d'honneur, décédé le 24 octobre dernier, dans sa soixante-douzième année. M. Dumesnil était un praticien des plus honorables et des plus estimés. Sa perte sera très vivement ressentie. Ses obsèques ont eu lieu hier lundi, au milieu d'un nombreux concours de parents, de confrères et d'amis.

— M. le docteur Girard de Cailleux, ancien inspecteur général du service des aliénés de la Seine, membre correspondant de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, vient de mourir à Buvin-les-Avenières (Isère), à l'âge de soixante-dix ans.

— M. le docteur Alfred Sauze, ancien médecin de l'asile des aliénés de Marseille et ancien adjoint de la ville, vient de mourir à Marseille, dans sa cinquante-septième année. Il avait assez activement collaboré aux *Annales médico-psychologiques.*

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guilland père (d'Aix-les-Bains).

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — A la suite des concours ouverts pour l'internat et l'externat sont nommés :

1° Internes titulaires : MM. Arrou, Petit, Canaque, Chaleix, Rivière et Boisvert.

2° Internes provisoires : MM. Binaud, Hédou, Capdeville, Alb. Larauza, Kattié et Tessier.

3° Externes : MM. Bitot, Vincent, Daraignez, Viéron, Lausac, Rolland, Daurios, Berger, Houques et Lejeune.

— *Faculté des sciences de Toulouse.* — M. Lala, licencié ès sciences mathématiques et physiques, est nommé préparateur de physique, en remplacement de M. Abadie, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

M. Boulouch, licencié ès sciences mathématiques et physiques, est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Melliès, décédé.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les consignations pour les examens de sages-femmes ne seront reçues désormais qu'après la remise au secrétariat des pièces énumérées ci-dessous :

1° Élèves de la Clinique d'accouchements : Certificat d'assiduité au cours spécial; certificat de stage (Mme la sage-femme en chef délivrera ce certificat le premier et le troisième vendredi de chaque mois de une heure à trois heures);

2° Élèves des Maternités ou des Écoles d'accouchement de province : Acte de naissance; acte de mariage, s'il y a lieu; consentement du mari, s'il y a lieu ; consentement du père ou du tuteur, s'il y a lieu ; certificat de bonne vie et mœurs; certificat de réception à l'examen imposé, par arrêté du 1er août 1879, aux aspirantes sages-femmes de première classe; certificat d'assiduité aux cours;

3° Sages-femmes possédant un diplôme de deuxième classe : Ajouter aux pièces ci-dessus mentionnées un certificat d'aptitude de deuxième classe.

— *Faculté des sciences de Paris.* — Les conférences annuelles commenceront le lundi 10 novembre. Les étudiants n'y sont admis qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée.

M. Mouton, maître de conférences, fera des conférences de physique, les lundis, mercredis, jeudis et vendredis à neuf heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

M. Bouty, maître de conférences, donnera des développements sur diverses questions de physique traitées au cours, ou indiquées par M. le professeur Jamin ; ces conférences auront lieu les lundis et jeudis à quatre heures.

M. Jannettaz, maître de conférences, fera des conférences sur la minéralogie, les mardis et samedis à huit heures et demie dans le laboratoire de minéralogie.

M. Joly, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique les mardis et samedis, à dix heures et demie, et des conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Troost et Debray.

M. Salet, maître de conférences, fera les mercredis et vendredis, dans son laboratoire, à trois heures et demie, des conférences sur différents points de chimie.

M. Riban, maître de conférences, directeur-adjoint du laboratoire de chimie. Les travaux ont lieu tous les jours de neuf heures

à midi et de une heure à cinq heures, au laboratoire de la rue Michelet, n° 3. Les manipulations pour la licence les lundis, mercredis, jeudis et vendredis, à neuf heures.

M. J. Chatin, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à dix heures, des conférences sur diverses parties de l'étude anatomique et physiologique des animaux, indiquées par M. le professeur Milne-Edwards.

M. Joliet, maître de conférences. M. Joyeux-Laffine, suppléant, fera, au laboratoire de zoologie expérimentale, les jeudis à onze heures et les samedis à sept heures et demie du soir, des conférences sur les sujets indiqués par M. le professeur de Lacaze-Duthiers.

M. Vélain, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à neuf heures, des conférences sur les diverses parties de la géologie. Les élèves seront exercés à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

M. Vesque, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à midi, des conférences ou surveillera des exercices pratiques, sous la direction de M. le professeur Duchartre. Les élèves seront exercés particulièrement à l'emploi du microscope et aux préparations.

Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de novembre, janvier, avril et juillet. Les sessions pour les trois licences auront lieu, la première en octobre 1884, la deuxième du 1er au 31 juillet 1885. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la session.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16928

N° 126. — JEUDI 30 OCTOBRE 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 30 OCTOBRE 1884. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital de la Charité. Épanchements pleuraux et tuberculose. — Contribution à l'étude étiologique du choléra. — Quelques mots sur les épanchements pleurétiques. — Thérapeutique. De la valeur thérapeutique de l'albuminate de fer en tant qu'emménagogue. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au cours de la discussion un peu confuse sur les eaux de Paris de la précédente séance, M. le président, pour y mettre un terme, avait proposé de confier à une commission, composée de MM. Brouardel, Bouley et Proust, le soin de formuler un vœu répondant à l'esprit de la majorité de l'assemblée et qui serait soumis, dans la séance suivante, à son approbation. Fidèle à l'engagement qu'elle avait pris, la commission, par l'organe de son rapporteur, M. Brouardel, est venue formuler ce vœu, qui se résume dans les deux conclusions suivantes : L'eau qui sert à l'alimentation doit être exempte de toute souillure, quelle qu'en soit la provenance. La contamination de l'eau par les matières fécales humaines est particulièrement dangereuse ; toute projection de cette nature, quelle qu'en soit la quantité, dans les eaux de source, de rivière ou de fleuve, doit être absolument et immédiatement interdite. Tout le monde aurait dû être d'accord et tout le monde pensait au fond de la même manière; quelques membres cependant ont trouvé encore le moyen d'épiloguer. Si nous voulions épiloguer quelque peu aussi à notre tour, nous pourrions faire remarquer que la première conclusion, dans son sens absolu, renfermait si implicitement la seconde que celle-ci devenait véritablement superflue. Mais quand on tient à se faire bien comprendre, à une répétition près, il n'y avait guère à y regarder. Nous aurions donc fait comme l'Académie, qui a voté les conclusions à une immense majorité, à la presque unanimité, pourrions-nous dire, trois mains seulement s'étant levées à la contre-épreuve.

M. Ball est venu ensuite, en son nom et au nom de ses deux collègues MM. Trélat et Verneuil, donner lecture du projet d'adresse qu'il avait proposé dans la dernière séance pour la nation du Danemark, de laquelle ils avaient reçu un si flatteur accueil. Nous avions omis de dire, en rapportant les paroles de M. Ball, quelle était la circonstance malheureuse qui justifiait surtout cette adresse, la destruction complète par l'incendie du château de Christianborg, où les membres du Congrès avaient reçu cette hospitalité toute royale. On lira dans le compte rendu le texte de l'adresse que l'Académie, s'associant à ceux de ses membres qui l'ont représentée à ce Congrès, adresse au roi de Danemark et à la nation danoise, par l'entremise de l'éminent professeur Panum, le président du Congrès de Copenhague.

L'Académie a entendu ensuite la lecture d'un mémoire de M. Giraud-Teulon sur le mécanisme du vol des oiseaux, et une communication de M. le docteur Gibier sur le choléra du Midi.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Landouzy.

Épanchements pleuraux et tuberculose.

Je profiterai de la présence de deux malades présentant de grandes affinités communes, comme affections, pour vous entretenir d'une question dont l'an dernier, j'ai eu l'occasion de dire ici même quelques mots.

Ces deux malades sont : 1° l'individu couché au lit n° 25 de la salle Saint-Jean-de-Dieu; 2° la petite fille du n° 24 de la salle Sainte-Anne.

Le n° 25 est un homme de quarante ans, brun, fort, bien musclé, jouissant ordinairement d'une bonne santé ; il est entré il y a cinq jours dans notre service pour une douleur dans le côté gauche de la poitrine s'accompagnant d'une certaine gêne respiratoire, de quelques malaises.

Le lendemain, nous avons constaté un certain degré de voussure du côté gauche de la poitrine, une diminution des vibrations thoraciques dans la moitié antérieure et inférieure du même côté, un bruit skodique dans les deux premiers espaces intercostaux gauches, tandis qu'au-dessous et jusqu'au bas de la poitrine, la matité était absolue. De même, en arrière, au-dessous de la fosse sus-épineuse, matité complète, disparition du murmure vésiculaire et souffle aigre, lointain, voilé. En même temps, fièvre, 40 degrés. La pointe du cœur est refoulée le long du bord droit du sternum. Diagnostic : épanchement pleural gauche assez abondant.

La thoracentèse pratiquée hier matin a permis l'issue d'un litre et demi d'un liquide jaune citrin et n'a donné lieu à aucun incident.

Ceci dit sur l'état du malade, ce que je veux étudier ici c'est la cause, le pourquoi de cet épanchement, survenu

chez un homme jouissant de bons antécédents, ayant toujours eu une bonne santé, qui n'est pas un malheureux, enfin dont l'hygiène est bonne aussi, survenu enfin comme une pleurésie franche, primitive, *a frigore*, pleurésie que je ne puis admettre,— je le soutiens déjà depuis un certain nombre d'années, — que dans des cas tout à fait exceptionnels. 98 fois sur 100 les épanchements pleuraux, les pleurésies prétendues *a frigore* sont fonction de tuberculose apparente ou cachée, et, de ce que l'on n'est pas toujours en mesure de le prouver, il ne s'ensuit pas que cette tuberculose primitive n'existe pas.

Ici encore, de même que dans tous les cas que j'ai rapportés, cet homme m'est suspect d'un état général, de la tuberculose. D'ailleurs, depuis quelque temps, il est presque constamment enroué. De là, déjà, une première confirmation de mes soupçons.

A ce propos, je ne saurais mieux faire que de vous citer le fait suivant : l'an dernier, à peu près à cette époque, je reçois ici un ouvrier boulanger, très bel homme, trente-huit ans, brun, poilu, vigoureux, solidement musclé, ce qu'en termes vulgaires on appelle « un beau gars ». Or, quelques jours avant son entrée ici, ayant très chaud, il avait quitté son fournil, pour aller, sans plus se vêtir qu'au moment où il pétrissait sa pâte, chercher un litre de vin dans le voisinage. En rentrant au fournil, il se sentait frissonner; néanmoins il continuait à travailler. Le lendemain, malaises; il va consulter un médecin qui diagnostique une pleurésie droite. Il vient à l'hôpital, je reconnais un épanchement pleural. Or pourquoi cet homme qui, cent fois peut-être, a commis la même imprudence de s'exposer au froid, étant en sueur, sans contracter aucun mal, se trouvait-il atteint cette fois? Pourquoi? Parce qu'il était en état de déchéance physique, ainsi que je le dis immédiatement aux personnes qui assistaient ce jour-là à ma visite, ajoutant que pour moi il sentait déjà la tuberculose. Cependant il avait peu de dyspnée, la fièvre était légère, le cœur bien rythmé; mais comme l'épanchement était considérable, je recommandais au malade un silence et un repos absolu. Il n'en tint aucun compte, et quelques heures plus tard se levant pour aller aux water-closets, il tomba raide mort.

L'autopsie nous montra l'existence d'un épanchement citrin dans la plèvre, et d'une cavernule grosse comme une noisette, au sommet du poumon droit, ainsi que quelques points caséeux disséminés çà et là.

Voilà donc encore une de ces pleurésies soi-disant *a frigore*, démontrée comme étant, au contraire, d'origine tuberculeuse.

Autre fait : Un médecin des hôpitaux me rapportait, il y a quelque temps, l'observation d'une petite fille de onze ans (elle a aujourd'hui dix-huit ans) qui, ramenée chez ses parents en pleine transpiration, était prise, le soir, sans aucun antécédent morbide, d'un point de côté soudain, atrocement douloureux, et de vomissements. Le mal fut considéré comme une pleurésie *a frigore* par le médecin de la famille; quelques jours plus tard un médecin de l'Hôtel-Dieu reconnaissait un épanchement purulent, et pratiquait la thoracentèse. Trois mois après l'enfant était guérie, et depuis cette époque, — aujourd'hui elle a dix-huit ans, — elle n'a éprouvé aucun trouble fonctionnel, organique, rien, absolument rien; d'où, conclut l'observateur, qu'il ne serait pas juste, en pareil cas, de parler de tuberculose comme point de départ de cet épanchement.

A ceci j'ai répondu et je réponds : Est-ce qu'on ne voit pas tous les jours des enfants ayant, à un moment donné, fait de la tuberculose, poursuivre plus tard néanmoins une longue carrière, tandis que d'autres ont succombé? Est-ce que tous les jours vous ne voyez pas des gens atteints de tumeur blanche du genou, de coxalgie, etc., c'est-à-dire d'une tuberculose locale, guérir de cette manifestation et fournir également une longue carrière, alors que d'autres finissent par languir et succomber? Eh bien! la jeune malade de mon confrère, je ne l'épouserais pas; car, pour moi, elle reste suspecte encore de tuberculose, malgré ses sept années écoulées depuis son épanchement, sans qu'elle ait présenté le moindre trouble dans sa santé.

Il n'est pas de maladie à pronostic plus variable que la pleurésie : on sait comment elle commence, on ne sait jamais comment elle finit, car derrière elle presque constamment se trouve une affection générale dont elle n'est que la sommation.

Du reste, interrogez des tuberculeux, et six sur dix au moins vous répondront qu'ils ont eu à une époque quelconque de leur vie une pleurésie dite *a frigore* ou non. Leur tuberculose, à cette époque, n'a passé inaperçue que parce qu'alors elle était latente ou cachée, mais elle existait déjà. Dire le contraire, c'est vouloir mettre la charrue avant les bœufs.

Quant à notre seconde malade, la petite fille du n° 24 de la salle Sainte-Anne, elle a huit ans, elle a toujours été assez bien portante, au dire de sa mère, mais elle est maigre, chétive. Il y a huit jours, elle s'est plainte d'un point de côté, lequel s'accompagna bientôt de fièvre, d'inappétence et de vomissements. Quelques jours plus tard, elle est entrée avec un épanchement pleurétique. Ici encore, on dira pleurésie *a frigore*, les premiers accidents s'étant déclarés peu après que cette petite fille, ayant très chaud, était allée boire de l'eau à une fontaine voisine. Je ne crois pas davantage chez elle à ce diagnostic, car cette enfant avait manifestement périclité depuis quelque temps, ainsi que j'ai pu le constater à diverses reprises, la connaissant depuis plusieurs années. De plus, l'an dernier, son frère a succombé à une tuberculose généralisée comme j'ai pu le vérifier à l'autopsie. Un de ses autres frères, âgé de vingt et un ans, est tuberculeux et se trouve aussi en ce moment à l'hôpital. C'est ainsi que pendant plusieurs années, vivant avec ses parents, elle nage, l'on peut dire, en pleine tuberculose.

Je pourrais vous citer encore bien des faits venant à l'appui de l'opinion que je soutiens, mais je me borne.

En résumé, pour le malade du n° 25, j'espère qu'il ne succombera pas à son épanchement, j'espère qu'il pourra quitter l'hôpital, mais je n'en suis pas moins convaincu qu'il est tuberculeux, et, afin d'ajouter aux preuves que j'ai déjà, et après avoir fait hier la thoracentèse, j'ai injecté aussitôt dans la cavité péritonéale de trois cobayes deux centimètres cubes du liquide retiré de la plèvre.

Déjà, il y a quelque temps, au sujet d'un malade, dont le diagnostic pour plusieurs personnes était douteux, j'avais fait la même expérimentation et depuis l'un des cobayes a succombé à la tuberculose, et le second est sur le point de mourir de la même affection. Or, pour cet homme, on avait dit aussi qu'il s'agissait d'une pleurésie *a frigore*. Depuis lors, il ne s'est pas remis, et le médecin qui le soigne déclare lui-même aujourd'hui qu'il sent aussi la tuberculose.

En somme, tout individu porteur d'un épanchement pleurétique qui ne peut pas nous donner la preuve de sa pleurésie, alors même que celle-ci est survenue, tandis qu'il

paraissait en bonne santé, est pour moi très fortement suspect de tuberculose. Sauf des cas absolument exceptionnels, l'épanchement pleurétique n'est pas la maladie véritable, elle n'est qu'une des manifestations d'un état général primitif, lequel, 9 fois au moins sur 10, n'est autre que la tuberculose.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE DU CHOLÉRA

Par le docteur PAUL GIBIER.

Le 9 août dernier, M. le ministre de l'intérieur me faisait l'honneur de me confier la direction d'une mission médicale dans les départements du Midi atteints par le choléra.

M. le docteur Bérillon m'assistait dans cette mission, mais au bout de quinze jours, à la suite d'une violente attaque de choléra, il fut obligé de quitter le poste de dévouement qu'il avait librement accepté et où il avait donné déjà de nombreuses preuves de courage et d'abnégation.

Je suis resté près de deux mois dans le département du Var; j'ai mis à profit la durée de mon séjour sur le terrain de l'épidémie pour l'étudier à différents points de vue, et je viens aujourd'hui apporter le résumé de mes observations en ce qui concerne l'importation et la contagion du choléra : importation et contagion étant encore en ce moment questions actuelles autant que litigieuses.

Dans les villes de l'importance de Toulon et Marseille, où chaque jour arrivent, par les voies de terre et de mer une foule de voyageurs venant des cinq parties du monde, il peut être difficile parfois de saisir le point de débarquement d'une maladie contagieuse importée et son heure. L'obscurité qui plane souvent sur ce point délicat explique amplement les avis contradictoires qui ont été émis.

Dans les petites localités isolées et sans grand mouvement commercial, il est plus facile de saisir la piste de la contagion. Ici, l'évidence des faits dénonce souvent l'importation.

Tout d'abord on peut faire cette remarque qui se présente, en quelque sorte, d'elle-même à l'esprit : c'est que les petites localités comme celles où nous avons pu étudier la marche de l'épidémie, placées à des altitudes différentes de celles de Toulon et de Marseille, soumises à d'autres variations climatériques, se trouvent, par rapport à elles-mêmes et à tous les points de vue, dans des conditions identiques à celles des années précédentes. Cependant le choléra y était inconnu depuis bon nombre d'années et il ne visite ces mêmes localités qu'après avoir fait son apparition sur le littoral et non pas en même temps.

Mais notre but n'est pas de chercher une interprétation des faits; pour ne pas prolonger cette note, nous ne voulons que les exposer tels qu'ils ont été observés.

Nous nous abstiendrons aussi de prendre des exemples en dehors du cercle où nous les avons étudiés; ceux-ci, du reste, pourront contribuer à éclairer le sujet; c'est du moins notre espoir. Nous les avons recueillis auprès du corps médical et des municipalités afin de nous entourer de toutes les garanties désirables.

Nos observations ayant été faites particulièrement dans l'arrondissement de Brignoles, nous commencerons l'examen des faits par cette ville. Comment l'épidémie y a-t-elle débuté ?

Dans cette petite ville où les rapports avec Toulon sont assez suivis en temps ordinaire, l'épidémie paraît s'y être installée en deux fois. Elle fut d'abord importée par un homme employé au service de la désinfection de Toulon, d'où il arrivait le 6 juillet. Jusque-là on ne signale pas de diarrhées ou de cholérines plus graves que les années précédentes. Dans la même nuit, cet individu fut pris de symptômes cholériques fort graves; néanmoins il put guérir et se rétablit lentement. M. le docteur Patritti, qui le vit, eut à soigner dans les maisons du voisinage, et dès le lendemain, de fortes cholérines. Suivant M. Patritti, il n'y aurait pas eu d'autres cas graves jusqu'au 19.

Le 18 juillet, l'épidémie fit sa réapparition dans les circonstances suivantes. Un employé du chemin de fer, le nommé B..., qui s'était rendu à Marseille quelques jours avant, fut envoyé des Arcs à Brignoles pour faire un *intérim*. Le lendemain de son arrivée, 18 juillet, il fut atteint du choléra et mourut le 19 au matin. La logeuse chez qui il a été soigné (Mme G...), prise des premières atteintes du mal dès le lendemain de la mort de B..., meurt elle-même le surlendemain. Une femme, qui venait dans la maison faire le service, est prise en même temps et meurt. A partir de ce moment jusqu'à ces derniers jours les cas de choléra furent nombreux à Brignoles, et il y eut près de quarante décès par cette maladie.

Au Val, village situé à 8 kilomètres de Brignoles, le choléra débute brusquement, le 24 juillet, chez deux femmes nouvellement arrivées de Marseille, d'où elles fuyaient l'épidémie. Ces deux femmes, la mère et la fille, âgées l'une de soixante-huit, l'autre de trente-deux ans, meurent à quelques heures d'intervalle dans une maison située à une courte distance du Val, sur le bord d'un cours d'eau qui traverse le village et dans lequel, suivant une coutume séculaire, on jette les déjections et les eaux ménagères. Aussitôt après la mort de ces deux femmes, le propriétaire de la maison de campagne où elles s'étaient réfugiées tombe malade à son tour ainsi que sa mère. Ils purent néanmoins échapper à la mort.

Quelques jours après, le 6 août, la maladie sévit dans le village et jusqu'à la fin du mois d'août on compte 17 cas graves sur lesquels 12 se sont terminés par la mort. D'autres cas mortels se sont encore produits; le 28 septembre, il y avait un total de 18 décès.

Correns, petit village que l'on rencontre à 20 kilomètres de Brignoles, présentait, à la date du 22 août, un état sanitaire excellent. A ce moment, le choléra y débute sur une femme de soixante-dix ans, arrivée la veille de Brignoles, où elle avait passé deux jours dans une maison donnant sur une rue étroite, en face d'un local habité par la famille Br..., où venaient de se produire trois cas de choléra, dont un mortel que nous avons observé. Cette femme meurt. La garde-malade qui la soignait et qui n'avait pas quitté le village meurt la nuit suivante. Des mesures énergiques purent empêcher l'extension du mal. Il ne se produisit plus que quelques cas de diarrhée auxquels, suivant l'expression du maire, on fit, en raison des circonstances, un peu plus attention que d'habitude.

A Néoules, village isolé du canton de Roquebrussane, le choléra est importé par un habitant qui venait de passer huit jours à Toulon; c'était un vieillard de soixante-quinze ans, qui fut enlevé en six ou sept heures. Treize jours après, le petit-fils du précédent meurt d'une façon encore plus foudroyante. Ces deux décès furent suivis de nombreux cas de cholérine, mais il ne se produisit plus de cas mortels.

A Bras, canton de Saint-Maximin, l'importation est due à une famille réfugiée de Marseille. Une enfant de neuf ans, faisant partie de cette famille, fut prise, deux jours après son arrivée, des symptômes du choléra et mourut le 22 juillet. Le deuxième cas fut celui d'un vieillard de soixante-quatorze ans, qui mourut le 1er août. Six autres cas plus ou moins graves, mais qui eurent une terminaison heureuse se produisirent dans la suite.

A Flassans, il est moins facile peut-être de préciser le mode d'importation. Quoi qu'il en soit, voici les faits : le 9 août, une équipe de télégraphistes part de Toulon pour se rendre à Flassans installer le télégraphe. Un chef d'équipe, faisant partie de l'expédition, et de qui je tiens ces détails, est pris en route de diarrhée et de vomissements, et il est obligé de rebrousser chemin avant d'arriver à Flassans.

Parmi les autres employés quelques-uns avaient, suivant l'expression de cet homme, « des dérangements de corps ». Ils sont demeurés à Flassans jusqu'au 20 août. A ce moment, comme je m'en suis informé à Flassans même, l'état sanitaire était excellent. Pendant ce temps, un marché aux bestiaux eut lieu également dans le village. Le 26 août, l'épidémie débutait sévèrement et, en

peu de jours, dans ce petit village de 1,400 habitants, on vit se produire un grand nombre de cas, que j'ai traités pour la plupart, et 20 décès cholériques.

A Pignans, petite ville de l'arrondissement de Brignoles, sur la ligne de Marseille à Nice, l'épidémie qui a été suivie et combattue avec le plus grand zèle par M. le docteur Davin, a débuté au milieu de la plus parfaite santé générale, le 9 juillet, chez un nommé Thenoux, qui s'était rendu à Toulon, huit jours avant. Sa proche voisine, qui l'avait visité à plusieurs reprises, meurt onze heures après lui. Un petit vagabond qui accompagne le cadavre au cimetière, assis sur la charrette où reposait le cercueil, contracte, au bout de quatre jours, un choléra très grave, dont la convalescence fut des plus laborieuses. Il y eut, par la suite, de nombreux cas dont douze furent mortels.

Dans certains endroits, la contagion a paru se transmettre par les cours d'eau comme au Val. De même, à Vins (8 kilomètres de Brignoles), où plusieurs cas de choléra se sont produits à diverses reprises, en juillet, août et septembre, à partir du 17 juillet. Le village est situé sur le bord de la rivière de Caramy, qui traverse Brignoles, dont elle est pour ainsi dire l'égout collecteur.

Vins n'a que des communications restreintes avec Brignoles; un chemin vicinal relie les deux localités. Cependant le choléra s'y est montré peu de jours après sa première apparition à Brignoles. Ce fait ne rappelle-t-il pas un des modes de propagation de la fièvre typhoïde?

C'est également en suivant un cours d'eau que l'épidémie cholérique semble s'être transportée du Val à Montfort-sur-l'Argens. Le premier décès qu'elle détermina dans ce dernier village eut lieu le 28 juillet. Le Val était contaminé depuis près de huit jours. Or le ruisseau qui traverse le Val, où on a lavé des linges souillés et versé des déjections, se jette à quelque distance de là dans l'Argens, à 1 kilomètre de Montfort, où les eaux de cette rivière sont employées à différents usages.

J'exposerai ultérieurement un certain nombre d'observations sur les symptômes, le traitement et la prophylaxie du choléra. Mais aujourd'hui je limiterai ma tâche à cet exposé où sont résumées les observations que j'ai recueillies en vue de servir à l'étude étiologique de l'épidémie. Je m'estimerai heureux si par leur publication j'ai pu rendre quelque service à la vérité.

QUELQUES MOTS
SUR LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES (1)

Par M. le docteur A. Vigot,
Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Caen.

IV

Obs. IV. — *Périostite alvéolo-dentaire, après ablation d'une dent, ayant déterminé un phlegmon du cou et une pleurésie purulente.* — L... (Joseph), quinze ans, mousse à bord d'un bateau marchand, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, dans le service de la clinique externe de M. le professeur Heurtaux, le 16 février 1883.

C'est un gros garçon qui paraît doué d'une superbe constitution. Un marin qui l'amène nous apprend qu'il s'est fait arracher une dent (la seconde grosse molaire droite de la mâchoire inférieure) il y a six jours. A la suite, il se serait exposé au froid, aux courants d'air. Depuis ce temps, il a toujours souffert de la bouche et le mal n'a été qu'en s'aggravant.

17 février. La langue est très gonflée et empêche la parole; les arcades dentaires ne peuvent se toucher. Le cou est tendu, rouge, luisant, les dépressions parotidienne et sous-maxillaire sont effacées. On sent un empâtement phlegmoneux au-dessous de la mâchoire. Les doigts y laissent leur empreinte.

La respiration est gênée, la déglutition assez facile et, à l'inspection de la gorge, on ne trouve qu'un peu d'injection sur les piliers du voile du palais.

La langue, nous l'avons dit, est volumineuse; sur sa surface existe un enduit épais, semblable à des fausses membranes diphtéritiques, et, n'était la netteté de la gorge, on penserait volontiers à de la diphtérie.

Le pouls est à 108, la température à 39°2.

18 février. La dyspnée n'a fait que s'accentuer; le cou a encore augmenté de volume; on ne sent pas encore de fluctuation, cependant M. Heurtaux fait deux incisions, une médiane au-dessous de la symphyse du menton et une latérale. Pouls à 120.

Le malade meurt à onze heures du matin.

Autopsie. — Les viscères abdominaux ne présentent rien de particulier à signaler.

A l'ouverture du thorax il s'écoule un flot de pus de la cavité pleurale droite : nous sommes en présence d'une pleurésie purulente. Sur le médiastin de légères traînées purulentes.

Du côté gauche, les poumons congestionnés sont comme agglutinés à la plèvre pariétale qui est injectée; c'est un premier pas vers la purulence.

Dans le péricarde, on retrouve aussi une forte injection de la séreuse.

Prolongeons l'incision jusqu'à la partie médiane de la bouche, faisons passer un trait de scie sur la partie médiane du maxillaire inférieur et renversons les deux parties de chaque côté. Nous trouvons une infiltration purulente dans toute l'atmosphère celluleuse qui enveloppe la glande sous-maxillaire.

Du côté droit nous trouvons l'os à nu à ce niveau; nous sommes au-dessous de l'alvéole qu'occupait la dent enlevée. En introduisant perpendiculairement une sonde cannelée par l'orifice du trou de l'alvéole, on voit que cette sonde traverse de part en part le maxillaire et tombe dans le foyer purulent. L'os est complètement dénudé de son périoste à ce niveau, ainsi qu'au voisinage de la glande sous-maxillaire gauche.

L'infiltration purulente descend, à droite, au cou, le long du pharynx, du larynx et de la trachée, en devenant de plus en plus profonde au devant de la colonne vertébrale, puis pénètre dans le médiastin postérieur jusqu'à sa partie moyenne où elle le perfore. Là, on reconnaît facilement une connexion intime de l'infiltration purulente avec la pleurésie purulente qui n'a été produite que par cette inflammation envahissante.

Rapprochons de cette observation le fait suivant, de West (1) : abcès du médiastin par propagation du pus après la trachéotomie. « La canule avait irrité le tissu du voisinage, détruit plusieurs anneaux de la trachée et occasionné un abcès qui s'était creusé un trajet entre la trachée et l'œsophage. »

Dans notre observation, le pus, à l'origine, était inclus entre le feuillet superficiel de l'aponévrose cervicale s'insérant au bord inférieur du maxillaire inférieur et le feuillet moyen s'insérant à la ligne mylo-hyoïdienne. Mais le pus n'a pas tardé à perforer ce dernier feuillet et il a fusé dans la « loge postérieure » de certains auteurs, entre l'aponévrose cervicale moyenne et l'aponévrose cervicale profonde, dans le troisième espace de Tillaux (cet auteur fait deux espaces avec le dédoublement du feuillet moyen).

L'aponévrose moyenne étant très résistante, l'infiltration purulente fait peu saillie à l'extérieur; elle comprime les organes contenus dans le troisième espace (trachée, œsophage, vaisseaux, nerfs), comme l'ont fait remarquer Allan Burus et Tillaux.

Tillaux admet la pathogénie suivante (2) : carie dentaire, ostéo-périostite alvéolo-dentaire, adénite consécutive.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 28 octobre 1884.

(1) West, *Maladies des enfants*, 2e édition, traduit par Archambault, p. 433.

(2) Tillaux, *Anatomie chirurgicale*, pp. 403-461

Mais est-il bien nécessaire d'invoquer l'adénite pour expliquer la marche de l'inflammation? Le pus formé dans la périostite se propage dans le tissu cellulaire qui environne la glande sous-maxillaire, entre dans la loge moyenne et descend le long du cou.

La fluctuation dans ces abcès ne devient manifeste que tardivement. Velpeau conseillait d'inciser de bonne heure. Malgré tout le soin qu'on apporte à la recherche du pus, on ne perçoit habituellement pas de fluctuation.

Voici un fait où Velpeau a pratiqué cette incision hâtive: Il s'agit d'un jeune enfant présentant, après trois ou quatre jours, une inflammation vive de tout le tissu cellulaire de la région sous-maxillaire gauche. On ne peut percevoir la fluctuation; cependant Velpeau conclut à l'existence d'un abcès profond. Une incision est pratiquée et donne une petite quantité de pus. L'enfant sort guéri quelque temps après (1).

Quant au diagnostic différentiel de ce phlegmon consécutif à une lésion du maxillaire et du « phlegmon large du cou » de Dupuytren, ce dernier ne s'accompagne pas de dyspnée, et ne gagne ni l'aisselle ni le médiastin.

THÉRAPEUTIQUE

De la valeur thérapeutique de l'albuminate de fer en tant qu'emménagogue.

Par M. le docteur Albert Blondel.

L'expérience clinique a démontré depuis plusieurs années la nécessité d'administrer l'albuminate de fer aux personnes atteintes d'affections utérines chroniques. A l'exemple de plusieurs de nos maîtres les plus autorisés des hôpitaux, nous l'employons nous-mêmes dans les cas d'aménorrhée ou de dysménorrhée et les bons résultats que nous en obtenons nous engagent à donner à cet agent martial une préférence exclusive toutes les fois qu'il y a irrégularité dans la période cataméniale.

Et pourtant, peut-on classer un ferrugineux dans les emménagogues proprement dits? Nous n'y insisterons pas.

L'agent thérapeutique dit emménagogue suppose une action locale, « doué d'une propriété élective et spéciale sur l'utérus, ayant pour objet de provoquer et de régulariser le flux menstruel ».

On peut presque dire qu'à proprement parler il n'en existe pas.

De plus, si nous consultons les travaux scientifiques les plus récents, nous voyons que l'albuminate de fer est le plus souvent en question lorsqu'il s'agit de donner du fer aux femmes dont le flux ménorrhéique est défectueux; mais bien entendu, si cet agent martial est préconisé à cause de ses bons et rapides effets, aucune action spéciale sur l'appareil ovarique ne saurait être mentionnée à son sujet.

On observe fréquemment chez de jeunes femmes, plus souvent encore chez des jeunes filles, des troubles de la menstruation caractérisés par des retards qui arrivent à se compter par des deux, trois, quatre mois et quelquefois davantage. Ces malades accusent une sensation de poids au niveau de l'épigastre, des digestions lentes, un cerveau paresseux, de la chaleur au visage, de l'insomnie la nuit et de fréquents besoins de se livrer au sommeil dans la journée, de l'oppression, des palpitations, un alourdissement général, quelquefois des étourdissements, des tintements d'oreilles, etc.

Tous ces symptômes surviennent lorsque des retards dans l'apparition régulière des règles commencent à s'accentuer. Ils résultent de poussées congestives du côté de l'estomac, du cerveau, parfois du côté du cœur et des poumons.

Nous savons, dans ce cas, appliquer la thérapeutique symptomatique (sédatifs, laxatifs), et combattre la défibrination du sang et la cachexie fatalement consécutive par les toniques, par le fer. Cette médication bien appliquée produit rapidement une modération dans la tendance congestive vers les organes d'en haut et une détente du côté de l'appareil utéro-ovarien.

Encore n'atteignons-nous que bien imparfaitement ce but, si nous donnons trop de fer à nos malades et surtout si nous sortons de deux ou trois préparations martiales bien indiquées.

Nous n'avons pas l'intention de passer en revue tous les matériaux dont est formé l'arsenal de la médication ferrugineuse. Il est acquis aujourd'hui que les sels solubles, à combinaison organique, sont de beaucoup les plus assimilables (1). Ici encore, ne devons-nous accorder qu'une importance limitée à nombre d'entre elles.

Disons-le tout de suite, nous ne sommes pas enthousiastes à l'égard du fer associé à quantité de substances plus ou moins compatibles, à de la viande, voire même à ses dérivés dont la proportion minime ne saurait avoir la prétention de transformer le fer en un reconstituant alimentaire.

Nous croyons que des effets si multiples réclamés d'un agent thérapeutique sont au moins illusoires et qu'à la sagacité du praticien seule incombe le soin de choisir parmi les toniques ou adjuvants qu'il veut administrer concurremment avec le fer. Au surplus, ne savons-nous pas tous aujourd'hui que le meilleur reconstituant est la viande digérée artificiellement, autrement dit la peptone et surtout la peptone *phosphatée* à laquelle viennent s'ajouter les propriétés stimulantes du phosphate de chaux, ainsi que l'ont démontré les expériences de M. Bayard.

En résumé, et pour en revenir à notre sujet, le fer ne saurait être classé parmi les emménagogues; mais nous estimons que, par l'administration d'un ferrugineux approprié, on obtient d'excellents résultats dans la plupart des affections utérines et comme régulateur de la menstruation. Surtout, si nous le faisons prendre à faible dose (2), en évitant d'ingérer dans l'estomac toute quantité inutile dont la présence seulement irritante et excitante ne saurait qu'amener la congestion de l'organe ou des organes primitivement malades à l'état aigu.

Dans ces cas surtout nous avons de préférence recours au fer albuminé.

L'*albuminate* tout élaboré est la combinaison ultime que subit le fer pour passer dans le sang, ce qui le rend précieux dans toutes les anémies symptomatiques.

Grâce à l'association de l'albuminate de fer au sirop d'écorces d'oranges (*Liqueur de Laprade*), nous avons une préparation agréable pour le malade, facilement assimilable (3), dont chaque cuillerée à bouche n'excède pas 5 centigrammes de métal (par cuillerée de véhicule) et qui devient en quelque sorte un fer gynécologique sur les bons effets duquel on est toujours en droit de compter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 octobre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance ne comprend que les deux pièces suivantes: 1° Un rapport de M. le docteur André (de Toulouse) sur l'épidémie cholérique qui a régné dans cette ville en août, septembre et octobre 1884; 2° une note de M. le docteur Bonjean (de Chambéry) intitulée: *Influence des eaux insalubres sur la propagation du choléra.*

— **M. Léon Le Fort**, à l'occasion de la correspondance, communique les résultats de recherches relatives à l'immunité de la ville de Versailles par rapport au choléra, espérant qu'elles pourraient fournir des renseignements utiles sur l'influence des eaux

(1) *Bulletin de thérapeutique*, n° 19, p. 319.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1877.
(2) Doit-on donner le fer à hautes doses? (*Union médicale*, 1880.)
(3) Étude expérimentale sur l'albuminate de fer. (Laprade, 1882.)

polluées. Voici les résultats de ces recherches : en 1849, 1854 et 1865, les habitants de Versailles recevaient leurs eaux d'étangs, de la Seine et de sources, mélangées en proportions variables. Leur immunité, pendant les épidémies de Paris, doit donc être cherchée ailleurs que dans le régime des eaux potables : peut-être est-elle due cependant à ce qu'ils n'usent point d'eau de puits, ce qui les mettrait à l'abri des infiltrations des fosses d'aisances.

RAPPORT

Eaux de Paris. — L'ordre du jour appelle à la tribune M. Brouardel pour la lecture du rapport de la commission désignée, dans la précédente séance, pour la question des eaux de Paris.

M. BROUARDEL, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouley et Rochard, fait connaître les conclusions qui se dégagent des faits exposés devant l'Académie sur les conditions actuelles dans lesquelles se trouvent les sources et la distribution des eaux d'alimentation de la ville de Paris.

L'impureté de quelques-unes de ces eaux est trop présente à votre mémoire pour qu'il soit nécessaire de l'exposer de nouveau. Votre commission aurait pu se contenter de demander la stricte application des ordonnances royales et des arrêtés du conseil de 1669 à 1783, interdisant de troubler les eaux de rivière, des lois du 22 décembre 1789 et 16 et 24 août 1791, qui ont encore force de loi en France. Mais ce rappel eût été insuffisant. Il faut reconnaître que ces lois et ordonnances n'ont trop souvent dans l'application qu'une valeur théorique, que les pouvoirs publics eux-mêmes en ont donné une interprétation pleine d'atténuation, qu'elles sont par suite violées ou exécutées dans des conditions telles que l'arbitraire y entre pour une large part. Voici, en effet, l'interprétation la plus récente qu'en ont donnée les pouvoirs publics :

Une décision ministérielle en date du 24 juillet 1875, visant l'avis du conseil général des Ponts et Chaussées, dit : « L'ordonnance du roi en date du 20 février 1773 et l'arrêt du conseil du 24 juin 1777 qui interdisent de jeter dans la Seine des liquides et des immondices ou déjections quelconques susceptibles de rendre les eaux insalubres et impropres aux usages domestiques doivent en principe recevoir leur application. La concession implicite faite en pratique par cette décision s'explique parce qu'elle confond dans une même proscription tous les modes de pollution, que ce soient les matières fécales, les immondices, les résidus des fabriques, etc. Or, comme il est impossible dans les pays industriels de supprimer, sans porter un grave préjudice à l'industrie nationale, l'envoi dans les cours d'eau des résidus de fabrique quels qu'ils soient, on a laissé une grande latitude à l'appréciation des autorités. Acceptable pour les déchets non dangereux, cette tolérance est inacceptable pour les matières éminemment dangereuses, notamment pour les matières fécales.

La commission supérieure pour l'aménagement et l'utilisation des eaux instituée en 1878 au ministère des travaux publics sous la présidence de M. de Freycinet a été un peu plus loin. M. Dumas avait vaguement indiqué cette distinction entre la contamination par les matières fécales et les autres sources de souillure ; il disait dans la commission : « La commission a remarqué que les eaux qui reçoivent des matières insalubres offrent deux espèces de dangers : le premier a fixé l'attention des médecins qui ont reconnu que beaucoup de maladies contagieuses sont transmises par les eaux ; le second danger résulte de l'exercice de certaines industries, etc. » Aussi la commission supérieure des eaux a-t-elle formulé son avis : « 1° Il est défendu de jeter dans les cours d'eau des matières encombrantes pouvant porter obstacle au libre écoulement des eaux ainsi que des immondices et déjections quelconques susceptibles par leur nature ou leur quantité de rendre les eaux insalubres ou impropres aux usages domestiques. » L'article 2 exige que les matières liquides ou solides provenant d'une usine soient dénaturées. Mais le danger résultant de la nature de ces pollutions n'est pas spécifié.

Dans le *Rivers pollution* de 1876, la loi anglaise indique également cette distinction entre les matières quelconques et les matières fécales. Il appartient à l'Académie de la formuler plus nettement et de dire que dans aucun cas l'eau qui peut servir à la boisson ne doit avoir subi le contact de matières fécales humaines, qu'il s'agisse de projection dans les rivières ou d'infiltration dans les puits.

En résumé, votre commission reconnaît qu'elle ne peut exiger, ainsi qu'elle le désirerait, l'application immédiate et absolue de la loi qui veut que les cours d'eau soient mis à l'abri de toute pollution, parce que cette exécution sans délai porterait un trouble redoutable dans l'industrie nationale ; mais elle juge qu'il est un élément de souillure dont il faut immédiatement débarrasser la Seine, c'est la projection des matières fécales en quantité quelconque, puisque cette cause de pollution est la plus dangereuse quelle qu'en soit la quantité.

L'Académie doit rappeler également à l'administration chargée de la distribution des eaux que lorsqu'un conduit d'eau a été parcouru par des eaux souillées, son débit reste suspect, même quand il a été de nouveau parcouru par de l'eau pure, que par conséquent les conduites destinées à servir l'eau potable aux habitants ne peuvent indifféremment débiter tantôt de l'eau de source, tantôt de l'eau souillée. En conséquence, votre commission vous propose de voter les conclusions suivantes :

1° L'eau qui sert à l'alimentation doit être exempte de toute souillure, quelle qu'en soit la provenance ;

2° La contamination de l'eau par les matières fécales humaines est particulièrement dangereuse ; toute projection de cette nature quelle qu'en soit la quantité dans les eaux de source, de rivière ou de fleuve doit être absolument et immédiatement interdite.

M. GAUTIER est parfaitement de l'avis de la commission. Mais il craint cependant qu'en votant les conclusions qui viennent d'être lues, on ne demande une chose absolument impossible. C'est demander en effet l'impossible que d'interdire le rejet de toute souillure dans la Seine. On devrait se borner à interdire le rejet de toutes les matières fécales, en quelque état qu'elles soient, même celles qui proviennent des usines où elles n'ont subi qu'une désinfection insuffisante, et qui renfermeraient encore des matières fermentescibles.

M. BROUARDEL. La commission n'a pu exiger, comme elle l'aurait désiré, l'application rigoureuse des lois sur les cours d'eau. Elle n'exige que ce qui est absolument nécessaire, qu'on mette à la disposition des habitants comme eau potable de l'eau pure. L'Académie ne peut voter autre chose.

M. LE FORT. Il est bien entendu que les conclusions de la commission impliquent la condamnation formelle du « tout à l'égout ».

M. BROUARDEL. — La commission n'avait pas à entrer dans la considération de cette question du « tout à l'égout », qui est d'un autre ordre, et qui n'a pas été soumise à l'Académie. Elle pourra peut-être avoir à la discuter un jour. Il est évident que les eaux de Seine dans lesquelles sont projetées les eaux d'égouts chargées de matières fécales devront être condamnées.

M. LE FORT. Mais la question du « tout à l'égout » est toute d'actualité, elle est malheureusement résolue dans certains quartiers de Paris où les propriétaires renvoient par des branchements la vidange de leurs fosses dans l'égout. On ne comprendrait pas par conséquent, qu'on condamnât la projection des résidus des dépotoirs et des usines où l'on manipule les matières fécales, quand on tolère qu'une partie des vidanges soit projetée à l'égout.

M. BROUARDEL. Il y a eu à cet égard quelques abus par suite de mesures administratives prématurées, qui ont laissé déverser dans les égouts des matières des fosses avant qu'on ne fût en mesure de les diriger sur des terrains d'épuration. Mais ce sont là des conditions exceptionnelles destinées à disparaître.

M. J. BÉCLARD. Toutes ces questions sont en ce moment en délibération dans le Conseil général de la Seine, auquel le préfet vient de communiquer un mémoire spécial sur ce sujet. Les conclusions que va voter l'Académie apporteront un appui utile à la délibération.

Les conclusions du rapport de M. Brouardel sont mises aux voix

et adoptées à la presque unanimité des membres présents, moins trois voix.

Adresse au président du Congrès international de Copenhague. — M. BALL, au nom de MM. Trélat, Verneuil et au sien, donne lecture du projet d'adresse suivante à M. le professeur Panum, président du Congrès médical international de Copenhague :

« Monsieur et très honoré collègue,

La destruction du château de Christiansborg a profondément affligé les médecins français, qui, à l'occasion du récent Congrès médical international, ont reçu à Copenhague, et dans le palais même qui vient d'être anéanti, un accueil dont ils garderont toujours le souvenir.

L'Académie de médecine, dont plusieurs membres ont pris part aux travaux et aux fêtes du Congrès, se fait l'interprète de notre corps médical, et à coup sûr de la France tout entière, en vous priant de transmettre à S. M. le roi de Danemark et au peuple danois l'expression de la sympathie la plus respectueuse et la plus vive et l'assurance de la part qu'on prend dans notre pays à la calamité qui a frappé le vôtre. »

Cette adresse, qui a été signée par tous les membres de l'Académie qui ont assisté au Congrès : MM. Trélat, Pasteur, Verneuil, Ball, Jaccoud, Cornil et Constantin Paul, est adoptée par acclamation.

LECTURE

Physiologie de la locomotion. — M. GIRAUD-TEULON lit un travail ayant pour titre : *Étude rétrospective de la théorie mécanique du vol de l'oiseau.* M. Giraud-Teulon, poursuivant, dans ce nouveau travail, la première partie de son étude physiologique sur la locomotion, celle qui est relative au mécanisme du saut, se propose, dans ce nouveau travail, d'étudier le mécanisme du vol. Il examine successivement dans autant de chapitres : 1° l'objet et la description du vol, les conditions que cet acte doit remplir ; 2° les considérations générales préliminaires relatives au rôle rempli dans le vol par l'appareil musculaire de l'oiseau ; 3° les mouvements de l'aile de l'oiseau pendant le vol, rappelant à cette occasion les recherches nouvelles de M. Marey sur ce sujet. Il examine ensuite les conséquences théoriques déduites par M. Marey des expériences précédentes : la théorie du vol.

Voici les conclusions par lesquelles il résume son travail.

Si nous voulons résumer cette étude, nous sommes obligés de conclure que le mécanisme du vol de l'oiseau ou des coups d'aile, tel que les conçoit M. le professeur Marey, est aussi impuissant à l'élever qu'à soutenir l'animal dans les airs.

Comme, d'autre part, l'oiseau reposant sur le sol ne peut se procurer l'espace nécessaire au jeu de ses ailes qu'après s'être élevé à quelque distance de terre, c'est-à-dire après avoir accompli un saut ordinaire, et que notre collègue n'a point fait connaître encore qu'il admet enfin, pour ce dernier acte, le mécanisme de la détente ou de l'à-coup, il s'ensuit que l'oiseau de M. Marey ne peut ni s'élever dans l'air, ni même quitter la terre.

M. Marey ayant négligé, comme nous venons de le reconnaître, de donner place, dans sa théorie, à nulle composante verticale propre à tenir en échec la pesanteur, le triomphe final et même immédiat de cette dernière est suffisamment assuré. Lancé dans l'air d'un lieu élevé, l'oiseau artificiel de M. Marey ne pourra ni s'y soutenir, ni à plus forte raison s'y élever; il obéira à la loi de la chute des graves, tempérée, il est vrai, par les propriétés de parachute des plans inclinés. Mais s'il est à terre, faute d'un saut préalable, il lui sera défendu de la quitter.

M. MAREY ne veut pas entrer immédiatement dans la discussion du travail de M. Giraud-Teulon. Lorsque deux observateurs, dit-il, en présence du même fait observé le voient chacun d'une manière différente, il n'y a pas d'autre moyen de résoudre le différend qu'en faisant appel à l'expérimentation. Il faut dans ce cas que les deux observateurs s'effacent pour laisser parler l'expérience. Ce ne sera donc qu'avec des expériences qu'il répondra à son collègue.

Contribution à l'étude étiologique du choléra. — M. GIBIER donne lecture d'un travail sur ce sujet. (Voir plus haut, page 1003.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le comité consultatif supérieur d'hygiène de France a présenté à la nomination du ministre du commerce un cinquième membre, M. le docteur Richard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour remplir les fonctions d'auditeur.

Dans cette même séance de lundi dernier, M. le docteur Proust a donné lecture d'un rapport concluant à l'abréviation des quarantaines dans les lazarets, dans les cas où, pendant la traversée, il aurait été pris à bord des navires des mesures d'assainissement. Les conclusions de ce rapport ont été adoptées.

— M. Costantin, docteur ès sciences naturelles, est nommé aide-naturaliste au Muséum, en remplacement de M. Cornu, appelé à d'autres fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Duval (d'Arles).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16937

N° 127. — SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 1er ET MARDI 4 NOVEMBRE 1884. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Hôpital de la Charité. Ascite secondaire. — Squirrhe atrophique à évolution rapide; sa propagation par le tissu cellulaire et par les vaisseaux lymphatiques; sa généralisation sous la forme encéphaloïde. — Société de Chirurgie. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Hardy.

Ascite secondaire.

Nous nous sommes attardés assez longtemps ce matin à examiner la femme couchée au lit n° 2 de la salle Sainte-Anne. Le cas est en effet intéressant et difficile, relativement à la nature exacte des accidents dont elle est atteinte.

Elle présente une ascite considérable, avec des caractères parfaitement tranchés. Le ventre est également intumescent dans tous les sens, dans tous ses diamètres; il est rond et quand la malade tousse ou même, tout simplement, quand elle respire, on constate une petite saillie au niveau de l'ombilic. Cette saillie est un élément important du diagnostic de l'ascite d'avec les tumeurs liquides enkystées : en effet, elle tient à l'élargissement de l'anneau ombilical et à la projection à travers cet anneau du liquide contenu dans le péritoine et constitue ainsi une sorte de hernie aqueuse. De plus, si l'on applique l'une des mains à plat sur l'un des côtés du ventre et que de l'autre côté on imprime avec les doigts un coup sec à la paroi abdominale, on éprouve la sensation de fluctuation, ou mieux, comme on l'appelle encore, la sensation de flot, sensation caractéristique d'une tumeur abdominale renfermant du liquide. Enfin, les parois, pour ainsi dire amincies, du ventre, laissent apercevoir, au moindre mouvement, que le liquide qu'il renferme chemine de tous côtés. La masse liquide, du reste, est libre dans la cavité péritonéale; car on la voit toujours, à chaque changement de position du tronc, gagner les parties déclives, ainsi que le démontrent à la percussion les déplacements de la matité et de la sonorité, celle-ci étant toujours située au-dessus de la première.

De ces faits très nettement constatés par l'examen attentif de la malade il résulte, sans aucun doute possible, que nous sommes bien en présence d'une ascite et non d'une tumeur enkystée. Mais lorsque nous prononçons ce mot d'ascite, nous sommes bien loin d'avoir tout dit, l'ascite étant dans la presque universalité des cas, secondaire ou symptomatique et très exceptionnellement une affection idiopathique.

Notre malade est une femme de trente-huit ans, qui jusque dans ces derniers temps a toujours été bien portante. Elle a eu deux enfants et a fait une fausse couche. Elle n'a pas d'antécédents morbides personnels, ni héréditaires. Elle n'a jamais eu d'ictère, jamais non plus de fièvre intermittente, elle n'est point alcoolique et n'a jamais contracté la syphilis. Enfin elle mène une vie très active et fatigante. Au commencement de janvier elle a commencé à souffrir du ventre, puis quelque jour plus tard elle aurait eu, du moins d'après son dire, une fluxion de poitrine, ses crachats étaient mêlés de sang. Après quinze jours de durée, elle était rétablie, se levait et recommençait à vaquer à ses affaires.

Cependant dans le courant du mois de février les douleurs abdominales ont reparu, et cinq ou six semaines plus tard le ventre augmentait rapidement et considérablement de volume ; en même temps elle recommençait à tousser, mais sans expectoration. Aujourd'hui la poitrine est très amaigrie, les clavicules sont saillantes, les extrémités inférieures sont œdématiées ; l'œdème, prononcé surtout aux pieds, remonte jusqu'aux reins. A l'auscultation de la poitrine on entend en avant des râles sibilants, râles gros et un peu rudes sous les clavicules; en arrière, ce sont aussi des râles sibilants et sous-crépitants; et dans la fosse sus-épineuse du côté droit on constate du souffle et des craquements. En somme, il y a des deux côtés de la poitrine de la bronchite, et au sommet du poumon droit un certain degré d'induration, peut-être même quelques petites cavités. D'où le diagnostic de bronchite et de tuberculisation suite probable des premiers accidents de janvier dernier.

Enfin l'état particulier du ventre, la dilatation des veines sous-cutanées, indiquent que la circulation porte n'est pas libre; de là cette circulation supplémentaire. Ajoutons qu'il y a de la fièvre, que la température oscille autour de 39 degrés et que le pouls est aux environs de 80.

Cet examen terminé, à quoi donc avons-nous affaire? Vous savez qu'une ascite aussi notable et aussi rapidement développée doit toujours faire penser tout d'abord à la cirrhose. Est-ce le cas ici? Le foie n'est pas volumineux, il n'est pas non plus très restreint, et la rate est normale, ce qui n'existe pas dans la cirrhose. De plus, dans cette affection, les urines sont colorées, rares, épaisses et troubles, tandis que chez notre malade elles sont seulement foncées et hémaphéiques. Donc pas de cirrhose, bien que notre malade ait une teinte subictérique de la peau.

En réfléchissant au début et à l'évolution des accidents, nous devons nous demander si l'ascite ne tiendrait pas plutôt à une péritonite tuberculeuse chronique, d'autant plus

que notre malade a eu des douleurs abdominales et des vomissements, en même temps que les phénomènes du côté de la poitrine semblent indiquer un commencement de tuberculose du sommet du poumon droit. Pourtant, dans le cas de péritonite tuberculeuse, l'ascite est généralement moins considérable, la fluctuation et la mobilité du liquide moins nettes, en raison des brides et des adhérences du péritoine; de plus encore, on n'observe pas non plus ordinairement dans cette affection une dilatation marquée du réseau veineux abdominal et thoracique.

En résumé, la mobilité du liquide de l'ascite et son abondance me portent à penser qu'il n'y a pas probablement chez cette femme de péritonite chronique, de telle sorte que je ne puis poser qu'avec un point d'interrogation le diagnostic d'ascite due à l'oblitération de la veine porte soit par une phlébite ou par quelque caillot, soit par la pression de quelque masse ganglionnaire, de l'épiploon peut-être tuberculeux.

En effet, par l'exclusion de toute affection des viscères abdominaux, par la rapidité de formation de l'ascite, par le fait de la dilatation des veines préabdominales et thoraciques, qui résulte d'une gêne de la circulation porte, nécessitant une circulation supplémentaire par les veines abdominales et mammaires, j'en arrive au diagnostic probable, mais réservé, d'ascite secondaire à laquelle il se mêle peut-être un peu de péritonite chronique tuberculeuse.

En tous cas, le pronostic est très grave surtout en raison de l'état du poumon droit, de la fièvre continue et de la persistance de l'ascite dont la masse liquide ne fait qu'augmenter. Comme traitement, nous n'avons malheureusement que des palliatifs à opposer à la maladie, c'est-à-dire les opiacés et le chloral, comme calmants, pour procurer un peu de sommeil, et la ponction afin de diminuer l'intumescence du ventre, le refoulement des organes et faciliter la respiration.

SQUIRRHE ATROPHIQUE A ÉVOLUTION RAPIDE (1)

SA PROPAGATION PAR LE TISSU CELLULAIRE ET PAR LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES; SA GÉNÉRALISATION SOUS LA FORME ENCÉPHALOÏDE.

Par M. le docteur Fr. Guermonprez (de Lille).

II

Le 1er août, M. Guermonprez reprend le service.

Il prescrit une potion à la codéine et des perles d'éther sulfurique.

Un nouveau soulagement est obtenu pour quelques jours. On ajoute ensuite l'eau de laurier-cerise jusqu'à 30 grammes par jour et, plus tard encore, on remplace l'éther sulfurique par l'éther acétique dont l'action semble plus efficace. Un vésicatoire volant sur la partie supérieure du sternum a aussi donné sa petite part d'amélioration temporaire.

Malgré tous ces moyens, la dyspnée devient plus pénible. Les lèvres se cyanosent, les paupières indiquent un certain assoupissement. Entre deux accès consécutifs, l'oppression ne diminue guère. Un peu d'œdème se manifeste aux malléoles, surtout du côté gauche. C'est dans cet état, sans autre incident intercalaire, et surtout sans aucune douleur localisée, que la malade finit par succomber, le 16 août.

Autopsie. — L'émaciation du corps ne répond pas du tout à la période cachectique; on trouve partout la surcharge graisseuse féminine. Il n'y a pas d'œdème.

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 octobre 1884.

A l'ouverture du corps on ne trouve que dans un seul point une continuité absolue entre le néoplasme primitif et les foyers profonds. Au niveau du cartilage de la quatrième côte gauche, un pont du volume du doigt s'étend sans interruption depuis le squirrhe et l'os envahi avec son cartilage, jusqu'à la partie inférieure gauche de la masse ganglionnaire trachéo-bronchique. La section de ce pont ne crie pas sous le scalpel; elle n'est ni bleue ni grise, ni d'un aspect translucide : elle n'a donc rien des caractères du squirrhe véritable. Son aspect est uniformément opaque. La couleur est d'un blanc très légèrement jaunâtre (de la teinte dite crème); sa consistance, déjà moins dure que la *ligneuse*, n'a rien de comparable à la mollesse de l'encéphale ou du *véritable type encéphaloïde :* on ne peut guère la rapprocher que de celle du fromage de Gruyère.

La *plèvre gauche* contient 1,000 à 1,500 grammes de liquide d'hydrothorax. Sur le feuillet pariétal, des plaques cancéreuses d'une étendue variable jusqu'à la dimension de la main, les unes plus épaisses (1 millimètre et demi), les autres minimes (un demi-millimètre). Sur les parois costale et diaphragmatique, le pourtour de chaque plaque blanchâtre est pourvu de fines arborisations vasculaires. Dans les sillons interlobaires se rencontrent une trentaine d'adhérences de nature fibro-celluleuse très résistantes, dont quelques-unes contiennent des noyaux cancéreux. La plèvre viscérale ne contient aucun noyau cancéreux. Elle est pourvue de fines arborisations, surtout volumineuses et condensées au niveau des plus superficiels parmi les foyers secondaires du poumon. Sur cette surface quelque peu uniforme, un élément dont la couleur blanchâtre tranche sur un fond ardoise, s'impose à l'attention de l'observateur. C'est un *vaisseau lymphatique* absolument superficiel, c'est-à-dire sous-pleural : son calibre est uniforme, d'un millimètre environ, sa longueur atteint 40 millimètres; son trajet, deux fois sinueux, lui donne l'allure d'un S iliaque.

Le *poumon gauche* est le siège de la principale manifestation de la diathèse. Les noyaux sont nombreux : l'un d'eux atteint le volume d'un gros œuf de poule. Ils sont nettement circonscrits, sans vascularisation, d'une couleur et d'une consistance encéphaloïdes, parfois même bosselés à leur surface.

Le *poumon droit* participe moins à la généralisation qui semble confinée vers le sommet. Toute sa partie inférieure est encombrée par l'hypostase.

La *plèvre droite* est entièrement adhérente, tant dans sa partie costale que dans sa partie diaphragmatique.

Le *cœur*, un peu mou, est dilaté et renferme un sang noir et poisseux.

Le *péricarde* présente une série de petits noyaux disséminés et une plaque longue de 4 centimètres, large de 2, épaisse de 3 millimètres, avec le même aspect que celles dont on a vu la description à propos de la plèvre gauche.

La série des *ganglions lymphatiques* est tout entière envahie par la dégénérescence cancéreuse. On retrouve les caractères de l'encéphaloïde autour de la racine des bronches dans le groupe principal des ganglions trachéo-bronchiques, dans la partie inférieure du chapelet sous-sterno-mastoïdien; de même dans les ganglions axillaires et sus-claviculaires du côté gauche. Une coloration noire est cependant manifeste dans quelques ganglions les plus élevés de la chaîne sous-sterno-mastoïdienne droite.

Le *nerf pneumogastrique droit* est indemne.

Le *nerf pneumogastrique gauche* est englobé et surtout comprimé par un groupe de ganglions bronchiques au niveau de son passage devant la bronche du même côté. Il y est adhérent par tout son pourtour et très difficile à disséquer. Un peu plus haut on trouve une petite tache hémorragique allongée entre les fibres élémentaires de ce cordon nerveux; il n'y a rien d'analogue dans les parties voisines.

La face postérieure de la *trachée-artère* est parsemée de granulations du volume d'un grain de millet, qui forment en ce point une forme étrange de généralisation néoplasique. Le calibre de la trachée n'est pas diminué. Il en est de même du calibre des deux bronches.

Le *corps thyroïde* atteint dans ses trois lobes le volume d'une orange. Il est hypertrophié, mais nullement dégénéré.

Le *rein* et la *rate* n'ont rien d'anomal.

Dans le *foie* on trouve, surtout vers la face connexe, une dizaine de noyaux en tout semblables à ceux du poumon, mais moins volumineux.

Ce fait est une nouvelle preuve de la possibilité de transformation d'un squirrhe atrophique ligneux bien caractérisé en une autre forme de carcinome et même en véritable encéphaloïde.

Velpeau avait déjà remarqué combien le squirrhe n'est pas toujours identique à lui-même : à côté du type *atrophique*, il décrivait le type *lardacé*. L'importance qu'il attribuait à cette distinction se traduisait par cette remarque que le second évolue plus rapidement que le premier.

M. A. Després généralise cette différence. Pour lui, il y a des squirrhes qui marchent plus vite; ce sont ceux où l'élément embryoplastique est plus abondant (1).

On sait aujourd'hui que les cellules embryonnaires sont caractéristiques du sarcome, tandis que le suc cancéreux et les alvéoles des divers carcinomes renferment des cellules dont la forme et la dimension varient à l'infini.

Le fait que nous avons observé paraît avoir passé par des phases successives de nature à montrer la transition depuis le squirrhe ligneux atrophique jusqu'à l'encéphaloïde.

Il est très probable que toute la première période s'est écoulée à l'insu de la malade. Et il n'est pas invraisemblable que le traumatisme, signalé deux ans avant sa fin, ait provoqué une inflammation ou bien ait déterminé une modification dans la consistance et surtout dans le mode d'évolution du néoplasme.

Quoi qu'il en soit, la propagation directe du sein au médiastin s'est faite, non pas sous la forme d'un tissu squirrheux atrophique, mais bien avec la consistance lardacée que l'on peut très justement comparer à celle du fromage de Gruyère, comme l'ont fait les rédacteurs de l'observation.

Une consistance moins ferme caractérisait les noyaux de propagation indirecte et les ganglions lymphatiques; il est à remarquer que tous n'avaient pas une consistance identique. Aucun d'eux ne pouvait être qualifié colloïde; mais aucun n'était véritablement ligneux ni même lardacé.

Le carcinome peut donc, en se propageant, perdre ses caractères primitifs et passer d'un type spécifique à un autre.

Les voies de propagation du carcinome sont singulièrement manifestes dans quelques détails de l'autopsie.

Nous n'examinerons pas s'il y a une sorte d'infection spéciale (épithéliale) des cellules du tissu conjonctif, si une migration des jeunes cellules carcinomateuses se fait par les lacunes du tissu cellulaire, et encore si les cellules néoplasiques pénètrent dans les lymphatiques pour arriver aux ganglions dont l'infection est si rapide.

Le fait que nous retenons a sa portée; mais il ne suffit pas pour résoudre la question.

Il montre le tissu cellulaire sous-cutané envahi par des noyaux secondaires, les ganglions lymphatiques intéressés en très grand nombre et même un vaisseau lymphatique rempli et comme injecté par les éléments carcinomateux.

(1) Dr Armand Després, *Traité du diagnostic des maladies chirurgicales; diagnostic des tumeurs*. — Paris, 1868, p. 147.

Si les faits de ce genre s'accumulaient, la question des voies de propagation pour le carcinome cesserait d'être controversée.

La terminaison de la maladie n'a pas permis d'atteindre la période ultime de la cachexie; elle a été déterminée par la lésion du nerf pneumogastrique.

Les conditions de la fonction respiratoire étaient déjà mauvaises, non pas du fait des ganglions trachéo-bronchiques ni du calibre de la trachée, mais seulement à cause des noyaux secondaires des deux poumons, à cause de la congestion hypostatique, à cause de la symphyse pulmonaire à droite et de l'hydrothorax à gauche. Dans des conditions aussi fâcheuses, la lésion d'un pneumogastrique acquiert rapidement une grande importance.

Son névrilème épais lui a bien permis de résister à l'envahissement de son tissu par les éléments néoplasiques; mais sa compression, son adhérence aux ganglions circonvoisins, la tache hémorragique trouvée entre ses fibres, suffisent pour rendre compte des symptômes dyspnéiques et de l'accès terminal.

Le squirrhe atrophique peut donc évoluer avec rapidité et se généraliser sous la forme encéphaloïde;

Sa propagation peut se faire non seulement par les ganglions, mais encore par les vaisseaux lymphatiques;

La fin peut survenir prématurément par des accidents nerveux, non de propagation, mais seulement de voisinage.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Bidactylie. — M. BERGER fait un rapport sur une communication de M. Guermonprez (de Lille), relative à un cas de bidactylie ou main en pince de homard. Il s'agit d'un jeune homme, instituteur, dont la main droite seule présente cette difformité; on n'y voit que le pouce et l'auriculaire; les doigts intermédiaires manquent. Le pouce n'a qu'une seule phalange, plus grande qu'une phalange ordinaire; il porte un ongle. Le cinquième doigt n'a que deux phalanges au lieu de trois, mais aussi plus grandes qu'elles ne le sont habituellement. Ces deux doigts sont fort mobiles; cependant leur rapprochement est gêné par un métacarpien intermédiaire. Les mouvements de ces doigts sont pourtant nombreux et compliqués; ce jeune homme peut écrire, se déboutonner, etc.

Quelques semaines après avoir présenté ce premier fait, M. Guermonprez adressait à la Société de chirurgie la relation d'une autre déformation; il s'agissait d'un cas de pied en fourche. Les deux pieds étaient fourchus. Il s'agissait de deux métatarsiens séparés par un sillon très profond. Le sujet pouvait marcher et même exécuter des mouvements de préhension avec ses pieds.

M. Berger rapproche de ces deux cas plusieurs autres faits analogues, en particulier ceux de Morel-Lavallée, de Giraldès, de Houel, de Cruveilhier, d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, etc. Il rappelle également la thèse d'agrégation de M. Fort sur ce sujet, ayant pour point de départ un fait de M. Guéniot.

M. le rapporteur fait suivre cet exposé de considérations générales sur l'histoire de ces difformités. Il rappelle quelques cas de ce genre qu'on a cru pouvoir rattacher à certaines impressions morales éprouvées par les mères de ces sujets, à une période peu avancée de leur grossesse. Par exemple, dans le premier fait communiqué par M. Guermonprez, il a été relevé une circonstance de ce genre chez la mère du jeune homme.

M. GUÉNIOT reconnaît l'influence des impressions morales dans le cours de la grossesse ; il admet qu'il est mauvais pour les femmes grosses d'avoir des frayeurs qui peuvent d'abord avoir pour conséquence une secousse physique ayant elle-même pour effet de déterminer un trouble circulatoire, une hémorragie cérébrale chez le fœtus ; de là l'origine de certains vices de conformation. Mais il est absolument inadmissible que la vue d'un lapin ou d'un singe, par exemple, puisse faire accoucher la femme d'un enfant ressemblant à un lapin ou à un singe. En résumé, toutes les impressions physiques ou morales peuvent avoir un certain retentissement sur l'œuf, surtout au début de la grossesse. Mais un retentissement se produisant dans le sens d'une terreur éprouvée par la mère à un moment quelconque de la grossesse, cela n'est pas admissible.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que dans le fait de M. Guermonprez, la mère a accusé une frayeur au troisième mois de sa grossesse. Or, à cette époque, il n'y a plus d'influence possible. La difformité, dans ce cas, existait donc déjà au moment où a eu lieu la frayeur.

M. TRÉLAT appuie les observations de MM. Guéniot et Lucas-Championnière. Il rappelle un cas de brièveté de l'humérus avec absence du radius et malformation des doigts. Il a observé plusieurs faits semblables ; ces faits sont plus communs qu'on ne le croit. M. Lannelongue en possède une collection.

M. POZZI fait observer que c'est M. Huguier qui le premier a signalé la coexistence de la brièveté de l'humérus avec l'absence du radius et la malformation des doigts.

Anévrysme, ligature. — M. CRAS (de Brest) donne lecture d'un mémoire sur ce sujet.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXVII

V. — MON INSTALLATION TEMPORAIRE A SAINT-SEVER (1806-1808).

Dès ma rentrée à Saint-Sever, je m'empressai d'organiser ma pratique médicale sous les auspices et d'après les conseils de mon père qui exerçait la médecine depuis plus de trente ans. Je consignais journellement, à son exemple, dans des cahiers particuliers l'histoire abrégée de mes malades, je continuais la statistique des observations météorologiques tenues par mon père et je donnais aux sciences naturelles, surtout à la botanique et à l'entomologie, les loisirs que me laissait la pratique de la médecine. En septembre 1807, je reçus la visite de mon illustre ami de Candolle, je fis avec lui plusieurs excursions botaniques : il vit pour la première fois le *chêne-cyprès* (quercus fastigiata) : il en cueillit de nombreux échantillons, et, plus tard, je lui en expédiai des glands à Genève. Dans ma notice sur ce célèbre botaniste, j'ai mentionné la surprise que lui causa une production gastronomique du pays, l'ortolan ; il croyait que c'était un mythe, et je constatai avec plaisir qu'il en savourait à table l'existence matérielle. Dans cette même année, un compagnon de mes excursions circumparisiennes, l'ami Régley, de Paris, vint aussi me voir: il se rendait comme minéralogiste aux *bituminières* de Gaujac et Bastennes sur les indications du directeur de la manufacture de porcelaine de Sèvres, Alexandre Brongniart ; il devait ensuite parcourir les Pyrénées qu'il n'avait jamais vues. Je n'ai pas oublié son étonnement à l'aspect de la chaîne de ces monts, il ne pouvait pas croire à la réalité du spectacle si nouveau pour lui de cette immense barrière rocheuse qui ferme l'horizon au Midi et sépare la France de l'Espagne.

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 octobre 1884.

VI. — MA CAMPAGNE MÉDICO-MILITAIRE A LA GUERRE D'ESPAGNE 1808-1814.

Au commencement de 1808, mon ami, le docteur Bardol, médecin principal du corps d'observation des côtes de l'Océan, qui entrait en Espagne sous les ordres du maréchal Moncey, m'offrit de me faire obtenir l'emploi de médecin ordinaire au quartier général de ce corps d'armée.

J'étais loin de soupçonner alors que, sous le prétexte d'une expédition contre la citadelle anglaise de Gibraltar, nous allions allumer dans la péninsule une guerre aussi injuste que désastreuse. Mon âge, mon inclination particulière pour les voyages, le désir de parcourir un pays que sa position géographique rend un des plus intéressants de l'Europe, et dont l'histoire naturelle devait piquer vivement ma curiosité, l'espoir d'acquérir de nouvelles connaissances, enfin l'adhésion de ma famille à mon projet, me décidèrent à accepter l'offre de mon confrère militaire.

Mon intention fut d'abord de ne m'absenter que pour un an, mais une série de circonstances imprévues et inhérentes à la guerre, la tendance alors générale des esprits vers l'état militaire, l'habitude que je contractai d'observer et d'écrire malgré le bruit et l'instabilité des armes, l'amitié de quelques personnes haut placées qui favorisaient mes recherches, les succès constants de l'armée dans laquelle je servais, et, je l'avoue, une sorte d'indépendance jointe à des appointements bien suffisants pour vivre dans l'aisance, m'enchaînèrent de plus en plus dans cette carrière tumultueuse que j'ai suivie pendant près de sept ans.

Dans la prévision que ma collection d'insectes, fruit de constantes recherches pendant plusieurs années, serait inévitablement condamnée à se détériorer et à se perdre durant une absence dont il était difficile de calculer la durée, je résolus de proposer à mon correspondant Jockisch, de Nuremberg, l'échange de cette collection contre des livres d'entomologie ; le naturaliste allemand accepta mon offre, c'est alors que ma bibliothèque s'enrichit du bel ouvrage, *les Fascicules de Panzer*, et des principaux livres descriptifs de Fabricius, de Duffschmith, etc.

Je pris aussi la résolution d'écrire chaque jour les observations de toutes sortes, qui me paraîtraient intéressantes durant le cours de mes voyages, et j'adoptai à cet effet un plan que j'ai constamment suivi. Ces observations devant être de nature différente, je consignai dans des cahiers séparés celles qui concernaient en particulier l'histoire naturelle et la médecine. On trouvera dans ma bibliothèque un livre manuscrit relié assez compact (480 pages) et rédigé avec soin, c'est le journal de cette sexennale pérégrination : j'y ai consciencieusement inscrit et les circonstances qui me sont personnelles et les événements de l'année où je servais et la topographie des contrées parcourues : ce livre-journal a mérité la mention officieuse que j'inscris ici. Le général en chef de l'armée d'Aragon, Suchet, duc d'Albuféra, m'a demandé en communication ce manuscrit et l'a conservé pendant plusieurs mois pour la rédaction du rapport général de la campagne de son corps d'armée. Ce livre-journal est pour ainsi dire la deuxième édition de petits cahiers isolés ou réunis, dans lesquels je consignais jour par jour les faits historiques et les impressions premières, dans l'ordre de leur succession, des observations médicales, des descriptions d'hôpitaux, des missions officielles de service, etc. Tous ces matériaux ne sauraient être reproduits intégralement dans mon mémorial actuel. Mais dans ma licence sénile qui m'invite à retracer les souvenirs d'antan, je me complais à y insérer de nombreux extraits de mon itinéraire.

Ces écrits, avec quelques paquets de plantes et des boîtes d'insectes, sont les seuls trophées de mes conquêtes espagnoles durant cette mémorable campagne ; ils n'ont coûté à qui que ce soit ni un reproche, ni une plainte, ni une larme. Comme le travailleur de la Bible, je les ai acquis à la sueur de mon front ; ni la rudesse du sol, ni l'inclémence du ciel, ni les dangers de tous les instants dans un pays où l'assassinat d'un Français était une œuvre patriotique, ni les sacrifices pécuniaires, rien n'a pu ébranler ma passion pour la science et ma fermeté dans l'accomplissement simultané de mes devoirs professionnels. Jeune, fortement

trempé pour résister et à la fatigue des marches et à la chaleur du climat, j'étais d'une activité qui ne se démentit jamais et qui me préserva toujours du chancre de l'oisiveté et du dévorant ennui.

J'ai su braver, dans l'intérêt de mes convictions de science, les quolibets et le dédaigneux *Cui bono* de nos braves guerriers, mes amis. Mon poste au quartier général de l'armée me mettait en relations plus ou moins intimes avec les notabilités de nos hommes d'épée. Dans mes entretiens ou mes discussions avec Bugeaud, d'Esclaibes, Raffron, Valée, Suchet, Rogniat, Haxo, Henri, Harispe, Robert, Saint-Cyr, Nugues, etc., tous officiers d'un mérite éminent, je défendais pied à pied ma thèse de médecin et de naturaliste; je l'opposais avec quelque avantage à leur gymnastique militaire, à cette science belliqueuse consistant à tuer plus ou moins méthodiquement son semblable inconnu, à renverser par d'habiles manœuvres les murailles, les remparts, pour les reconstruire aussitôt après, à creuser d'infernales mines pour faire sauter des maisons et leurs innocents habitants, à porter le fer et le feu, le sac et le viol, et le meurtre dans les villes et villages, à se conduire parfois comme des bêtes féroces dans les places prises d'assaut, à tout détruire pour la rage de détruire, à devenir en définitive les instruments vulnérants, les catapultes vivantes de la politique ou de l'ambition d'un homme.

Le 22 mars 1808, je dis adieu à ma famille et je pars à cheval pour toutes les Espagnes. Ma monture était une semi-rossinante de cent écus. A peine eus-je franchi la frontière au pont de la Bidassoa, qu'entraîné par le beau temps, par mon âge, par ma passion pour les recherches d'histoire naturelle, et par le mode de voyager à journées d'étape, je fis à pied les deux tiers de la route d'Irun à Madrid. Quel changement brusque et étonnant se fait remarquer à l'observateur expatrié! A partir d'Irun, la première ville espagnole, il n'y a rien, absolument rien, ni au physique ni au moral, qui ait le caractère français. Me voici dans la province basque la plus rude du Guipuscoa. Le premier objet qui frappe mes yeux en écorchant mes oreilles, ce sont les charrettes biscaïennes où l'art du charron est dans l'enfance. Ces charrettes sont extrêmement basses; les roues sont des disques plats et minces qui ont à peine deux pieds et demi de diamètre; leur contour est muni d'une virole de fer, point de moyeu, elles sont fixées à un axe transversal en bois qui passe sous la caisse de la charrette, et qui exécute les mouvements de rotation avec autant de lenteur que de difficulté. Les frottements produisent un bruit aigu, perçant, déchirant, comparable au son des clairons en désaccord, surtout lorsque plusieurs charrettes cheminent ensemble.

L'art de l'agriculteur est au niveau du charronnage. L'instrument du labourage n'est point une charrue, c'est tout simplement une fourche de fer appelée *laia*, dont le laboureur arme chacune de ses mains. Cette fourche est longue d'un pied et demi, tout à fait droite; les deux branches qui la forment laissent entre elles un espace de quatre à cinq pouces. Ces deux branches se réunissent en haut et l'une d'elles est fléchie à angle droit au-dessous de la poignée. Cette courbure horizontale est destinée à recevoir le pied dont l'effort enfonce la fourche.

Voici comment se fait le labourage : ordinairement, trois ou quatre hommes sont rangés sur la même ligne; ils sont armés chacun de deux fourches, ils les enfoncent tous en même temps et perpendiculairement dans le sol; puis chacun d'eux lève une jambe, pose le pied sur la courbure horizontale, pousse la fourche; ensuite ils se courbent pour enfoncer dans le sens horizontal l'autre fourche (sur laquelle ils n'ont pas mis le pied) sous la motte de terre qui est détachée; enfin tous, d'un commun accord, font faire un demi-tour à la motte, de manière que la surface herbeuse, au lieu de se trouver horizontalement, est dans un sens perpendiculaire et se recouvre de la terre des autres mottes qui la précèdent. Quatre hommes qui travaillent ainsi renversent en dix ou douze secondes une motte de terre qui a de quatre à cinq pieds de longueur sur neuf à dix pouces environ d'épaisseur. Dans la rue principale d'Irun, je remarquai les grillages ou jalousies dont les croisées et les balcons sont pourvus, et derrière lesquelles se tiennent les Espagnoles pour voir sans être vues, et, dit-on aussi, pour tamiser leurs soupirs amoureux.

Je remarque aussi le changement de costume pour les hommes et pour les femmes. La coiffure des jeunes filles du peuple est originale; leurs cheveux sont tout à fait redressés autour de la tête, comme dans la coiffure grecque, et se réunissent au sinciput d'où ils retombent en une longue tresse noire, onctueuse, qui se prolonge jusqu'au bas du dos; toute la face est ainsi à découvert.

Les hommes sont tous vêtus de noir ou de brun, enveloppés jusqu'à la bouche par un manteau de même couleur; leur tête est coiffée d'une espèce de casquette noire ou brune, se relevant sur le devant : on dirait une colonie de ramoneurs expatriés et nostalgiques. Ce sont d'assez beaux hommes s'ils avaient meilleure tenue.

On commence aussi à voir nombre de prêtres dont le chapeau est à vastes rebords retroussés, et des femmes sortant de l'église enveloppées de la *mantille* nationale. Je visitai l'église, dont l'autel me parut un monceau d'or. Laissant sur la droite Fontarabie et Hendaye, nous passons à Oyarzun et Astigarraga et nous arrivons de nuit à Ernani, notre premier gîte d'étape, où je couche dans un grand sac de toile dont je me suis muni pour me mettre à l'abri des puces et des punaises, qui infestent les habitations espagnoles.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

308. M. Monnet. De la koba (Sterculia acuminata). (Étude physiologique et thérapeutique.) — 309. M. Latouphis. Les gommes syphilitiques du larynx. — 310. M. Barbulée. De la conduite à tenir dans le cancer du col de l'utérus pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. — 311. M. Legoy. Recherches sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du Piscidia erythrina. — 312. M. Maestrati. Étude critique sur le traitement du tétanos par l'hydrate de chloral. — 313. M. Chevalier. Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices. Application de ce procédé à d'autres variétés d'ulcères chroniques. — 314. M. Mercié. De l'enchondrome des os. — 315. M. Grillière. Contribution à l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté. — 316. M. Prévost. De l'aliénation comme complication immédiate ou tardive de la fièvre typhoïde. — 317. M. Fournel. L'hôpital Beaujon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra.— Voici, d'après le *Journal officiel*, le tableau hebdomadaire résumé des décès cholériques survenus en France et en Algérie du 18 au 24 octobre 1884 inclusivement.

A. France. — Nombre de communes atteintes :

Du 11 au 17 octobre		16	Diminution 7
Du 18 au 24 octobre	déjà atteintes. . . . . 6 ; nouvellement atteintes. 3	9	

Nombre de décès signalés :

Du 11 au 17 octobre	31	Diminution 12
Du 18 au 24 octobre	19	

B. Algérie. — Nombre de décès signalés :

Du 11 au 17 octobre	52	Diminution 7
Du 18 au 24 octobre	45	

Les communes atteintes appartiennent aux départements suivants : Bouches-du-Rhône, Gard, Pyrénées-Orientales, Seine, Seine-Inférieure, Var et Oran.

D'autre part, d'une note du comité consultatif d'hygiène de

France, il résulte que le choléra est en voie de déclin et semble devoir s'éteindre sur place.

Par contre, l'épidémie a éclaté à Nantes. Le premier cas foudroyant remonte au vendredi 24 octobre. Depuis ce jour jusqu'au 30, minuit, le nombre de cas de choléra asiatique s'élevait à 21, pour la plupart suivis de mort. Dans la journée du 31, 4 nouveaux cholériques seraient entrés à l'hôpital, tous quatre gravement atteints.

Italie. — Ici le fléau est en décroissance des plus marquées. Le dernier bulletin officiel, portant la date du 31 octobre, enregistre seulement, pour toute l'Italie, 19 cas et 14 décès.

— Par décret en date du 30 octobre 1884, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Chédan, médecin de 1re classe de la marine, et Bayard, médecin-major de 2e classe

— Par décret en date du 29 octobre 1884, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : M. de Jeauffreau-Blazac, médecin démissionnaire de l'armée active.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. les docteurs Dusaussay, Delisle, Huchard, Magne, Jaumes, Audic, Merklen, Olivier, Ledermann, Gabriel, Chambrelent et Henry.

— Le concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, ouvert le lundi 20 octobre 1884, s'est terminé vendredi soir par la nomination de M. le docteur Féré.

Les candidats inscrits, au nombre de quatre, étaient : MM. Féré, Saury, Respaut et Vallon.

L'épreuve écrite a eu pour sujet : Le nerf pneumogastrique (anatomie et physiologie).

— La première épreuve, — épreuve écrite, — du concours pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux de Paris commence aujourd'hui 3 novembre 1884, à quatre heures du soir. Le jury se compose de MM. Tillaux, Lucas-Championnière, Tarnier, Léon Lallié, Perrier, Vidal et Ollivier. Les candidats, au nombre de sept, sont : MM. Hache, Walther, Chuput, Guinard, Métaxas, Ménard et Pousson.

— Le concours pour les prix à décerner aux internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est ouvert aujourd'hui, 3 septembre 1884, à midi. Le jury se compose de MM. Fournier, Cruveilhier, Jules Simon, Troisier, Peyrot, Reclus et Maygrier.

— M. le docteur Tscherning est chargé des fonctions de directeur adjoint du laboratoire de recherches consacré à la physiologie des organes de la vision à l'École pratique des Hautes-Etudes, en remplacement de M. le docteur Dubois.

— *Prix Mallez.* — Les délais pour la réception des mémoires envoyés au concours de 1884, expirent le 31 décembre prochain. Le programme est ainsi formulé :

« Démontrer sommairement les contradictions qui existent entre l'hospitalisation actuelle et l'hygiène.

Étudier les moyens pratiques de transporter par des trains spéciaux, dits trains de santé, tous les malades transportables, c'est-à-dire les 19/20e à 60 ou 80 lieues des grandes villes, et de les y installer dans des baraques en planches.

Arguments et chiffres pour la comparaison avec l'état de choses présent. »

Le prix consiste en une médaille d'or de la valeur de 500 francs.

Adresser les mémoires au siège de la Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon.

— *Hôpitaux de Lyon.* — A la suite des concours des 29 et 30 octobre 1884, ont été nommés externes :

1° MM. Curtillet, Dolard, Michon, Paillart, Merley, Fabre, Durand, Lacroix, Sigaud, Didier, Laurençon, Alamartine, Perré, Jacquemard, Brosset, Bonnefoit, Ferré, Chabalier, Champion, Fayard.

2° Dumollard, Laurent, Boffard, Duchesneau, Cuche, Mathieu, Louis, Waton, Vacher, David, Chalus, Menu, Jaussaud, Mugniery, Gourju, Millière, Dormand et Serullaz.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Lacour (Pierre) est nommé aide de clinique médicale en remplacement de M. Mathieu, démissionnaire.

— *École de médecine de Caen.* — M. Leroy de Langevinière, ancien directeur, est nommé directeur honoraire de ladite École.

M. Mahuit, professeur de clinique interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne, en remplacement de M. le professeur Auvray, transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Lemaistre (Prosper), professeur d'anatomie, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique interne, en remplacement de M. Mazard, nommé professeur honoraire.

M. Lemaistre (Justin), suppléant d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur d'anatomie en remplacement de M. Lemaistre (Prosper).

— *École de médecine de Reims.* — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie s'ouvrira le 1er juin 1885. — Un concours pour un emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle s'ouvrira le 15 juin 1885. — Un concours pour un emploi de chef des travaux chimiques et physiques s'ouvrira le 1er juillet 1885.

— *Faculté des sciences de Besançon.* — M. Barbier, professeur de chimie, est transféré, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1884, dans la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Lyon, en remplacement de M. Loir, nommé professeur honoraire.

— M. le docteur Julien Simyan, médecin adjoint à l'École normale d'enseignement secondaire spécial de Cluny, est nommé médecin de ladite École, en remplacement de M. le docteur Alfred Simyan, décédé.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Faucon, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté libre de médecine de Lille.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Charpentier, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire d'accouchement, le mardi 4 novembre 1884, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les jeudi, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. le professeur Brouardel commencera ses conférences de médecine légale pratique, le mercredi 5 novembre 1884, à deux heures, à la Morgue, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.

Les conférences du lundi seront faites par M. le docteur Vibert, et celles du vendredi par M. le docteur Descoust. Elles auront également lieu à deux heures de l'après-midi, à la Morgue.

M. le docteur Rémy (Auguste), professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de physiologie, le mercredi 5 novembre 1884, à cinq heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. le docteur Gariel, agrégé, suppléant M. le professeur Gavarret, commencera le cours de physique médicale, le mercredi 5 novembre 1884, à midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure. Le programme du cours comportera : Quelques applications des notions élémentaires de mécanique ; l'acoustique, la chaleur et l'optique.

— M. le docteur Descroizilles commencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 7 novembre, à neuf heures, à l'amphithéâtre de l'hôpital des Enfants-Malades, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examen des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. — Conférence de thérapeutique à la consultation, le mardi.

— M. le docteur Jules Falret, médecin de la Salpêtrière, commencera un cours public sur les maladies mentales, le dimanche 9 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Le jeudi, à neuf heures du matin, examen clinique des malades.

— M. le docteur Doléris, chef de clinique d'accouchements, commencera son cours d'accouchements théorique et pratique, le lundi 10 novembre 1884. Ce cours est complet en deux mois. On s'inscrit, 39, rue d'Assas.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité complet d'ophtalmologie, par les docteurs L. de Wecker et E. Landolt. *Anatomie microscopique*, par les professeurs A. Ivanoff, G. Schwalbe et W. Waldeyer. Tome IIe, IIe fascicule, *Maladies du tractus uvéal, du corps vitré, de la sclérotique, glaucome*, par L. de Wecker. 1 vol. in-8° avec 101 figures dans le texte. Gratis pour les souscripteurs. — Prix du tome II complet : 17 francs.

Le troisième et dernier fascicule paraîtra fin novembre. — Prix de l'ouvrage complet, 3 forts vol. in-8° : 51 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des affections vénériennes traitées par les eaux sulfureuses de Luchon, par les docteurs Lambron et Doit. 1 vol. in-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, par le docteur Bérillon, précédé d'une lettre-préface du docteur Dumontpallier. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Essai pratique sur la méthode ocytocique, accouchement rapide, par le docteur Hamon de Fresnay. 1 vol. in-8°. — Prix : 4 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Des fractures chez les syphilitiques, par le docteur Gellé. — In-8°. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Précis d'accouchements à l'usage des étudiants et des sages-femmes, par le professeur Jallet. 1 vol. in-18. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Action hypnotique et sédative de la paraldéhyde dans les différentes formes d'aliénation mentale, par le docteur Nercam. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Théorie nerveuse de la goutte, par Dyce Duckworth, agrégé du collège royal de médecine de Londres. Ouvrage traduit de l'anglais et annoté par le docteur A. Sordes, précédé d'une préface de M. le professeur B. Ball. In-8° de 75 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

Traitement du choléra, leçons faites par le professeur Fabre, recueillies par le docteur Audibert. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Histoire de la protection de l'enfance à Rome depuis la fondation de la ville jusqu'à la chute de la République, par le docteur Moutier. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du choléra, traitement nouveau, guérison, par le docteur Jousseaume. 1 vol. in-18. — Prix : 1 franc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16956

N° 128. — JEUDI 6 NOVEMBRE 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 6 NOVEMBRE 1884. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Necker. Cancer du rectum, colotomie lombaire. — Hôpital des Enfants-Malades. De la cyanose. — Intoxication cantharidienne par le vésicatoire. — Académie de Médecine. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans la dernière séance, M. J. Guérin réitérait l'appel qu'il avait déjà fait précédemment à ceux de ses collègues qui seraient à même de renseigner l'Académie sur la petite épidémie de choléra qui s'est montrée, il y a quelques semaines, dans les communes d'Aubervilliers et de Saint-Ouen. M. Dujardin-Beaumetz, qui, dès ce premier appel, avait pris l'engagement d'y répondre, retenu encore à ce moment par un scrupule respectable, qui n'a plus sa raison d'être aujourd'hui que toute trace d'épidémie a disparu, est monté hier à la tribune, pour tenir son engagement.

La relation très précise, très nette et très curieuse de cette petite épidémie locale, a eu ce résultat singulier de l'amener à ne rien conclure, les conclusions qu'il aurait pu en tirer à quelque point de vue que ce soit, au point de vue de l'importation et de l'origine asiatique de cette épidémie, comme à celui de la théorie du choléra nostras et de sa naissance sur place, sous l'influence d'une constitution médicale spéciale ou de causes locales déterminées, étant également négatives. Ainsi s'est-il trouvé justifié, par ce qu'il venait de voir, de l'attitude neutre dans laquelle il s'est maintenu, depuis le début de cette discussion, vis-à-vis de ces deux théories antagonistes. Rien, en effet, ne l'autorisait à admettre une importation dont aucune preuve, aucun témoignage n'ont pu être saisis.

Eût-il été mieux fondé à attribuer un rôle étiologique aux conditions d'insalubrité manifestement déplorables des quartiers foyers de cette épidémie? Mais ces conditions n'étaient pas autres au mois de septembre qu'elles sont toute l'année et depuis un grand nombre d'années. D'où est donc venue l'impulsion épidémique? Où le premier cas a-t-il été contracté? Pourquoi la contagion, qui s'est manifestée à proximité, de première main, de seconde main tout au plus, s'est-elle brusquement et complètement arrêtée? Autant de ces surprises et de ces obscurités que nous ménage trop souvent l'histoire de ces petites épidémies locales, pour ne pas parler des grandes épidémies elles-mêmes.

Qu'on se rappelle, en effet, les faits si étranges et si contradictoires avec tout ce que l'on croyait savoir sur les conditions de la contagion et de la propagation du choléra, que rappelait récemment à l'Académie M. Leroy de Méricourt. On serait réservé à moins. Cette réserve de M. Dujardin-Beaumetz se conçoit donc. Cependant elle n'a pas été tout à fait du goût de M. Jules Guérin, qui aurait voulu trouver un peu plus de hardiesse chez son collègue, n'eût-il dû tirer des faits qu'il a observés que des conclusions négatives là où, en effet, elles infirment certaines idées reçues. M. Jules Guérin eût désiré aussi que M. Beaumetz pressât de plus près les faits pour s'assurer si, par exemple, dans le cas étrange d'un côté de voie contaminé tandis que l'autre restait indemne, cette immunité de ce dernier n'était pas uniquement apparente; pour rechercher si dans ces conditions si notoires d'insalubrité d'Aubervilliers et de Saint-Ouen, il ne s'en trouvait pas quelques-unes qui pussent plus particulièrement fournir des éléments à la détermination étiologique de la maladie.

A propos de ce fait, en apparence étrange, de l'immunité d'un côté de rue, tandis que l'autre est contaminé, je me permettrai de rappeler que ce fait de l'invasion brusque de l'épidémie s'abattant comme un orage, tantôt sur une maison, sur un quartier entier, sur un côté de rue, sur une salle d'hôpital, à l'exclusion des autres, sur un rang seulement d'une même salle, a frappé maintes fois mon attention pendant l'épidémie de Marseille en 1835, sans qu'il m'ait été plus aisé alors de m'en rendre compte qu'à présent. Que d'obscurités encore, que de choses nous ignorons sur le choléra!

HOPITAL NECKER. — M. Trélat.

Cancer du rectum, colotomie lombaire.

Nous avons à opérer aujourd'hui le malade du n° 33. Son histoire est très simple. C'est un homme de quarante-neuf ans, qui s'est toujours très bien porté; il n'a aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Il y a dix-huit mois, il a été pris tout à coup, sans cause appréciable, d'une diarrhée subite. Celle-ci a persisté pendant quelque temps, s'accompagnant de ténesme anal. Puis est survenue une période de constipation, laquelle a alterné de temps à autre avec de la diarrhée. En même temps les selles devenaient douloureuses, difficiles, suivies de la perte d'un peu de sang, de quelques caillots. Peu à peu le malade s'est amaigri, il a perdu ses forces, si bien que depuis six mois il ne peut plus travailler. C'est alors qu'il est entré

dans le service de M. Péan, qui bientôt me l'a adressé comme m'étant occupé d'une façon un peu spéciale de ce genre d'affections.

Aujourd'hui cet homme est encore bien constitué, il est amaigri, mais pas encore d'une façon considérable; il est, par contre, très pâli de la figure et du corps. Il n'est pas émacié, il mange encore sans répugnance ni dyspepsie. Du côté du tube intestinal nous trouvons des constipations persistantes pendant dix ou douze jours, se terminant par des coliques, des efforts pour aller à la selle, et des garde-robes formées de boules dures, petites et effilées.

L'examen du ventre ne présente rien de particulier; dans la fosse iliaque gauche on sent seulement sous la pression de petites tumeurs mobiles qui ne sont autre chose que des matières fécales; elles disparaissent en effet dès qu'un purgatif a déterminé une selle abondante. Les ganglions de l'aine sont sains; ganglions cruraux, inguinaux ou de la fosse iliaque, aucun d'eux n'est pris. L'anus et son pourtour sont également sains. Le toucher rectal, fait avec soin, permet de constater que la partie inférieure du rectum est indemne et libre, mais que l'extrémité du doigt, poussée profondément, vient buter contre un anneau dur, irrégulier, douloureux au toucher, et qui va en se rétrécissant de plus en plus, de bas en haut, sans que le doigt parvienne à le franchir. Cet anneau présente des saillies mamelonnées arrondies, des bosselures dures. Un palper abdominal profond, combiné avec un toucher rectal bien fait, n'est pas parvenu à sentir le néoplasme à travers les parois du ventre. Ceci nous indique la médiocre hauteur, dans l'intestin, à laquelle siège ledit néoplasme, sans qu'il nous soit possible cependant de l'évaluer exactement.

En somme, il s'agit d'un épithélioma rectal ulcéré, situé à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ouverture anale. Le diagnostic est des plus faciles, des plus évidents.

Notre malade est entré il y a aujourd'hui vingt-sept jours. Pourquoi jusqu'à présent ne sommes-nous pas intervenus? pourquoi ne lui avons-nous fait subir aucune opération? Cet homme a un cancer rectal dont la limite supérieure n'est pas accessible; par conséquent, l'ablation totale de la tumeur n'est pas possible, et l'on en est réduit à une opération palliative, soit à la rectotomie linéaire, soit à la création d'un anus artificiel.

La première est une opération facile, qui soulage bien les malades. Encore faut-il qu'elle soit possible et indiquée. Or elle n'est pas indiquée puisque le malade va encore à la selle; elle n'est pas possible d'autre part parce que, en raison du volume de la tumeur, elle n'est pas du domaine de l'exérèse, et que de plus elle est trop élevée pour être accessible. Reste donc l'anus artificiel. Pourquoi ai-je donc tardé à le pratiquer? — A cause de la non-oblitération de l'intestin, de l'état relativement médiocre encore du rétrécissement, et d'une défécation suffisante encore jusqu'à présent. En principe, les cancers du rectum situés haut et qui ne déterminent pas de phénomènes trop graves doivent être respectés.

Tels sont les motifs pour lesquels j'ai différé d'intervenir jusqu'à présent. Mais aujourd'hui je me suis décidé à une opération parce que, depuis son entrée à l'hôpital, cet homme a continué à maigrir un peu et que, pour la création d'un anus artificiel, il ne faut pas attendre d'en être arrivé à un dépérissement manifeste, sous peine de voir l'opération épuiser encore les forces des malades; de plus les douleurs en allant à la selle augmentent, et le rétrécissement du rectum s'accroît manifestement, enfin les selles sont de plus en plus difficiles, le malade reste dix ou douze jours sans aller à la garde-robe et demande lui-même à être opéré.

Le procédé opératoire auquel j'aurai recours, je l'ai décrit dans le *Bulletin de la Société de chirurgie,* séance du 14 décembre 1881; je l'ai emprunté à mes confrères d'Angleterre en le rendant seulement un peu plus précis. Préalablement à l'opération, il est nécessaire que les malades n'aient pas été à la selle pendant plusieurs jours. C'est ainsi que sur les quatre opérations de colotomie lombaire que j'ai pratiquées je compte un seul insuccès, lequel est dû à ce que l'intestin était vide.

Le malade étant convenablement placé de façon à faire bomber le flanc gauche, on mène un fil de l'épine iliaque supérieure à l'espace situé dans l'angle de jonction des muscles longs du dos avec la douzième côte. On divise par une seconde ligne en deux parties égales l'espace de la crête iliaque comprise entre l'épine iliaque postérieure et supérieure et l'épine iliaque antérieure et supérieure, et l'on trace un point à 2 centimètres en arrière de la partie médiane de cette crête, et l'on élève une ligne parallèle aux muscles qui va couper la première ligne. Le point d'intersection correspond à l'incision qui doit suivre la direction de la ligne étendue de l'épine iliaque antérieure et supérieure aux insertions musculaires des muscles longs du dos.

Cette incision, longue de 5 à 6 centimètres, doit couper successivement les diverses couches musculaires, celluleuses, aponévrotiques, etc., jusqu'à l'intestin. On ouvre ensuite et l'on suture avec précaution de façon à fixer l'intestin à l'extérieur, on divise avec le bistouri, et la muqueuse vient s'appliquer contre les téguments; on a grand soin enfin que les matières contenues dans l'intestin ne puissent pas tomber dans la cavité de la plaie. Enfin on fait le pansement antiseptique.

Je vais donc pratiquer, dans un instant, la colotomie lombaire, parce que j'ai la certitude, en employant ce procédé, d'atteindre un point déterminé de l'intestin et de faire une opération sans gravité pour la vie, si elle est bien faite.

Des quatre cas où je l'ai déjà pratiquée, cette opération m'a donné, chez un malade, moribond au moment où j'intervenais, huit mois de survie, chez un autre vingt-cinq mois, chez un troisième près d'une année encore; un seul m'a donné un insuccès, c'est celui dont l'intestin avait été évacué à mon insu peu d'instants avant l'opération. En somme, vous le voyez, ce sont là de bons résultats. Aussi ai-je vivement préconisé la colotomie lombaire dans des cas analogues.

Il n'en est pas de même de mon collègue et ami M. Verneuil, qui lui préfère la colotomie inguinale parce qu'il déclare que l'opération est facile et qu'il est toujours certain d'arriver à saisir l'S iliaque, enfin parce qu'elle réunit les trois conditions : efficacité, bénignité et facilité. C'est très vrai; mais quel en a été le résultat final? Ah! si l'on me disait : il est bon, il m'a donné des survies de tant de mois ou d'années, je n'aurais plus aucune hésitation à m'y rattacher; mais jusque-là je conserve la colotomie lombaire, qui a pour elle un grand nombre de chirurgiens français et étrangers.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Rendu.

De la cyanose.

Il y a trois semaines, on nous a amené un petit enfant de quatre ans et demi, atteint d'une affection aiguë passagère et d'une éruption. Cet enfant est si peu développé pour son âge qu'on lui donnerait à peine deux ans et demi. Cependant il a bien l'intelligence d'un enfant de quatre ans et demi.

A son entrée, il présentait une éruption datant de deux mois et une affection thoracique dont le début remontait à huit jours environ.

L'éruption était polymorphe, c'est-à-dire qu'elle était caractérisée d'une part par des plaques érythémateuses, et de l'autre par des pustules, les unes larges, ulcérées et croûteuses, les autres ayant plutôt l'apparence de vésico-bulles. Quelques-unes présentaient une certaine induration à leur base.

Au premier abord on aurait pu prendre cette éruption pour quelque ecthyma scrofuleux, comme chez les enfants cachectiques, scrofuleux, mal nourris. A cela cependant il y avait une objection, c'est que le siège habituel de ces ecthymas est la face, la tête ou la poitrine. Ici, au contraire, la figure était indemne, et les parties malades étaient les jambes, les malléoles où l'on apercevait de très larges croûtes, les fesses et le ventre.

Cependant je pensais tout d'abord, je le répète, à une éruption scrofuleuse, lorsqu'un examen plus attentif me montra bientôt qu'il s'agissait d'une affection parasitaire acarienne, caractérisée surtout par des vésicules récentes de gale.

La gale, chez les jeunes enfants, a des allures différentes de celles qu'elle présente chez les adultes. Chez ces derniers, en effet, on la rencontre dans les espaces interdigitaux, et elle donne rarement lieu à la formation de grosses pustules. Chez l'enfant, au contraire, la peau, plus fine, s'enflamme plus facilement; de là une intensité plus grande dans les manifestations parasitaires, et la gale détermine, au lieu de petites pustules, de larges vésicules.

Mais, chez notre petit malade, l'éruption ne ressemblait pas encore à celle de la gale ordinaire. En effet, à la base des pustules, on constatait non pas la coloration ordinaire rouge de jambon, mais une teinte lie de vin, violacée.

Quant à la seconde affection, il s'agissait d'une petite bronchite, pure et simple, due à un refroidissement et qui a très bien guéri en quelques jours.

Mais ce n'est ni sur l'une ni sur l'autre de ces affections que je désire appeler surtout votre attention, mais sur un tout autre fait des plus intéressants, que nous avons observé chez cet enfant.

En effet, lorsque nous l'examinons avec une certaine attention, nous découvrons une malformation antérieure à la maladie qui nous l'a amené ici, malformation qui est même restée méconnue des parents; je veux parler de la cyanose.

En effet, en dehors de ce fait que sa peau est très pigmentée, nous constatons une teinte violacée des téguments, prononcée surtout aux extrémités supérieures et inférieures, notamment au niveau des dernières phalanges des pieds et des mains, comme dans le cas d'onglée, prononcée aussi à la face, c'est-à-dire sur les joues, au nez et aux oreilles. Les muqueuses revêtent aussi une coloration violacée qui donne à cet enfant un air étrange; ainsi ont une teinte jus de mûres la muqueuse palpébrale, la muqueuse de la bouche, de la face interne des joues, la langue, le pourtour de l'anus.

Cette coloration des tissus, due à la stase veineuse, n'est pas également intense à toutes les époques de l'année; elle est moins prononcée dans les saisons chaudes que dans les temps froids; dans certaines conditions, elle s'accentue aussi plus ou moins; ainsi, lorsque l'enfant pleure, sa figure devient bleuâtre, tandis que s'il rit elle conserve sa teinte normale.

Avec cela la santé générale est bonne, nous ne trouvons aucun trouble fonctionnel; l'enfant n'est pas somnolent, contrairement à ce que l'on observe d'habitude, mais il est gai et vif. Il ne présente ni lenteur ni engourdissement cérébral; les organes des sens ne sont pas troublés dans leurs fonctions. La vision, l'ouïe, l'olfaction, etc., restent normales. En somme, son activité physique est très bonne, si ce n'est que l'enfant s'essouffle facilement, qu'il ne peut pas courir longtemps. Cependant le cœur est sain. Les reins fonctionnent aussi très régulièrement, et les urines sont normales.

En apparence donc tout l'organisme fonctionne convenablement, normalement, et pourtant nous sommes là en présence d'une affection assez sérieuse, car la cyanose est due soit à une malformation cardiaque, soit à des troubles pulmonaires dont la conséquence est une oxygénation insuffisante.

En réalité, il existe, chez cet enfant, quelques modifications générales : la croissance s'est faite lentement, et, bien que les os et la dentition se soient développés régulièrement, cependant on constate à première vue un développement très inégal entre le tronc et les extrémités. Celles-ci se sont formées et accrues normalement, régulièrement, tandis que le tronc, au contraire, est plus exigu, comme tassé sur lui-même. De plus, le thorax est anomalement développé, il est mal conformé, quelque peu analogue à celui d'un rachitique, bien que cet enfant ne le soit pas.

En effet, nous ne découvrons aucune malformation crânienne; la tête est ronde et bien faite; les membres, ainsi que je l'ai déjà dit tout à l'heure, sont normalement développés. Et pourtant la poitrine est étranglée à la partie moyenne, revêtant pour ainsi dire la forme de sablier, c'est-à-dire globulée en haut et en bas. Le sternum, très convexe à sa partie antérieure, semble rentrer brusquement sur lui-même; mais il n'est point en carène comme dans le rachitisme. Cet aspect globuleux est en rapport d'ailleurs avec la cyanose dont notre petit malade est atteint, et a été fréquemment constaté dans cette affection.

Les membres sont grêles par suite d'une sorte d'émaciation des muscles. Les doigts mal conformés sont un peu comme dans la tuberculose, avec cette différence cependant qu'ils sont à la fois spatulés et bombés d'arrière en avant, ce qui indique encore que la circulation périphérique se fait mal, qu'il y a stase veineuse. Enfin la peau elle-même fonctionne mal, elle est sèche.

Quant au cœur, son étude n'est pas facile à cause de la conformation du thorax. Sa pointe ne se sent pas, la percussion est difficile; néanmoins j'ai pu constater que la matité précordiale n'était pas très étendue, qu'il n'y avait pas d'hypertrophie manifeste, pas d'impulsion cardiaque notable. Il est incontestable cependant que le cœur est mal formé, que l'on entend à la base un souffle manifeste au premier temps avec timbre en jet de vapeur, souffle non rugueux, mais doux et intense. D'où la présomption qu'il

existe chez l'enfant soit une lésion aortique, soit une lésion de l'artère pulmonaire. Nous ne saurions préciser. Ce que le stéthoscope nous indique, c'est que le souffle commence au niveau du bord gauche du sternum, près de la seconde côte, et de là gagne la quatrième côte gauche, ayant ainsi une étendue de 4 centimètres environ. Il nous indique aussi une tendance à se propager beaucoup plus tôt vers la clavicule gauche que vers la droite, c'est-à-dire vers l'artère pulmonaire beaucoup plus que vers l'aorte. En résumé, il existe très probablement un rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire peu considérable, du moins d'après l'absence de troubles fonctionnels sérieux, et probablement aussi congénital. Peut-être existe-t-il en outre quelque inocclusion du trou de Botal.

Quant à la coloration cyanique des tissus, deux opinions sont en présence pour l'expliquer : 1° le mélange du sang artériel et du sang veineux; 2° la stase du sang dans la petite circulation, une hématose qui se fait mal. La cyanose peut exister sans comme avec malformation cardiaque. Il peut aussi exister une communication entre le cœur droit et le cœur gauche sans cyanose, ce qui prouverait que le mélange des deux sangs n'est pas toujours une cause de cyanose.

Or, ici, quand je réfléchis que la respiration est normale, qu'il n'existe pas de troubles organiques, j'ai quelque tendance à croire que les phénomènes sont dus à un rétrécissement de l'artère pulmonaire, lequel joue un rôle considérable, et surtout à l'inocclusion du trou de Botal. D'où je crois que chacune des deux théories émises sur la cyanose a du vrai.

Ceci dit, examinons la question du pronostic. Actuellement celui-ci est peu grave, car les poumons sont intacts, il n'y a pas d'hypertrophie du cœur, et les artères paraissent en bon état. Mais, dans l'avenir, il s'agit d'une affection sérieuse, puisque le rétrécissement de l'artère pulmonaire est incurable, et qu'il entraîne une médiocre nutrition du poumon, et parce que, de plus, l'appareil thoracique est mal développé, enfin parce que, dans ces conditions, les poumons sont plus facilement aptes aux affections pulmonaires et surtout à la phtisie.

Quant au traitement, que faire? D'abord une bonne hygiène pour faciliter la nutrition générale. Faire respirer largement les poumons; vivre à la campagne, dans les montagnes, ou au bord de la mer, et passer l'hiver dans le Midi. Faire frictionner la peau au moyen de lotions alcooliques presque pures sur le dos, la poitrine. D'autre part, pas d'exercices exagérés, pas d'efforts, pas de gymnastique. Enfin calmer le cœur et éviter café, thé, alcool, vin de Champagne, etc., qui surmèneraient l'organe cardiaque.

INTOXICATION CANTHARIDIENNE PAR LE VÉSICATOIRE

Par M. le docteur LAUTRÉ (de Calmont).

Le 15 septembre dernier, atteint d'une pleurésie du côté droit, j'applique, d'après les conseils d'un de mes confrères, deux larges vésicatoires, l'un sur la partie antéro-latérale, l'autre sur la partie postérieure du thorax. Six heures après l'application de ces deux grands vésicatoires, je ressens dans tout le côté droit de la poitrine une douleur très vive qui se généralise bientôt, envahissant toute la poitrine, la tête et l'abdomen. La peau devient chaude et se recouvre d'une sueur abondante, froide, visqueuse; la douleur de la tête est atroce; l'œil hagard a une expression sauvage; de véritables torrents de sueur inondent toute la tête. Puis surviennent de légers mouvements convulsifs et je ne puis résister au besoin de chanter, de crier; c'est le délire qui s'annonce. La douleur s'accentue à l'épigastre et dans les hypocondres, et les vomissements surviennent d'abord glaireux, ensuite sanguinolents; alors se manifeste une extrême ardeur dans la région vésicale; mais la douleur est localisée à la vessie, il n'y a ni érections, ni envies fréquentes d'uriner.

La période aiguë a duré environ neuf heures, puis les symptômes se sont amendés; à l'anxiété, à l'agitation, à l'injection de la face, aux secousses convulsives, ont succédé le ralentissement du pouls et la prostration.

Pendant une semaine environ j'ai été très abattu et j'ai eu à lutter contre un embarras gastrique fébrile qui n'avait pas été, je crois, provoqué, mais accru, par l'empoisonnement cantharidien.

Cette observation me paraît présenter un véritable intérêt : en effet, l'empoisonnement par l'application des cantharides à l'extérieur est très rare. Tardieu ne cite qu'un cas observé par Taylor, celui d'un jeune garçon de seize ans à qui, pour le guérir de la gale, on frotta tout le corps avec une pommade épispastique et qui succomba après avoir offert tous les symptômes de l'empoisonnement aigu par les cantharides. Il est fréquent, après l'application d'un vésicatoire, d'observer la cystite cantharidienne; mais les accidents généraux et très graves que je signale n'avaient jamais fait leur apparition qu'à la suite d'un empoisonnement par le tube digestif.

En outre, dans ce cas tout particulier d'une véritable intoxication par l'application des cantharides à l'extérieur, il y a à considérer la symptomatologie. Parmi les poisons névrosthéniques, la cantharide se distingue en ce que la surexcitation porte principalement et presque exclusivement sur une partie limitée du système nerveux et non sur l'innervation générale, et tous les auteurs ont tracé le tableau des troubles génito-urinaires qu'on observe dans l'empoisonnement par les cantharides. Mais, dans le cas signalé plus haut, les phénomènes d'excitation générale du système nerveux ont prédominé et se sont presque exclusivement montrés; les phénomènes du satyriasis et du délire priapique ont fait défaut; mais, en revanche, le moindre bruit, la lumière, un son de voix, suffisaient pour provoquer des mouvements convulsifs.

Une seule observation ne peut permettre de tirer des conclusions solides; mais celle-ci a présenté des phénomènes particuliers qui m'ont paru mériter d'être signalés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

La correspondance officielle comprend des envois relatifs aux eaux minérales.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une note de M. Czerniçki, médecin-major de deuxième classe, sur l'assainissement du quartier du Palais à Avignon, au moyen de l'acide sulfurique. (Comm. des épidémies.)

2° Un travail de M. le docteur Grellet, de Monat (Puy-de-Dôme), sur la perforation intestinale. (Comm. : MM. Richet, Trélat et Polaillon.)

3° Des communications sur le choléra, de MM. Pigeon (de la Nièvre); Lacombe, (de Saint-Privat-lès-Aubenas); Esseric, de Pernes (Vaucluse); de Levert, de Saint-Jean-au-Bois (Corrèze), et de M. le docteur Macridy-Bey (de Constantinople), sur l'épidémie cholérique qui a sévi à l'hôpital militaire de Malipé en 1871.

— **M. DUJARDIN-BEAUMETZ** place et fait manœuvrer sous les

yeux de l'Académie plusieurs spécimens des lampes électriques portatives de M. Trouvé, en énumérant les avantages qu'elles peuvent présenter, surtout au point de vue de l'hygiène, comme lampes de sûreté contre les explosions de gaz, etc.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Rufz de Lavison, membre associé de l'Académie. Il a en outre la douleur d'apprendre à l'Académie que son vice-président M. Fauvel vient d'être frappé d'une pneumonie double, qui met sa vie en grand danger.

LECTURE

Sur quelques cas de choléra qui se sont produits dans le département de la Seine et en particulier dans les communes d'Aubervilliers et de Saint-Ouen. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, avant d'entrer dans le détail des observations, donne quelques indications sur les mesures prises par le Conseil d'hygiène dès l'apparition du choléra en France, et sur la situation sanitaire de Paris à cet égard. (Ces mesures ont été publiées dans la *Gazette des hôpitaux.*)

On a pu réunir, depuis le 26 juin jusqu'à ce jour, à Paris, 40 cas de choléra, chiffre inférieur à celui que l'on a observé annuellement à Paris dans la même saison. Tous ont été des cas isolés, et aucun n'a été le point de départ d'un contage. Mais il s'est produit plus récemment des faits plus intéressants et plus graves.

C'est dans les premiers jours de septembre qu'on voit les cas de choléra et de cholérine se montrer avec une fréquence très grande dans la commune d'Aubervilliers, et depuis le 19 septembre, c'est-à-dire un peu plus d'un mois, on a pu compter 15 décès dus au choléra ; mais ce qui caractérisait surtout cette petite épidémie, c'est que, tandis que dans les autres faits on n'avait pu trouver aucun caractère envahissant, ici au contraire des faits de contage se sont produits.

La plupart des faits observés n'ont paru avoir entre eux aucun lien, sauf cependant trois foyers très nets d'épidémie, et c'est sur ces foyers que M. Dujardin-Beaumetz s'est proposé d'entretenir l'Académie.

Le fait le plus important et sur lequel il insiste le plus particulièrement, est celui qui s'est passé impasse Caron, dans une maison dont le rez-de-chaussée était occupé par une famille de chiffonniers, la famille Lenne, composée de quatre personnes, la mère, un fils de vingt-cinq ans, un autre de dix-sept, et un troisième de dix-neuf ans.

Dans la nuit du 28 au 29 septembre, le plus jeune des fils Lenne est pris de symptômes cholériques très caractérisés et succombe le lundi 29 septembre en moins de douze heures. Par une faiblesse coupable du commissaire de police qui était alors chargé du service, la désinfection ne fut pas faite.

Le 2 octobre, l'autre frère, âgé de dix-sept ans, qui couchait dans le même lit, fut pris de symptômes semblables, et le lendemain il succombait. M. Dujardin-Beaumetz se rendit sur les lieux avec le secrétaire général de la préfecture de police et fit exécuter d'urgence des mesures de désinfection. La chambre où les deux frères étaient décédés fut fermée ; on fit brûler du soufre, et des lavages désinfectants furent faits autour de la maison et dans la maison elle-même.

On ne fit pas évacuer complètement l'appartement, et à cet égard on eut tort ; car le lundi 6 septembre, trois jours après le décès du deuxième fils et huit jours après le décès du premier, la femme Lenne fut prise de symptômes cholériques et mourut le lendemain, non pas dans le logement, mais dans la chambre d'une voisine, demeurant au premier dans la même maison.

Cette fois M. Dujardin-Beaumetz se rendit avec M. le préfet de police lui-même à Aubervilliers, et les mesures les plus énergiques furent prises ; on ferma le logement de la famille Lenne et celui où avait succombé la malade ; on brûla même toute la literie, on fournit des vêtements neufs au fils survivant et on le tint en surveillance.

Depuis ce moment, aucun fait nouveau ne s'est produit dans cette impasse, ni dans la maison infectée, qui est habitée par de nombreux locataires ; et après s'être montrée avec un éclat si vif, cette atteinte de choléra s'est éteinte sur place.

Un autre foyer a été observé par M. Léon Colin, impasse de la Goutte-d'Or, où deux ménages habitant le rez-de-chaussée ont été atteints. Des mesures énergiques de désinfection, l'évacuation du rez-de-chaussée, ont fait cesser la maladie ; aucun cas nouveau ne s'est produit.

Pendant que ces faits se passaient à Aubervilliers, une épidémie de même nature se produisait à Saint-Ouen, où l'on a constaté huit cas de choléra. La plupart étaient isolés. Cependant on a pu constater encore des faits de contage.

Conclusion. — On peut se demander pourquoi cette localisation du choléra à Aubervilliers et à Saint-Ouen. On connaît les mauvaises conditions hygiéniques de ces communes résultant de bien des circonstances : d'abord usines nombreuses et établissements insalubres au premier chef ; présence de trois cours d'eau, point de départ d'émanations délétères, etc. A toutes ces circonstances s'ajoutent le mauvais état de la voirie, l'insalubrité des logements, la misère, et surtout l'état déplorable de l'eau de boisson de toute cette zone départementale.

Cependant, dit M. Beaumetz, il m'est impossible de conclure que toutes ces conditions, si fâcheuses qu'elles soient, aient été la cause initiale des phénomènes observés ; elles ne peuvent être que des causes apparentes ou prédisposantes. En effet, ces mauvaises conditions existent depuis de longues années et elles n'ont pas été plus intenses qu'elles ne l'étaient autrefois.

Faut-il voir entre l'épidémie observée dans ces deux localités un lien quelconque avec l'épidémie qui régnait dans le midi de la France? Ce lien peut exister, mais il nous a été impossible de trouver le moindre rapprochement ou la moindre filiation entre les deux ordres de faits. Aussi l'embarras est-il grand lorsqu'on veut caractériser d'un mot particulier cette petite épidémie. Le choléra est envahissant à coup sûr, puisqu'il frappe successivement les membres d'une même famille. Mais il s'éteint sur place, et la constatation de pareils faits montre combien était sage la temporisation que nos collègues MM. Proust, Brouardel et Rochard mettaient à conclure des faits observés au début de l'épidémie de Toulon.

Ces faits donnent-ils entièrement raison à la doctrine que soutient avec tant de talent notre vénérable collègue M. J. Guérin? Ici encore la démonstration n'est pas complète. On n'a pas observé plus de diarrhées que les années précédentes et pour la famille Lenne en particulier, il n'y a aucune diarrhée prémonitoire.

Il semble résulter de tout cela que si nous connaissons certains modes de contagion du choléra, il en est d'autres qui nous échappent complètement, et que, dans certaines circonstances, il est bien difficile d'établir une distinction nette et précise entre le choléra nostras et le choléra asiatique.

Si ces faits s'étaient produits il y a quelques mois, on n'eût pas manqué d'affirmer que Paris allait être envahi par une épidémie cholérique. Il n'en est rien cependant, l'état sanitaire de Paris n'a jamais été meilleur et la population parisienne doit être persuadée qu'elle ne court aucun danger.

M. LAGNEAU communique quelques-unes des observations recueillies dans les visites qu'il a faites en sa qualité de membre du conseil de salubrité, chez quelques-uns des cholériques dont M. Dujardin-Beaumetz vient d'entretenir l'assemblée. Il lui a été impossible de distinguer nettement le choléra asiatique du choléra nostras.

M. J. GUÉRIN remercie M. Dujardin-Beaumetz et le félicite de son intéressante communication, mais il trouve qu'il a été trop réservé dans ses conclusions ou plutôt il ne conclut pas. Or il lui semble qu'il y aurait deux sortes de conclusions à tirer de ce résumé : les unes négatives, les autres affirmatives. La première conclusion négative, c'est qu'il n'y a eu aucun rapport constaté de transmission entre l'épidémie générale et le foyer épidémique d'Aubervilliers. D'après le rapport de M. Beaumetz, il semblerait que l'épidémie se soit limitée mathématiquement, en quelque sorte, à un côté seulement de la voie où se sont passés les faits

qu'il a observés; mais s'est-il bien assuré si de l'autre côté il ne se serait pas produit quelques faits passés inaperçus et qui auraient bien pu n'être que des phénomènes atténués de la maladie, ainsi que cela a été vu dans plusieurs circonstances.

Autre fait. M. Beaumetz a bien montré qu'à Aubervilliers le choléra s'était étendu à un petit nombre des personnes environnant les malades, mais qu'il s'était promptement éteint sur place. De cela même il y avait une conclusion à tirer, c'est que le choléra d'Aubervilliers n'a pas eu le caractère envahissant, il a eu seulement ce que j'ai désigné depuis longtemps sous le nom de caractère extensif et transmissible de proche en proche, ce qui n'est pas la même chose que l'envahissement.

Comment expliquer la contagion dans certains cas, la spontanéité dans d'autres? Que voyez-vous en effet ici? Là des faits de transmission évidente, ici des cas tout à fait isolés n'ayant aucun lien d'origine connu; mais là où ont été constatés ces faits isolés, n'y aurait-il pas lieu de se demander s'il n'y a pas eu une de ces conditions atmosphériques particulières qui semblent ne s'exercer que sur un point limité, dont l'influence ne se fait sentir que sur un quartier, sur une maison? Il faut aussi, dans ces circonstances, faire la part des non-réceptivités.

Un dernier mot. M. Beaumetz a paru passer assez légèrement sur ces conditions hygiéniques si déplorables qu'il a signalées. Mais n'y avait-il pas lieu d'insister un peu plus sur ces conditions et chercher si, dans ces usines qui contaminent l'atmosphère, dans ces dégagements infectieux de toute sorte, il n'y aurait pas quelques éléments de nature à jeter quelque jour sur l'étiologie de cette épidémie.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA THÉORIE DU VOL.

M. MAREY, dans sa nouvelle réponse à M. Giraud-Teulon, se borne à défendre, au moyen de preuves de divers genres, les faits qu'il a avancés, savoir : que le corps peut se détacher du sol par une brusque flexion des jambes, sans recevoir aucune impulsion ascendante analogue à celle du saut.

Quant à l'argumentation finale de M. Giraud-Teulon, s'érigeant en prophète de malheur et lui annonçant que, tel qu'il le conçoit, un oiseau mécanique ne s'élèvera jamais contre la pesanteur, M. Marey répond en disant qu'il a, dans son laboratoire, depuis cinq ou six ans, un appareil construit suivant la théorie qu'il a émise, et cet appareil vole à la façon d'un oiseau, parcourant 15 à 20 mètres, en direction horizontale, un peu moins en direction ascendante, jusqu'à ce qu'il ait épuisé la force du ressort qui fait mouvoir les ailes. Cette fois encore, il eût été facile à M. Giraud-Teulon de constater *de visu* ce qu'il s'est trop hâté de déclarer impossible.

Le choléra et les eaux. — M. MAREY donne lecture d'une lettre qu'il vient de recevoir de M. Stassano, de Gênes, relativement à la question du choléra par les eaux contaminées. Cette lettre est un complément important de la première note de M. Stassano, dont il a déjà donné communication à l'Académie.

Le choléra, avant d'atteindre la ville de Gênes, sévissait à Bassala, village situé sur la rivière la Scrivia, où des habitants lavaient le linge des cholériques. En ce même endroit de la rivière, une prise d'eau nommé l'aqueduc Nicolaï fournit à Gênes une partie de son eau potable. On sait avec quelle violence l'épidémie sévit à Gênes et comment elle s'éteignit aussitôt qu'on eût fermé l'aqueduc Nicolaï.

M. Stassano pria, sur ma demande, M. le professeur Magliano (de Gênes) de faire rechercher quelle était la provenance des eaux dont s'alimentaient les personnes qui furent atteintes du choléra. Voici ce que M. Stassano m'indique comme certain :

« Sur le nombre des personnes atteintes par le choléra à Gênes, 92 p. 100 recevaient leur eau du canal Nicolaï, c'est-à-dire de la Scrivia infectée par le lavage des linges des cholériques.

Ce canal Nicolaï contribue pour 40 p. 100 à l'alimentation de la ville de Gênes : 60 p. 100 de la quantité d'eau distribuée dans la ville proviennent de l'aqueduc Galliera. Les deux canalisations entremêlent leurs réseaux dans les différents quartiers. L'enquête a montré que de deux maisons placées en face l'une de l'autre, celle qui recevait son eau du canal Nicolaï avait seule le choléra.

Dans les bagnes comme dans tous les établissements fermés, l'épidémie ne pénétrait d'ordinaire que plus tardivement. A Gênes, le choléra éclata simultanément dans le bagne et dans la ville. Or c'est l'eau du canal Nicolaï qui est distribuée dans les bagnes de Gênes. »

M. Stassano m'annonce de nouveaux documents. Il m'a semblé que ceux-ci suffisaient déjà pour bien établir le rôle des eaux contaminées dans la production de l'épidémie de Gênes.

RAPPORT

Épidémies. — M. FÉRÉOL, au nom de la commission des épidémies, donne lecture du rapport général annuel sur les épidémies qui ont régné en France pendant l'exercice 1882. La lecture de ce rapport n'ayant pu être terminée vu l'heure avancée, la suite est remise à la séance prochaine.

La séance est levée à cinq heures un quart.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 3 novembre 1884, ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine, après concours :

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 2e classe Bertrand, Randon, Brou-Duclaud, Lemarchand, Raffaëlli, Jabin-Dudognon, Machenaud, Le Landais, Bohéas, Arami, Deschamps, Couteaud, Mortreuil, Nicolas, Hahn, Chabaud, Desmoulins, Borély, Pagès et Long.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. les aides-médecins ou auxiliaires de 2e classe Rousseau, Pascal, Bahier, Charrin, Le Méhauté, Hugé, Damany, Frintet, Lota, Durand, Bonain, Branellec, Cardes, Vinas, Haueur, Suard, Mathé (auxiliaire), Grognier, André dit Duvigneau, Amiaud, Ollivier, Duville, Métin, Gervais, Chauvet, Triaud, Audibert, Deblenne (auxiliaire), Vigné, Jollet, Recoules, Deslandes, Leclerc, Négretté, Crozat, Vian, Laugier, Lacarrière, Casanova, Duprat, Borius, Nollet, Percheron et Roby.

Au grade d'aide-médecin : MM. les étudiants Martel, Brossier, Loussot, Labadens, Rouxel, Fontaine, Bossuet, Le Roy, Bonain, Houdart, Brauzon-Bourgogne, Gargam, Boullangier, Dusault, Jourdan, Bonnescuelle de Lespinois, Rousselin, Montfort, Besnard, Dumas, Allain, Martenot, Sisco, Caire, Marchoux, Debray, Brochet, Lafaurie, Kérébel et Emonet.

Au grade de pharmacien de 1re classe : M. le pharmacien de 2e classe Durand.

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. les aides-pharmaciens Sambuc, Kérébel et Brun.

Au grade d'aide-pharmacien : MM. les étudiants Magnus, Auché et Dezeuze.

— Le jury du concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris se compose de MM. les docteurs Muselier, Brissaud, Merklen, Faisans, Campenon, Jalaguier et Champetier de Ribes.

Les questions données aux candidats volontaires d'un an ont été pour les deux épreuves (anatomie, pathologie et petite chirurgie) : 1° Artère fémorale et ses branches; — 2° Vaccine et vaccinations.

Les questions données jusqu'à ce jour aux autres candidats pour l'épreuve d'anatomie sont : 1° Muscle sterno-cléido-mastoïdien; — 2° Articulation coxo-fémorale; — 3° Crosse de l'aorte; — 4° Parois osseuses de l'orbite; — 5° Configuration extérieure et rapports des poumons; — 6° Articulation tibio-tarsienne; — 7° Diaphragme; — 8° Les côtes.

— M. Rufz de Lavison, dont le président de l'Académie a appris hier la mort à ses collègues, avait depuis longtemps marqué sa place parmi les membres distingués de notre corporation.

Fixé à Saint-Pierre de la Martinique d'où il était originaire, il y a publié des études historiques et statistiques sur cette contrée et un grand nombre de mémoires sur des sujets de pathologie, de climatologie et d'histoire naturelle. En 1842, il avait été élu correspondant de l'Académie de médecine dont il est devenu membre associé national en 1875. De retour en France en 1856, il fut nommé directeur du Jardin d'acclimatation du bois de Boulogne, créé en 1860, et remplit ces fonctions jusqu'en 1865.

Assidu aux séances de l'Académie de médecine, il a quelquefois pris part à ses discussions, et il a fondé un prix qui porte son nom et qui le perpétuera dans le souvenir de cette compagnie. M. Rufz de Lavison est mort à l'âge de soixante-dix-huit ans.

— Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de M. le docteur de Valbrune. Cet honorable praticien, que nous comptions au nombre de nos lecteurs depuis la fondation du journal, laisse dans la ville de Saint-Astier, où il a exercé toute sa vie, le souvenir d'un homme de bien dans toute l'acception du mot.

— Le choléra, qui a éclaté à Nantes le 23 octobre, paraît avoir été apporté par des soldats venus d'Algérie. Du 23 octobre au 4 novembre sur 75 cas, on a compté 42 décès.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Bérard est nommé préparateur de zoologie, en remplacement de M. Esprit, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Licard, professeur de zoologie, est nommé pour trois ans doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Loir, nommé doyen honoraire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Charles Robin commencera le cours d'histologie, le jeudi 6 novembre 1884, à cinq heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Il traitera des *éléments anatomiques* et des *humeurs* (première partie du programme imprimé).

— M. le professeur G. Sée commencera le cours de clinique médicale, à l'Hôtel-Dieu, le vendredi 7 novembre 1884, à neuf heures un quart, et le continuera tous les lundis et vendredis.— Le lundi sera consacré à la thérapeutique clinique, et le vendredi au diagnostic. — Visite des malades tous les jours, à huit heures et demie du matin.

M. le professeur Cornil fera des autopsies tous les jours, à l'amphithéâtre Bichat, à l'Hôtel-Dieu, les lundis et vendredis, à dix heures et demie, et les autres jours, à dix heures.— Les élèves de quatrième année, qui se feront inscrire à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, seront exercés pratiquement aux autopsies.

M. le docteur Bochefontaine, chef du laboratoire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, fera tous les jeudis, à neuf heures et demie du matin, des expériences de physiologie, dans son laboratoire.

— M. le professeur Panas commencera le cours de clinique ophtalmologique, le vendredi 7 novembre 1884, à l'Hôtel-Dieu, à neuf heures du matin, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure. — Cours et opérations, à neuf heures. — Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

— M. le docteur Debove, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie interne, le vendredi 7 novembre 1884, à cinq heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre Laennec, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Bouilly, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire de pathologie externe, le samedi 8 novembre 1884, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre Laennec, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— La Policlinique de chirurgie des femmes, du docteur Berrut, rue de Bellechasse, 29, est ouverte du 1er novembre au 31 août de chaque année.

Le jeudi, à neuf heures, leçon ouverte aux médecins, élèves et sages-femmes, sur la présentation de leur carte. A dix heures, consultations ouvertes aux auditeurs inscrits. — On s'inscrit de trois à cinq heures.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16969

N° 129. — SAMEDI 8 NOVEMBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 8 NOVEMBRE 1884. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. De la tuberculose au point de vue chirurgical : Des portes d'entrée de la tuberculose; — Inoculations par inhalation et par ingestion; — Inoculations par voies génitales et urinaires; — Localisations secondaires et généralisation. — Société de Chirurgie. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la tuberculose au point de vue chirurgical.

Au commencement de cette année, la *Gazette des hôpitaux* publiait une petite série de leçons de M. Trélat sur la tuberculose au point de vue chirurgical. Esquissant à grands traits les recherches histologiques, expérimentales et cliniques, qui, dans le cours de ces dernières années, ont amené une si profonde révolution dans l'histoire de la tuberculose, ramenée, d'une part, au nom de l'expérimentation, à son unité primitive, tandis que, d'autre part, l'observation clinique, secondée par le contrôle de l'histologie et éclairée par la nouvelle doctrine étiologique bacillaire, élargissait et étendait considérablement le champ de ses localisations, l'éminent professeur montrait combien, en présence de cette multiplicité et de cette variété de sièges de l'affection tuberculeuse et de sa marche plus ou moins rapidement envahissante, le rôle du chirurgien allait s'étendre, mais aussi combien ses déterminations allaient être rendues difficiles par la complexité même du problème à résoudre.

On sait combien, de son côté, M. Verneuil, dans ses instructions familières auprès des lits des malades, dans ses leçons cliniques, dont nous avons souvent reproduit des fragments, dans ses communications aux sociétés savantes et aux divers congrès, a brassé et retourné sous toutes ses faces cette question des tuberculoses locales et de l'influence de la diathèse tuberculeuse sur les résultats opératoires.

Sous l'inspiration de ces deux maîtres, des points de vue divers de cette importante question ont été repris en sous-œuvre et ont fait le sujet d'intéressantes études. L'un des plus distingués parmi leurs anciens élèves, M. l'agrégé Bouilly, qui a publié l'année dernière un très intéressant mémoire, dans la *Revue de chirurgie*, sur la présence des bacilles dans les lésions chirurgicales tuberculeuses, nous entretenait tout récemment, pendant sa suppléance du service de M. Trélat à la Charité, de plusieurs faits de cet ordre, notamment des cas assez nombreux déjà (une vingtaine environ) d'ablations de ganglions tuberculeux qu'il a faites avec succès, et il pratiquait sous nos yeux une nouvelle ablation de ganglions tuberculeux volumineux de la région cervicale chez un jeune homme de vingt-deux ans

Il s'agissait d'un jeune garçon prédisposé héréditairement à la tuberculose, n'ayant cependant eu aucune maladie sérieuse pendant son enfance, bien qu'un peu délicat. Au mois de juillet de l'année dernière, sans cause appréciable, il vit se développer derrière son oreille droite une petite tumeur roulant sous le doigt. Bientôt après les ganglions sous-maxillaires postérieurs et sus-hyoïdiens, ainsi que le groupe sous-claviculaire se prirent à leur tour; il s'était fait, en un mot, presque simultanément, une véritable invasion de tous les ganglions cervicaux. Un traitement médical fut institué, mais sans aucun résultat.

Une saison à Salins parut produire d'assez bons effets; mais pendant la cure un des ganglions étant venu à rougir et à se ramollir, un médecin avait pratiqué une ponction. Le ganglion en partie vidé, la cicatrisation ne s'opéra pas : une fistule s'établit, par laquelle s'écoulait un liquide séro-purulent, et des phénomènes inflammatoires éclatèrent dans la zone voisine.

La ponction avait manifestement livré passage aux éléments tuberculeux contenus dans le ganglion, et il s'était fait une auto-inoculation par suite de laquelle les tissus ambiants avaient été envahis.

Toutefois, l'état général n'étant pas mauvais au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, mais la nature tuberculeuse de ces tumeurs ganglionnaires lui paraissant évidente, M. Bouilly, se fondant sur les bons résultats qu'il avait déjà obtenus dans un bon nombre de cas de ces sortes d'opérations, s'est déterminé à en pratiquer l'ablation, en se servant alternativement du bistouri et de la curette et faisant suivre immédiatement le raclage du lavage des surfaces avec la solution de chlorure de zinc au 5/100e. La cicatrisation a été prompte et sans accidents, le malade a quitté l'hôpital une huitaine de jours après l'opération.

Quelques jours plus tard, M. Bouilly pratiquait trois opérations analogues : deux d'ouverture de larges foyers, l'un d'abcès froid, l'autre d'abcès par congestion, avec raclage et lavage à la solution chlorurée, et la troisième de raclage et injection d'une tumeur blanche du coude, toutes suivies, bien entendu, du pansement antiseptique rigoureux.

N'ayant pas à nous étendre aujourd'hui sur les détails de ces opérations, ni sur leurs résultats définitifs, qui ne nous sont pas encore connus, nous nous bornons pour l'instant à cette mention. Et passant à l'examen de quelques-unes des productions les plus récentes sur le sujet qui nous occupe, nous allons commencer par l'étude d'un point de

la question qui doit précéder logiquement tous les autres, savoir quelles sont les voies et portes d'entrée de la tuberculose, au point de vue de la doctrine étiologique bacillaire.

Des portes d'entrée de la tuberculose.

Nous nous bornerons pour l'instant à examiner ce premier point de la question, les portes d'entrée de la tuberculose, titre et sujet d'un travail très remarquable de M. le docteur Verchère, aide d'anatomie de la Faculté de Paris. Ce sujet, à lui seul, constitue tout un programme. Aussi serons-nous tenu à scinder notre étude. Voyons d'abord comment se développent, se manifestent et s'étendent les tuberculoses locales. Au point de vue de la doctrine bacillaire, qui considère toute tuberculose comme maladie infectieuse, produite par des germes existant dans l'air, venant par conséquent du dehors, — proposition contestable d'ailleurs en tant que générale, — il était intéressant de rechercher, à l'aide de faits cliniques, quelles sont les portes d'entrée du principe infectieux.

L'une de ces portes d'entrée est le tégument externe. Il existe deux modes de pénétration possible :

1° L'inoculation directe, traumatisme, piqûre, se produisant sous deux formes, la piqûre anatomique ou une véritable auto-inoculation superficielle par destruction traumatique de l'épiderme protecteur ;

2° Les lésions superficielles dues à des affections de la peau ou les orifices naturels du tégument externe, glandes sudoripares, sébacées ou mammaires.

Comme exemple d'inoculation directe par d'autres voies que la voie expérimentale, M. Verchère ne peut citer que le fait rapporté par M. Verneuil, à l'Académie de médecine, le 22 janvier de cette année, dans lequel il s'agit d'un jeune médecin qui, alors qu'il était externe à l'hôpital Sainte-Eugénie, vit apparaître, quatre ou cinq jours après avoir pratiqué une autopsie, une petite papule à la racine de l'ongle de l'annulaire, suppurée et restée fistuleuse, point de départ de plusieurs foyers secondaires de même nature ; et l'observation qu'il a pu recueillir lui-même chez un étudiant en médecine, qui, après s'être piqué en faisant l'autopsie d'un phtisique, vit survenir sur le point piqué un tubercule, qui fut suivi rapidement de lésions pulmonaires très étendues.

Un second groupe de faits comprend des exemples d'inoculation directe consécutive à une affection de la peau. Telles sont diverses lésions réputées scrofuleuses, le lupus par exemple, dans lequel on a constaté la présence du bacille tuberculeux, certaines formes d'impétigo. Les faits rapportés par M. Verchère, empruntés à la thèse d'agrégation de M. Quinquaud, en 1883, sont des exemples de lupus tuberculeux et de lupus tuberculo-ulcéreux, suivis de l'explosion de la tuberculose pulmonaire et de la mort.

Inoculations par inhalation et par ingestion.

Nous ne nous arrêterons pas sur l'inoculation par inhalation, qui n'a pas besoin de nouveaux exemples.

L'inoculation par ingestion, démontrée par l'expérimentation, l'est aussi par la clinique. Le fait avait été déjà reconnu par Cruveilhier et par Andral, qui ont constaté l'existence de tubercules dans les ganglions mésentériques, dans les vaisseaux lymphatiques et les portions correspondantes de la muqueuse intestinale ulcérée. Le fait a été observé plus fréquemment chez l'enfant, plus exposé par son genre d'alimentation à ce que le tube digestif serve de porte d'entrée au microbe tuberculeux.

Le pharynx et la cavité buccale peuvent aussi être le siège d'une tuberculose primitive. La présence de glandes nombreuses dans le pharynx et le contact fréquent qu'il a à subir de substances dures, d'aliments épicés ou acides, suffiraient à en faire concevoir l'origine. Pour la cavité buccale, il est presque toujours aisé de remonter à des traumatismes, comme cause de localisation, érosions, écorchures, excoriations, etc.

La tuberculose de l'anus peut être due à des conditions analogues, érosions et fissures hémorroïdaires. M. Verchère en a recueilli un exemple très probant dans la clinique de M. Verneuil, chez une jeune femme de bonne apparence, entrée dans le service pour une fistule anale. Opérée et guérie, mais lentement, de cette fistule, deux ans plus tard se manifesta une explosion de tuberculisation pulmonaire révélant la nature tuberculeuse de la première lésion.

Inoculations par voies génitales et urinaires.

On pouvait prévoir *a priori* que les liquides provenant des organes génitaux de l'homme ou de la femme atteints de tuberculose doivent contenir des bacilles tuberculeux. Les expériences et l'observation clinique ont vérifié cette prévision.

La présence des bacilles tuberculeux a été démontrée dans les tuberculoses de la prostate, des vésicules séminales, du cordon, de l'épididyme, dans celles de l'utérus et de ses annexes. Pour le moment, cette constatation nous suffit, nous pouvons négliger les hypothèses plus ou moins ingénieuses à l'aide desquelles on a cherché à expliquer le mode de pénétration et d'émigration des bacilles jusqu'à ces organes profonds. L'explication est plus simple pour les lésions tuberculeuses des parties génitales externes, assimilables en cela aux tuberculoses cutanées.

Localisations secondaires et généralisation.

On a vu le microbe tuberculeux pénétrer dans l'organisme, les lésions locales qu'il produit au niveau du point de l'économie qui lui donne passage. Que va-t-il advenir pour l'économie de sa présence ?

Un malade porteur du microbe tuberculeux pourra longtemps présenter toutes les apparences de la santé jusqu'au jour où, sous l'action d'un traumatisme, par le fait d'une cause de débilitation quelconque, il sera atteint de lésions tuberculeuses nouvelles. Celles-ci pourront être multiples; parfois il pourra n'en exister qu'une seule.

Quel sera le mécanisme de cette auto-inoculation ? Et comment expliquer qu'un traumatisme en apparence bénin puisse avoir des suites aussi graves ?

Il y a deux éléments à considérer, l'individu et le virus. Tant que l'individu sera sain, exempt de toute tare organique, le microbe ne révèlera sa présence par aucun symptôme extérieur; il continuera à circuler dans le torrent sanguin ou lymphatique sans causer d'accidents. Mais qu'une inflammation vienne à se manifester en quelque point des viscères, avec les globules blancs qui vont s'échapper par diapédèse de la cavité vasculaire pour s'épancher dans le tissu conjonctif de la région enflammée, vont s'épandre aussi les bacilles tuberculeux dans ce nouveau milieu éminemment favorable à leur développement et à leur prolifération. Tel est, dans la théorie nouvelle, un des modes de la localisation secondaire.

Pour le traumatisme qui, dans les tuberculoses chirurgicales, joue un si grand rôle, l'auto-inoculation s'explique d'une façon encore plus simple.

Lorsqu'il survient un froissement, une contusion légère, il se fait une rupture de petits vaisseaux sanguins, qui donne facilement passage aux bacilles tuberculeux en circulation, et il en résulte une colonie parasitaire.

Enfin il peut se faire une inoculatien de proche en proche. Les lymphatiques partant d'une lésion tuberculeuse contiennent dans leur intérieur une multitude de parasites qu'ils transportent au niveau des ganglions tant que leur paroi est intacte ; mais s'ils présentent une solution de continuité, les bacilles vont pouvoir se répandre au point lésé et produire ainsi une véritable inoculation sur ce point. C'est ce qui s'était réalisé chez le jeune sujet aux gros ganglions tuberculeux du cou, opéré par M. Bouilly, lorsque lui fut pratiquée, avant son entrée à l'hôpital, l'ouverture de l'un de ces ganglions suppuré.

Tels sont les cas qui se sont présentés fréquemment à la suite d'amputations de jambe pour des tumeurs blanches tibio-tarsiennes, par exemple, où l'on a vu, alors que l'on pouvait espérer voir survenir la guérison, une toute petite ulcération persistante sur le trajet de la cicatrisation, prendre un mauvais aspect, devenir fongueuse et présenter peu à peu tous les caractères d'une ulcération tuberculeuse gagnant de proche en proche tout le tissu cicatriciel.

Des exemples nombreux que rapporte M. Verchère dans la partie clinique de son travail, dont les observations sont pour la plupart au service de M. Verneuil, semblent autoriser les conclusions suivantes de ce travail, qui ne sont autres que les propositions formulées par M. Verneuil lui-même, et qui sont à ses yeux l'expression des lois qui régissent l'inoculation et la généralisation de l'infection tuberculeuse :

Infection générale primitive par invasion du microbe venu du dehors, et pénétrant directement par voie sanguine, ou indirectement par voie lymphatique.

Infection générale secondaire par pénétration dans le torrent circulatoire de microbes empruntés à un foyer de tuberculose locale existant depuis un temps plus ou moins long et resté jusqu'alors isolé et indépendant.

Localisation primitive par fixation du microbe venu du dehors en ce point de l'économie situé plus ou moins profondément, mais en dehors du réseau vasculaire.

Localisation secondaire impliquant une infection générale antérieure, laquelle fournit par différents mécanismes (auto-inoculation interstitielle, diapédèse, etc.) des microbes capables de former des colonies fécondes en certains points de l'organisme.

Nous poursuivrons cette étude dans la revue prochaine, où nous aborderons plus directement la question pratique des conditions de l'intervention chirurgicale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Ectrodactylie. — M. NICAISE, à l'occasion du rapport fait par M. Berger dans la dernière séance, montre deux pièces relatives à des exemples d'ectrodactylie, et qui ont été recueillies à Clamart. La description de ces deux pièces a été donnée avec détails en 1875 dans la *Gazette médicale*. Dans un cas, il s'agit de la main droite qui présente une ectrodactylie du médius. Dans le second cas, c'est une main gauche dont le troisième et le quatrième métacarpien sont réunis. Il n'y a pas de médius. La première phalange de l'annulaire est plus volumineuse qu'habituellement. Au point de vue du développement de la main, la dissection la plus attentive est restée sans résultat. Ce développement est peu connu : on sait seulement que les doigts apparaissent vers la sixième semaine.

Ligature antiseptique des artères. — M. CRAS (de Brest) fait une communication sur la ligature antiseptique des artères dans leur continuité. Il a ainsi pratiqué la ligature des artères carotide primitive, iliaque externe, humérale, sous-clavière. Il est resté fidèle au catgut malgré les objections faites à ce mode de ligature en Angleterre et en Amérique. Voici le résumé de ses observations :

Dans un premier cas, il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans qui reçut, le 17 septembre 1883, un coup de corne de vache en arrière de l'angle de la mâchoire. La carotide externe divisée donna lieu à une hémorragie abondante qui nécessita une ligature immédiate des deux bouts. Le 7 octobre survinrent des hémorragies successives et abondantes qui furent attribuées par M. Cras à une plaie de la carotide interne qui nécessita la ligature de la carotide primitive, laquelle ne provoqua aucun accident. La guérison était complète au bout d'un mois. Le fil employé était du catgut *over-prepared* selon l'expression de Lister : du reste, du catgut de même provenance n° 0, placé sur la carotide d'un lapin, était encore intact au bout de douze jours.

Dans le second fait, il s'agit d'une dame atteinte d'un énorme anévrysme inguinal siégeant probablement sur la circonflexe interne. La ligature de l'iliaque externe fut pratiquée à l'aide d'un fil de catgut n° 3. Au bout d'un mois, la cicatrisation était complète : la tumeur s'était affaissée. La guérison s'est maintenue ; les douleurs ont disparu complètement.

Le troisième fait est un cas de ligature de la sous-clavière pratiquée pour un anévrysme diffus de l'épaule et de l'aisselle développé à la suite de la réduction d'une luxation de l'épaule. M. Cras pratiqua la ligature de la sous-clavière et obtint un succès complet. Or la guérison est loin d'être fréquente. Sur trente-cinq cas recueillis par l'auteur, on ne compte que quatre succès, tous obtenus par la ligature de la sous-clavière.

Malgaigne donne l'indication de 13 cas. Callender, dans son mémoire, en relate 31 ; mais il résulte de la critique faite de cette statistique par M. Cras, que, défalcation faite des observations qui ne se rapportent pas au sujet, le chiffre des cas réels consignés dans ce travail n'est que de 18. Il n'ajoute donc que 5 observations à celle que Malgaigne nous avait fait connaître. Depuis ce mémoire, on peut ajouter 17 observations nouvelles qui sont résumées par M. Cras. Il en tire les conclusions suivantes :

1° La rupture artérielle peut se produire au moment même de l'accident; on l'a notée cinq fois.

2° La rupture incomplète au moment de l'accident se complète par des efforts même modérés de réduction.

3° Dans certains cas tout se borne au développement insidieux d'un anévrysme faux, consécutif, qui s'est rompu ultérieurement dans un mouvement brusque.

4° Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de sujets âgés et athéromateux. Il discute la nature des mouvements employés et s'efforce de déterminer le point où se rompt l'artère. Il y aurait un lieu d'élection pour cette déchirure qui correspondrait au voisinage du bourrelet rugueux de la tête humérale déplacée; il atteindrait l'artère au niveau des collatérales inférieures, scafulaire inférieure ou circonflexe plus souvent vers l'origine de la scafulaire inférieure, de sorte que, dans la rupture complète, le tronc de l'artère remonte sur le thorax sous le petit pectoral. La déchirure se produit par élongation, par pression directe ou écrasement par pénétration d'une pointe osseuse, par arrachement

d'une collatérale. Dans le cas de luxation ancienne, l'artère englobée, fixée par des exsudats, échappe plus difficilement aux diverses causes de rupture. Ce qui donne à cette complication une gravité particulière et la sépare de l'anévrysme ordinaire, c'est que l'épanchement sanguin est en communication avec l'article deuxième, qu'il s'est produit dans une région labourée par la tête humérale rugueuse dépouillée de sa capsule.

Abandonnée à elle-même, cette lésion a été toujours suivie de mort : la désarticulation a été pratiquée 4 fois, 4 morts; la ligature de l'axillaire 5 fois, 5 morts; la ligature de la sous-clavière 4 fois, 4 succès. M. Cras montre le péril auquel on s'expose par la désarticulation. M. Le Dentu, dans un cas, avait placé une ligature d'attente sur la sous-clavière qu'il dut serrer ensuite, mais il eut à lutter contre une hémorragie abondante formée par la circulation collatérale.

Deux opérations analogues pratiquées plus récemment par des chirurgiens anglais ont été de véritables désastres opératoires.

Quant à la ligature de l'axillaire au-dessus et au-dessous de la lésion qui siège, comme nous l'avons vu, sous le petit pectoral, elle entraîne de tels délabrements opératoires qui viennent s'ajouter aux déchirures produites par la tête luxée et l'épanchement sanguin, qu'il faut la proscrire absolument. Il ne faudrait la tenter avec des précautions spéciales que comme premier temps de la désarticulation. Reste la ligature de la sous-clavière. L'épaule a rencontré ce qui la rend d'ordinaire plus difficile. Marcellin Duval, dans son Traité de l'hémostase, a décrit les principales étapes de cette ligature. On doit lier l'artère assez loin de la scafulaire postérieure pour éviter des hémorragies secondaires. M. Cras fait remarquer que les scalènes chevauchant en bas ne constituent pas, à proprement parler, pour l'artère, une portion dite entre les scalènes.

En réalité, c'est une erreur anatomique de parler de ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. On lie l'artère en dehors du scalène antérieur au-devant du scalène postérieur, et mieux vaudrait dire sur la première côte.

M. VERNEUIL rapporte un cas de luxation de l'épaule suivie d'anévrysme. Il s'agissait d'une femme de soixante ans, un peu aliénée et très grasse qui se fit une luxation de l'épaule gauche; cette luxation put être réduite sans le secours du chloroforme. Après quelques jours la malade défait son appareil; vers le quinzième jour on constate que la tête est déplacée de nouveau. La réduction est refusée. Nélaton, consulté, insiste pour faire la réduction qui est refusée. Un mois après, Malgaigne essuie le même refus. Cependant ils finissent par réduire : cette réduction se fit assez facilement. Le quinzième jour apparaît un ictère. La malade se plaint d'une douleur vive dans l'aisselle pendant les mouvements. On reconnaît l'existence d'un anévrysme axillaire, datant certainement de la seconde réduction. Il y a eu une fissure qui a permis la formation de l'anévrysme quand le bras a été remué. Toute opération a été refusée. Deux ans après il n'y avait eu aucun progrès du mal ni aucun accident. La malade, depuis, a été perdue de vue.

M. LE DENTU dit qu'il faut faire une distinction, au point de vue du pronostic et du traitement, entre l'anévrysme diffus communiquant avec l'articulation et l'anévrysme circonscrit, sans rupture de toutes les tuniques, comme dans le cas de M. Verneuil.

Hernie inguinale congénitale étranglée. — M. POLAILLON fait un rapport sur une observation adressée par M. Dubourg (de Bordeaux) et dans laquelle il s'agit d'un enfant de quatorze ans atteint d'une hernie congénitale avec ectopie testiculaire, qui s'étrangla brusquement après un repas. Un léger taxis resta sans résultats. Les vomissements apparurent deux heures après. Treize heures après M. Dubourg procéda à l'opération. L'enfant fut endormi. Sous l'influence du chloroforme, le taxis fut essayé de nouveau avec beaucoup de modération et resta également sans résultat. Une incision fut faite; arrivé sur le sac, M. Dubourg put constater l'aspect bilobé de la tumeur qui était ainsi divisée en deux parties par une bride extérieure au sac. Cette bride ayant été sectionnée, la réduction fut faite sans ouverture du sac. Suture, pansement de Lister, guérison. Le testicule était atrophié et en ectopie. La hernie était en contact avec lui.

M. Dubourg a pensé qu'il valait mieux réduire sans ouvrir le sac. M. Polaillon aurait préféré l'ouvrir et procéder à la cure radicale de la hernie en faisant la résection du sac, une suture profonde et une suture superficielle. M. Dubourg, en effet, n'a pu ainsi s'assurer de l'état de l'intestin.

M. BERGER dit que, dans ces cas de hernie congénitale étranglée, il importe de faire un taxis très modéré. Il est vrai que ces hernies, quand elles se compliquent d'ectopie inguinale du testicule, ne se réduisent pas habituellement par le taxis; néanmoins M. Berger possède plusieurs exemples de réduction par un taxis modéré, mais assez longtemps prolongé sous l'influence du chloroforme. Il pense donc que dans le cas de M. Dubourg les tentatives de taxis auraient pu être soutenues plus longtemps.

Relativement à la question de la cure radicale de ces hernies, M. Berger fait observer que c'est une opération souvent difficile, dans laquelle on s'expose à léser l'artère spermatique et à déterminer une gangrène du testicule. Dans le cas dont il s'agit, le testicule était en ectopie inguinale : il aurait donc fallu s'assurer si on n'aurait pas pu l'abaisser; si cela n'était pas possible, il aurait fallu alors faire la castration.

M. RICHELOT aurait été d'avis d'ouvrir le sac. Il cite un cas de ce genre où la hernie paraissait complètement réduite quand, ayant ouvert le sac, on vit qu'il contenait une longue anse d'intestin. En outre, M. Richelot profite toujours, dans ces cas, de l'opération de la hernie étranglée pour en faire la cure radicale. Il n'a jamais eu la moindre difficulté à disséquer le sac inguinal. Quand on ne peut le réséquer complètement, il faut tout au moins en réséquer le plus possible.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit qu'il y a des cas où cette dissection du sac est très difficile; il en cite un où il a dû couper le canal déférent et, par conséquent, enlever le testicule. Le malade a d'ailleurs très bien guéri et n'a pas été obligé de porter de bandage : dans ces cas, M. Lucas-Championnière a toujours fait la cure radicale de la hernie. Il ajoute que la valeur de ces testicules en ectopie est très contestée, et que, par conséquent, on est parfaitement en droit de les enlever. Il cite l'exemple d'un homme qui avait ainsi ses deux testicules en ectopie et qui se disait père de trois enfants. L'examen du sperme fait par M. Nepveu a démontré qu'il n'y avait pas de spermatozoïdes.

M. BOUILLY demande quel était, dans le cas de M. Dubourg, l'agent de l'étranglement et le siège exact de cet agent d'étranglement. M. le rapporteur a parlé d'une bride extérieure, mais ce n'est pas habituellement de cette façon que s'étranglent les hernies congénitales.

M. Bouilly partage l'opinion de M. Berger sur les dangers de la cure radicale de ces hernies congénitales étranglées. Il cite un cas qu'il a opéré et dans lequel il y a eu une hémorragie consécutive. Puis il s'est fait une collection purulente dans la cavité abdominale, et le malade a fini par succomber. Dans d'autres cas, on a affaire à des hémorragies veineuses et à des épanchements sanguins. Toutefois la cure radicale donne souvent de très bons résultats, mais il ne faut risquer ces accidents assez redoutables que dans les cas de section du testicule.

M. NICAISE admet également que dans certains cas la cure radicale est une opération difficile et dangereuse. Il cite l'exemple d'un jeune homme, porteur d'une hernie inguinale étranglée, avec un sac énorme; M. Nicaise voulut entreprendre la dissection de ce sac et en faire la suture au niveau de l'anneau, cela ne fut pas possible; il dut laisser le sac en place, et, au moyen de six points de suture superposés, constituer une sorte de barrière avec le sac lui-même; il plaça un drain après avoir fait la réunion de toute la partie du sac en dessous de l'anneau. La hernie ne reparut pas et le malade a bien guéri, tandis que les opérations habituelles de cure radicale sont presque toujours suivies d'une récidive.

M. RICHELOT déclare n'avoir voulu parler que des hernies acquises.

M. POLAILLON, pour répondre à M. Bouilly, fait remarquer que M. Dubourg a bien spécifié que ce n'était pas là le mode d'étranglement ordinaire des hernies congénitales. Il ajoute qu'il a bien discuté la question d'ouverture du sac, et qu'il a dû s'inspirer des circonstances pour la conduite qu'il a tenue.

M. TRÉLAT dit qu'il faut bien spécifier que cette hernie congénitale a subi un mode d'étranglement banal, accidentel, par bride extérieure au sac, mode d'étranglement qui ne tient en aucune façon à la nature congénitale, à la constitution primitive de la hernie.

Hystérotomie. — M. TERRIER communique une nouvelle observation d'hystérotomie; il s'agit d'une femme ayant eu des crises douloureuses comparables à celles de l'accouchement, des poussées péritonitiques, dont le ventre mesurait 114 centimètres de circonférence. L'utérus était fixé derrière le pubis en haut et en avant. Une ponction exploratrice a donné deux litres de liquide et a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur utéro-cystique.

L'opération présente de grandes difficultés à cause des nombreuses adhérences. La tumeur dut être enlevée à l'aide de deux broches placées en croix et de l'appareil Cintrat. On craignait d'avoir pris l'uretère droit dans l'anse; c'était la trompe hypertrophiée.

Quinze jours après l'opération, il y eut des accidents fébriles et l'urine s'écoula par la surface du pédicule; il y eut une suppuration abondante du pédicule et l'on sentit une tumeur dans le flanc gauche. On pensa qu'il s'agissait d'un abcès périnéphrétique en communication avec le pédicule utérin. Une sonde à demeure fut placée, on fit des injections antiseptiques. L'état général est excellent; mais combien de temps cette malade devra-t-elle garder sa sonde à demeure?

Corps fibreux intra-utérin. — M. POZZI montre un corps fibreux ou polype qu'il a récemment énucléé de l'intérieur de la cavité utérine. Cette tumeur avait été vue plusieurs fois dans le vagin, puis elle avait rétrocédé dans l'utérus et y avait grossi. La malade ne cessait de perdre du sang. L'utérus était volumineux; au toucher vaginal on constatait que le col était effacé et entr'ouvert dans la largeur d'une pièce de deux francs. Deux incisions furent faites de chaque côté du col, puis on donna du seigle ergoté : il n'y eut pas de résultat. M. Pozzi procéda alors à l'énucléation de cette tumeur, à l'aide d'une spatule d'une courbure particulière; mais il fallut faire une autre incision du col en avant, introduire les trois doigts de la main gauche et sectionner les adhérences avec des ciseaux courbes, sur la main ainsi introduite; la décortication devint alors facile et l'extraction de la tumeur put être faite à l'aide de la torsion et avec un petit forceps. Dès que la tumeur fut enlevée, on fit des injections antiseptiques. La malade alla bien pendant cinq jours, puis fut prise d'une pneumonie à droite; trois jours après elle présentait des symptômes graves de péritonite.

Il y a eu là un fait d'auto-inoculation, la pneumonie ayant déterminé une intolérance du traumatisme abdominal. Grâce à des sangsues, à des cautérisations transcurrentes sur l'abdomen, la malade a bien guéri.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le choléra vient d'éclater à Paris. Le premier décès remonterait à lundi 3 novembre. Depuis lors, cas et décès se sont succédé. A l'heure actuelle, nous comptons une quinzaine de cas et douze décès, tant en ville que dans les hôpitaux : Saint-Antoine (4 cas et 3 décès); Tenon (9 cas, 4 décès); Necker (1 cas); Pitié (3 cas); Charité, Beaujon, la Salpêtrière, chacun 1 cas.

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que les admissions de cholériques dans les hôpitaux, provenant principalement des Ve, XIe, XIIIe et XVIIIe arrondissements, s'élèvent au chiffre de 25, dont les 4/5e ont déjà succombé.

A Nantes, du 3 au 6 novembre, le choléra donne les chiffres suivants : 3 novembre, 14 cas, 10 décès; 4 novembre, 18 cas, 6 décès; 5 novembre, 9 cas, 4 décès; 6 novembre, jusqu'à midi, 0 décès.

— M. le docteur Peyron, ancien chirurgien de la marine, directeur de l'Institut des Sourds-Muets, est nommé directeur général de l'administration de l'Assistance publique.

— M. le docteur Fauvel, dont nous avions annoncé dans notre dernier numéro la grave maladie, vient de succomber. Nous aurons à revenir sur cette grande personnalité.

Les obsèques auront lieu aujourd'hui samedi, à midi, à l'église Saint-Augustin.

— Par décret, en date du 5 novembre 1884, M. Poix, aide-médecin de la marine démissionnaire, est nommé aide-médecin dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 3 novembre 1884, ont été nommés et ont reçu les affectations ci-après :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les médecins stagiaires Maubrac, affecté à l'hôpital du Gros-Caillou; Forgue, à l'hôpital Saint-Martin; Sieur, à l'hôpital de Vincennes; Nicolas, à l'hôpital de Versailles; Herck, au 13e dragons; Lasségue, au 34e d'artillerie; Kocher, à l'hôpital de la Charité de Lyon; Baylac, au 40e d'infanterie; Thellier, au 3e cuirassiers; Petitbien, au 5e chasseurs.

MM. Privat, au 6e d'artillerie; Lapasset, au 74e d'infanterie; Astier, au 1er chasseurs à cheval; Dewèvre, au 9e cuirassiers; Lanel, au 14e chasseurs à cheval; Séguin, au 6e dragons; Milliot, au 1er spahis; Brissé-Saint-Macary, au 2e pontonniers; Mouret, au 17e dragons; Bruncher, au 25e chasseurs.

MM. Trilhe, au 15e d'infanterie; Roquancourt, au 87e d'infanterie; Bilouet, au 15e d'artillerie; Dupré, au 7e d'artillerie; Bernard, au 100e d'infanterie; Bich, au 72e d'infanterie; Murie, au 125e d'infanterie; Bazin, au 36e d'infanterie; Buot, au 18e chasseurs; Viger, au 11e cuirassiers; Dupard, au 52e d'infanterie; Carton, au 33e d'infanterie; Courboulès, au 38e d'infanterie; Humbert, au 106e d'infanterie; Martin, au 5e dragons; Camentron, au 34e d'infanterie; Gruson, au 6e cuirassiers; Vincent, au 13e chasseurs; Soula, au 67e d'infanterie; Verdier, au 9e chasseurs à cheval.

MM. Gauvin, au 84e d'infanterie; Girardeau, au 14e d'infanterie; Dommartin, au 4e chasseurs; Artigues, au 66e d'infanterie; Lajoue, au 23e d'infanterie; Boudet, au 80e d'infanterie; Knoll, au 104e d'infanterie; Croux, au 1er d'artillerie; Chêne, au 135e d'infanterie; Barreau, au 137e d'infanterie; Pilon, au 37e d'artillerie; Fasquelle, au 136e d'infanterie; Arragon, au 11e chasseurs; Breton, au 6e chasseurs; Pellier, au 1er dragons; Féau, au 99e d'infanterie; Folliasson, au 14e chasseurs; Patenostre, au 2e d'infanterie; Robin, au 19e dragons; Hurtret, au 102e d'infanterie.

MM. Lhéritier de Chézelle, au 118e d'infanterie; Speckhahn, au 120e d'infanterie; Olivier, au 35e d'artillerie; Baptiste, au 22e d'infanterie; Maguin, au 13e d'infanterie; Ohier, au 24e dragons; Micault, au 64e d'infanterie; Chauzeix, au 10e d'infanterie.

Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe. — MM. les pharmaciens stagiaires Daviron, à l'hôpital de Bordeaux; Allain, aux hôpitaux de la division d'Alger; Dominique, aux hôpitaux de la division de Constantine; Boutineau, aux hôpitaux de la divisio de Tunisie.

— Par décret, en date du 6 mars 1884, M. Figuier, pourvu d diplôme supérieur de pharmacie de première classe, est nomm professeur de pharmacie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux (chaire nouvelle).

— Par décision ministérielle, en date du 3 novembre 1884, ont été désignés, savoir :

M. Vallin, médecin principal de première classe, professeur au Val-de-Grâce, pour l'École supérieure de guerre.

MM. les médecins-majors de première classe Gentil, pour l'hôpital du Gros-Caillou ; Zuber, pour l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Brochard, pour le bataillon du 13e d'infanterie stationné à Decize; Cassan, pour le 11e cuirassiers; Godart, pour le 93e d'infanterie; Virolle, pour le bataillon du 125e d'infanterie stationné à Langres ; Lazare, pour le 2e tirailleurs algériens; Levêque, pour le 25e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Morer, pour le 27e d'infanterie; Follenfant, pour l'ambulance du corps expéditionnaire du Tonkin ; Olivier, pour l'hôpital de Vincennes; Cardot, pour l'hôpital du Gros-Caillou; Petit, pour l'hospice Saint-Martin ; Reboud, pour le bataillon du 41e d'infanterie (service de Paris); Vilmain, pour le dépôt du 17e chasseurs à pied ; Barbès, pour le 17e chasseurs à cheval ; Félix, pour le dépôt du 15e chasseurs à pied ; Duval, pour le 19e chasseurs à pied ; Boisson, pour le 94e d'infanterie ; Berthoud, pour le 26e dragons.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Tisserant, pour le 79e d'infanterie ; Clary, pour le 126e d'infanterie ; Mazeillé, pour le 11e d'infanterie.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, la chaire de chimie organique de la Faculté des sciences de Paris est déclarée vacante.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 15 novembre 1884 devant la Faculté de médecine de Paris pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, l'un à l'École de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes, l'autre à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Caen, est reporté au 15 février 1885.

— Par arrêté ministériel, en date du 6 novembre 1884, le concours qui devait s'ouvrir le 10 décembre 1884 devant la Faculté de médecine de Paris pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'École de plein exercice de médecine et pharmacie de Nantes, est reporté au 1er mars 1885.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. A. Lesage, aide de clinique de la Faculté du laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

— Un legs de près de cinq millions de francs vient d'être fait par Erasmus Wilson au Collège royal des chirurgiens de Londres. Une partie de cette somme serait, dit-on, destinée à organiser un laboratoire de physiologie et de pathologie expérimentale.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Des conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie, appliquées à la toxicologie, seront faites, sous la direction de M. le professeur Brouardel, au laboratoire de toxicologie, caserne de la Cité, quai du Marché-Neuf, 2. Elles auront lieu à trois heures et demie, dans l'ordre suivant, à dater du mardi 11 novembre 1884 : les mardis, par M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique ; les jeudis, par M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale, et les samedis par M. J. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine : 1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

M. le professeur Verneuil a commencé aujourd'hui vendredi, 7 novembre 1884, à l'hôpital de la Pitié, son cours de clinique chirurgicale. Il le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

M. le professeur Peter commencera le cours de pathologie médicale, le samedi 8 novembre 1884, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le docteur Raphaël Blanchard, professeur agrégé, commencera le cours auxiliaire d'histoire naturelle médicale, le samedi 8 novembre 1884, à deux heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le professeur Ball commencera le cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 9 novembre 1884, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

M. le professeur Potain commencera ses leçons cliniques le lundi 10 novembre 1883, à dix heures du matin, à l'hôpital Necker, et les continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. La visite des malades aura lieu tous les jours, à huit heures et demie du matin.

M. le docteur André Petit, chef de clinique de M. le professeur Potain, fera le mardi, à dix heures, une conférence de séméiologie clinique.

M. le docteur Esbach, chef du laboratoire de chimie de M. le professeur Potain, fera, le mercredi, à dix heures du matin, une conférence de chimie pathologique.

M. le docteur Suchard, chef de laboratoire de M. le professeur Potain, fera les nécropsies en présence des élèves.

M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 10 novembre 1884, à trois heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis, lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Sappey commencera le cours d'anatomie, le lundi 10 novembre 1884, à quatre heures du soir, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique, le lundi 10 novembre 1884, à cinq heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis suivants à une heure et demie à l'École pratique, et les lundis et mercredis suivants à la Faculté, dans le petit amphithéâtre, à cinq heures du soir.

M. le professeur Pajot commencera le cours de clinique d'accouchement, le mardi 11 novembre 1884, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants. La visite commencera à huit heures et demie du matin.

M. le professeur Jaccoud reprendra son cours de clinique médicale, le mardi 11 novembre 1884, à neuf heures et demie du matin, à l'hôpital de la Pitié, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

La visite des malades aura lieu tous les jours à neuf heures du matin.

M. le professeur Gautier commencera le cours de chimie médicale, le mardi 11 novembre 1884, à midi, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. M. Gautier traitera de la chimie organique et biologique. Dans sa leçon d'inauguration, il prononcera l'éloge de M. Wurtz.

— Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie de la Faculté sera ouvert, à l'École pratique, 2, rue Vauquelin, à partir du mardi 11 novembre 1884, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de neuf heures à onze heures du matin, sous la direction de M. le docteur Cadiat, chef des travaux.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'hiver, pour tous les élèves de seconde année.

Les inscriptions seront reçues, de trois à quatre heures de l'après-midi, au bureau du surveillant général de l'École pratique, les vendredi 7, samedi 8 et lundi 10 novembre, sur présentation de la quittance à souche, constatant le versement des droits afférents à la cinquième inscription. Une carte d'admission sera délivrée.

MM. les étudiants de deuxième année sont prévenus que, dans

le cas où ils négligeraient de se faire inscrire aux dates ci-dessus indiquées, les inscriptions ultérieures leur seraient refusées.

— *Faculté des sciences de Paris.* — L'ouverture du cours de zoologie expérimentale de M. le professeur de Lacaze-Duthiers aura lieu le samedi 8 novembre 1884. Le laboratoire s'ouvrira le lundi 10. Pendant le semestre d'hiver, les travaux auront lieu tous les jours, de onze heures à quatre heures. Ils consisteront en dissections, exercices pratiques et conférences de zoologie sur les matières des programmes dressés pour les élèves qui se préparent à la licence et à l'agrégation des sciences naturelles.

Les laboratoires de recherches seront ouverts : 1° à la Sorbonne, à partir du lundi 10 novembre 1884 ; 2° aux stations maritimes de Banyuls-sur-Mer (Pyrénées-Orientales), pendant l'hiver, et de Roscoff (Finistère), pendant l'été.

On s'inscrit de midi à quatre heures, au secrétariat de la Faculté des sciences, à la Sorbonne.

— L'École d'anthropologie ouvrira, le samedi 8 novembre 1884, à quatre heures, au siège de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine. Les cours se succèderont dans l'ordre suivant :

M. de Mortillet. — Anthropologie préhistorique, le lundi à quatre heures, à partir du 10 novembre.

M. Blanchard. — Anthropologie biologique, le lundi à cinq heures, à partir du 17 novembre.

M. Topinard. — Anthropologie générale, le mardi à quatre heures, à partir du 18 novembre.

M. Dally. — Ethnologie, le mercredi à quatre heures, à partir du 12 novembre.

M. Hervé. — Anthropologie zoologique, le mercredi à cinq heures, à partir du 12 novembre.

M. Mathias Duval. — Anthropologie zoologique, le vendredi à cinq heures, à partir du 14 novembre.

M. Hovelacque. — Anthropologie linguistique, le samedi à quatre heures, à partir du 8 novembre.

M. Bordier. — Géographie médicale, le samedi à cinq heures, à partir du 15 novembre.

— M. le docteur Delefosse reprendra son cours sur les voies urinaires à l'École pratique, le lundi 11 novembre, à cinq heures du soir, amphithéâtre n° 1, et le continuera les vendredis et mardis à la même heures. Il traitera, cette année, « de la rétention d'urine ».

De l'amplitude de convergence, par le docteur Ellaby. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16977

N° 130. — MARDI 11 NOVEMBRE 1884. 57e ANNÉE. MARDI 11 NOVEMBRE 1884. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. Appendice à mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie. — Hôpital de la Charité. Hernie de la ligne blanche. — Tarassis. — Société de Biologie. — Thèses. — Nouvelles.

Paris, le 10 novembre 1884.

APPENDICE

A MON DERNIER MOT SUR LES FIÈVRES DE L'ALGÉRIE

I

J'avais quitté l'Algérie en 1835, confiant que mon exemple servirait de leçon et que l'application de mes préceptes venant confirmer mes déclarations, ma méthode thérapeutique s'élancerait comme une fusée sur toute la contrée. J'avoue très humblement que je m'étais trompé, et, au moment même où je m'endormais dans la joie du triomphe, je fus douloureusement réveillé par des coups, non d'épées, mais d'épingles, qui s'enfoncèrent un peu au delà de l'épiderme. Je me redressai donc, mais, par dignité professionnelle, je n'ai pas donné à ma défense toute la force, toute l'étendue, toute l'énergie qu'elle réclamait. Aurais-je été mieux inspiré en adoptant une polémique plus vive, plus acérée? Peut-être. Mais je n'avais aucune crainte sur le résultat final ; j'étais certain du succès, tant j'avais de mon côté la vérité, le raisonnement et la démonstration clinique des faits que j'avançais. Il était indubitable pour moi que, malgré tout, mon œuvre ferait son chemin, sans avoir de nouveau besoin de mon concours, et qu'elle saurait bien, seule, prendre le rang qui lui revenait dans la science et dans l'opinion publique. Je cessai donc, depuis 1847, de prendre part à la lutte ; mais, chaque jour, je constatais que mes prévisions se réalisaient, et mes espérances furent de beaucoup dépassées dans la séance où le Congrès d'Alger, en 1881, honora mes travaux de sa haute sanction, et les signala comme un grand bienfait rendu au pays : manifestation éclatante, qui me valut le grand honneur de voir donner mon nom à une rue d'Alger, à un village du département, à une rue de Bône.

La première attaque m'est venue, en 1838, de la part d'un médecin qui aurait dû être le dernier à me l'adresser, M. Worms (1), qui était l'un des trois praticiens, tout à fait dévoyés, dont parle M. l'inspecteur Hutin, dans sa relation de l'épidémie de Bône, en 1833, et qui, sur 6,704 entrants avaient eu 1,526 morts.

Lorsque j'arrivai à Bône, au commencement de 1834, on n'avait pas compris la nature insidieuse des formes les plus redoutables des fièvres d'Afrique, les pseudo-continues et les algides ; quant aux intermittentes et rémittentes franchement exprimées, on les traitait par le sulfate de quinine à la dose de 2 à 4 décigrammes, l'on n'en donnait pas un atome dans les fièvres continues. Mais je dois dire que l'esprit vif et pénétrant de M. Worms lui avait bien vite fait saisir ma pensée et qu'il était préparé à adopter ma méthode dès le début de l'épidémie et qu'il en obtint des résultats à très peu près identiques aux miens.

Après mon départ de Bône, il apporta à la thérapeutique que je lui avais apprise, une modification qu'il annonça comme un grand progrès ; laquelle eut effectivement une certaine vogue pendant quelques années, mais qui, d'après M. Laveran (1884), est tombée en désuétude : je veux parler de la substitution des vomitifs aux déplétions sanguines si longtemps chères aux élèves du Val-de-Grâce. Il était dans ces conditions d'esprit et de savoir lorsqu'il fut appelé aux hôpitaux d'Alger, où, le premier, il introduisit l'administration du sulfate à hautes doses, telle que je l'avais instituée. Ce fut une grande surprise, une véritable révélation, qui eut un grand retentissement, m'a dit plusieurs fois mon très honoré et savant ami Bonnafont, témoin du fait et à qui nous devons une fort intéressante relation des principaux évènements survenus en Algérie, pendant le séjour de douze ans qu'il y a fait. Ce qui n'a pas empêché M. Worms d'écrire que, en arrivant à Bône, en 1834, je leur avais « apporté la méthode de traitement qui, adoptée alors par MM. Antonini et Monard frères, qui sont, sous tous les rapports, les premiers médecins de cette ville (Alger), y est encore aujourd'hui (1838), à fort peu de chose près, restée la même ».

Puisque l'occasion s'en présente si naturellement, je veux en finir avec ce racontar qui pourrait facilement devenir une légende. Je ne me donnerai pas la peine de fournir des développements scientifiques à cette question sur laquelle j'ai déjà eu à m'expliquer. Je me contenterai d'écraser d'un seul mot l'énonciation bien étrange de M. Worms : ce mot ne m'appartient même pas ; je le trouve dans le discours prononcé le 15 décembre 1881, par M. le professeur George, dans la séance officielle de rentrée de l'Institut supérieur algérien, où il dit en parlant de son enfance contemporaine de l'occupation : « J'étais bien jeune, mais je vois, j'entends encore un frère et une sœur chéris, atteints de fièvre intermittente, criant, dans l'intervalle des accès, *j'ai faim!*

(1) *Exposé des conditions d'hygiène et de traitement propres à diminuer la mortalité dans l'armée d'Afrique.* Paris, 1838.

et mourant l'un et l'autre, à dix jours d'intervalle, victimes d'une théorie, heureusement renversée par mon vénérable maître Maillot. » Eh bien, ces deux enfants étaient soignés, en 1833, par MM. Antonini et Monard frères, qui agissaient en vertu de principes que j'ai pu partager avec eux, à cette époque, mais que, dès l'année suivante, j'avais complètement répudiés, pour en formuler de tout opposés. Aussi, je me crois en droit de reprocher une double ingratitude à M. Worms : l'une, envers son éducateur; la seconde, envers une méthode qui lui avait permis de sauver, en 1834, autant d'hommes que sa désolante thérapeutique en avait laissé mourir en 1833; qui lui avait donné, en 1834, 1 décès sur 20 sortants, au lieu de 1 sur 3 1/2, comme en 1833; ce qui ne lui a inspiré que cette phrase d'une désinvolture charmante : « Je vis M. Maillot réussir plus qu'on ne l'avait fait jusque-là; je suivis son exemple et je n'eus pas à m'en repentir. »

La démonstration est complète; mais comme je ne saurais amasser trop de preuves en faveur d'un fait capital où se trouvent engagés l'honneur de mon renom scientifique et, ce qui est bien autrement grave, la grande question de la thérapeutique algérienne et de ses diverses phases, je n'hésite pas, et je le fais avec un sentiment d'orgueil bien pardonnable, je crois, à citer quelques lignes que j'extrais de trois lettres qui m'ont été adressées les 19, 20 et 30 octobre dernier, par MM. les médecins inspecteurs Quesnoy, Vedrènes et Gueury, auxquels j'avais envoyé ma brochure intitulée *Mon dernier Mot sur les fièvres de l'Algérie*, extraite de la *Gazette des hôpitaux* du 30 septembre 1884.

Le premier, qui a expéditionné en Afrique pendant une douzaine d'années, m'écrit de Nemours (Seine-et-Marne) : « Comme vous faites bien d'insister sur la part exclusive que vous avez prise dans les modifications heureuses apportées au traitement des fièvres paludéennes. Sans vous, le séjour dans notre colonie était impossible. A mes débuts dans la carrière, en 1840, j'ai vu les résultats du traitement appliqué encore par les très consciencieux mais trop retardataires frères Monard; plus tard, j'ai habité Bône, et je pouvais déjà comparer. »

Le second, actuellement directeur du service de santé du 19e corps, m'écrit d'Alger : « Le rôle qui vous revient dans la détermination des fièvres continues des pays chauds et marécageux et de leur traitement logique, ainsi que le mérite d'avoir institué la médication quinique en Algérie, ne peuvent vous être contestés. »

Le troisième, que, d'après une conversation antérieure, j'avais cru avoir vu MM. Antonini et Monard en fonctions, me dit dans sa lettre datée de Versailles : « Je me serai mal exprimé lorsque j'ai eu la bonne fortune de vous voir; si, dans notre conversation, j'ai rappelé la doctrine et la pratique des premiers médecins de l'Algérie, notamment de M. Antonini, à qui sa position donnait tant d'autorité, des frères Monnard, dont tant de générations de sous-aides ont exécuté les sanglantes prescriptions, et souffert de leur rigide sévérité, tout en rendant justice à leur caractère, c'est que tout cela était légendaire et bien connu de tous; mais je n'ai pas été témoin. Lorsque, plus tard, à un moment déjà avancé de ma carrière, je suis venu en Algérie, à Sétif, Bône, Philippeville, la voie que vous aviez si magistralement tracée, était suivie par tous, maîtres et élèves... Plus tard encore, quand j'ai parcouru comme inspecteur toute l'Algérie, je n'ai pas trouvé une seule exception à la règle si bien édictée par vous... La vérité s'est imposée à tous et vos contemporains ont glorieusement inscrit votre nom parmi ceux des bienfaiteurs de l'humanité; jouissez en paix de votre œuvre, sans renoncer toutefois à la grandir encore de mille preuves que vous n'avez pas dites. »

Enfin, le jour même, 31 octobre, où je recevais la lettre de M. l'inspecteur Gueury, le courrier d'Alger m'en apportait une de M. le docteur Battarel, médecin de l'hôpital civil d'Alger-Mustapha, m'annonçant officiellement que le corps médical de ce grand établissement venait de donner le nom de Maillot à l'une des salles neuves de médecine. » Vous êtes, monsieur, dit-il, un de ces hommes éminents, que l'on peut, même de leur vivant, honorer comme un ancêtre. Nos nombreux fiévreux apprendront ainsi à connaître et vénérer le nom de celui qui a sauvé tant de malheureux soldats et colons de la cachexie et de la mort. »

M. le médecin-major Gassaud se charge de rouvrir le feu contre moi, en 1840, dans le XLVIIIe volume du *Recueil des mémoires de médecine militaire*, où il dit : « Je sais que quelques médecins de l'armée d'Afrique ont employé ce sel à des doses énormes. Je n'oserais pas imiter cet exemple; j'y serais d'autant moins porté maintenant que j'ai pu apprécier les succès qu'on se glorifiait d'avoir obtenus. Beaucoup d'hommes figurant au nombre des guéris sur les cahiers de visite de l'hôpital militaire de Bône, sont venus mourir aux hôpitaux d'Alger avec des colites ulcéreuses, occasionnées, sans nul doute, par le sulfate de quinine pris en trop grande quantité; c'est ce qui résulte des diverses autopsies faites en ma présence par MM. Maillefer et Dufour, sous-aides attachés, en 1834, à l'hôpital de la Salpêtrière d'Alger. En me résumant, je dirai que le sulfate de quinine est un remède héroïque, spécifique même, mais qu'il ne faut pas en exagérer les doses. On arrêtera aussi bien un accès pernicieux avec un gramme et demi de sulfate de quinine qu'avec trois, quatre ou cinq grammes; bien mieux, on guérira, sans craindre de faire succéder à la maladie qu'on voulait détruire une affection encore plus grave. Ce que j'avance est le fruit d'une longue pratique, en Espagne, en Corse, en Grèce et en Afrique, où j'ai eu l'occasion de soigner des milliers d'hommes atteints de ces pyrexies. »

Voilà l'attaque; voici la réponse. Le premier tort de M. Gassaud est de n'avoir pas demandé à ces évacués dont il parle de quel service de Bône ils sortaient, comme je le lui ai fait observer une vingtaine d'années après à Bordeaux où je l'inspectais; il aurait su alors qu'aucun d'eux n'avait été traité dans mes salles, mais qu'ils provenaient des divisions où l'on pratiquait précisément la médication qui lui tenait tant au cœur. On dirait presque que j'avais pressenti que j'aurais à me défendre un jour contre des critiques injustes ou aveugles, et que, bien résolu à faire un travail sérieux et inattaquable, je m'étais décidé à conserver tous mes malades, que je croyais, du reste, au moins tout aussi bien, entre mes mains qu'à Alger.

Avant d'aller plus loin, je tiens à dire que, après avoir connu les assertions de M. Gassaud, j'adressai immédiatement ma protestation au Conseil de santé qui crut devoir en atténuer certains termes, tout en la faisant insérer dans le tome XLIXe du même recueil, et en disant qu'il « se plaît à témoigner hautement de la haute estime qu'il a pour M. Maillot, dont il a toujours su apprécier la science et la bonne foi, non moins que la modestie et le zèle ».

Dr F.-C. MAILLOT,
Ancien président du Conseil de santé des armées.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TERRILLON.

Hernie de la ligne blanche.

J'ai aujourd'hui un malade très intéressant à vous montrer, et, dans ce but, je l'ai fait descendre de la salle à l'amphithéâtre.

L'affection dont il est atteint n'est pas très commune, elle est de celles qui ont été souvent méconnues au détriment des malades. Il s'agit d'un homme qui porte une tumeur située dans la région abdominale, à 8 centimètres environ au-dessus de l'ombilic.

Cet homme nous raconte qu'il est ouvrier et que, en faisant un effort assez violent, il y a dix ans, il éprouva une douleur extrêmement vive dans le ventre, qui le força d'interrompre tout travail pendant quelques instants. Puis il se remit peu à peu; mais quelques heures plus tard, il s'aperçut qu'il avait une petite grosseur dans la région épigastrique.

Avec les années cette tumeur a acquis un certain degré d'accroissement, très lentement à la vérité. Elle ne lui occasionnait pourtant aucune douleur véritable et peut-être les choses eussent-elles duré longtemps encore ainsi, si, dans ces dernières semaines, il n'était survenu un nouvel incident.

En effet, un nouvel effort assez brusque et quelque peu violent fait en travaillant, il y a une quinzaine de jours environ, a donné comme une sorte de coup de fouet à sa tumeur. Aussi, à dater de ce moment-là, est-elle devenue non seulement gênante, mais encore véritablement et de plus en plus douloureuse. C'est au point que bientôt il s'est trouvé dans l'impossibilité de continuer à travailler. Dans ces conditions, il s'est décidé à venir à l'hôpital, et il a été placé dans ma salle d'hommes.

Examinons maintenant ensemble ce que c'est que cette tuméfaction et les signes et caractères particuliers qu'elle présente.

Tout d'abord on constate que la peau qui la recouvre n'est pas altérée. Par la palpation on sent aussi que le tissu cellulaire sous-cutané est sain. On remarque enfin que la tumeur est arrondie, qu'elle est légèrement bombée; ses petites bosselures, irrégulières, sont situées à son sommet, lequel est tendu par quelque chose qui donne la sensation d'une fluctuation très nette. Quant à ses connexions elles paraissent intimes avec les parois antérieures de l'abdomen, la tumeur est pour ainsi dire soudée aux muscles et aux aponévroses, et c'est en vain que nous avons cherché à la réduire. J'ajouterai que lorsqu'on fait tousser le malade, la tension des tissus qui recouvrent cette tumeur augmente encore.

Qu'est-ce donc, je le répète, que cette tumeur? De quelle nature est-elle? Ses principaux caractères nous dispensent de passer en revue toutes les tumeurs que l'on peut rencontrer dans cette région, et notre diagnostic différentiel n'a guère à s'exercer qu'entre deux variétés de tumeur, je veux parler du lipome et de la hernie épiploïque de la ligne blanche.

Les lipomes offrent à peu près les mêmes apparences que celles que nous rencontrons ici dans la tumeur de notre malade. Ce sont et une consistance analogue et des adhérences semblables, et un volume identique. Ces tumeurs se développent souvent autour d'une bourse séreuse remplie de liquide. Cependant son ancienneté, son mode d'apparition (la tumeur paraît s'être formée immédiatement après un violent effort, du moins jusque-là le malade ne s'était pas aperçu qu'il eût la moindre grosseur dans la région abdominale), s'opposent à la confirmation de ce premier diagnostic. De plus, le malade accuse nettement, de temps à autre, depuis le développement de sa tumeur, des douleurs et des tiraillements à son niveau. Ce sont là tous phénomènes que l'on n'observe pas dans le cas où il s'agit de lipome.

Ce genre de tumeur étant donc rejeté, il ne nous reste plus que la hernie épiploïque à discuter. Je crois devoir insister aujourd'hui, puisque notre malade nous en offre l'occasion, sur les caractères et les signes principaux des hernies de la région abdominale qui nous occupe ici, car souvent ces tumeurs s'accompagnent de phénomènes gastriques considérables, tels que des vomissements et des douleurs extrêmement vives, par exemple, et que, de plus, il est parfaitement arrivé que ces accidents ont été soignés comme dépendant d'une gastrite ou de quelque gastralgie, tandis qu'en réalité on se trouvait en face d'une hernie épiploïque, laquelle agit par action réflexe sur l'organe voisin, sur l'estomac, et détermine des désordres, des troubles gastriques plus ou moins considérables.

Il s'agirait donc bien chez notre malade d'une portion d'épiploon faisant issue à travers la ligne blanche.

Chez lui il est survenu, il y a une quinzaine de jours, comme je vous le disais en commençant, un phénomène particulier caractérisé par une augmentation du volume de la tumeur et par un certain degré de fluctuation qui me laisse quelque doute sur la présence de liquide dans sa cavité. Voici, du reste, comment j'expliquerais le fait : je croirais assez que l'épiploon, en se faisant jour à travers la ligne blanche, a entraîné le sac péritonéal. Celui-ci, sous l'influence de l'irritation à laquelle il s'est trouvé soumis, s'est rempli de liquide. Ainsi se trouveraient expliquées et l'augmentation récente du volume de la tumeur, et la gêne et la douleur qu'en éprouve le malade, depuis une quinzaine de jours surtout.

Il y aurait bien aussi une autre hypothèse, c'est-à-dire celle qui consisterait à dire que l'effort violent, fait par le malade il y a une quinzaine de jours, a amené l'issue d'un nouveau fragment d'épiploon; mais cela ne me paraît pas probable et je croirais plus volontiers à quelque petit phénomène péritonéal.

Le diagnostic exact est important cependant, car s'il existe une certaine quantité de liquide et qu'on puisse l'extraire facilement, nous diminuerons le volume de la tumeur, nous apaiserons les douleurs qu'il éprouve, nous lui procurerons un soulagement véritable. Aussi, dans ces conditions, il ne nous reste plus qu'une chose à faire, c'est-à-dire pratiquer une ponction exploratrice, opération très simple, très facile et qui n'offre aucun danger.

Nous n'avons, du reste, malheureusement aucun autre moyen de traitement, ces tumeurs étant de celles auxquelles il ne faut généralement toucher que si on s'y trouve obligé par l'apparition de phénomènes graves du côté de l'estomac ou de l'intestin, ce qui est, en réalité, chose assez rare.

Donc, après ladite ponction, je laisserai sa tumeur maintenue, suffisamment comprimée par l'application d'une pelote, afin d'empêcher la graisse de se développer outre mesure; il n'y a pas à songer, en effet, à aucune réduction d'une tumeur que ses adhérences, vieilles de plusieurs années, ne sauraient permettre d'obtenir.

En résumé, nous avons donc affaire, chez notre malade, à

cette variété de hernies qu'on appelle vulgairement hernies de la ligne blanche, hernies qui ne se font généralement pas juste sur la ligne médiane, mais qui se portent ordinairement un peu en dehors de cette ligne.

TARASSIS

Par M. le docteur Lanoaille de Lachèse.

I

Observation I. — A..., né le 13 octobre 1862. Cultivateur.

Antécédents de famille. — Père, âgé de soixante-deux ans; asthmatique et goutteux; tremble. Mère, cinquante-huit ans; migraines et névralgies. Sœur aînée, trente-deux ans; varices; morte en juillet dernier. Frère de vingt-sept ans; exempté du service militaire pour une affection du genou. Frère de dix-huit ans; resté petit et fluet; atteint de migraine; a été choréique vers l'âge de quinze ans, et fut alors soigné à l'hôpital Saint-Louis. Sœur de seize ans; bien portante.

Antécédents personnels. — Prétend n'avoir jamais été fort. A eu la migraine ainsi que des vomissements depuis son enfance. Fluxion de poitrine (?) sans gravité en 1882. Fièvre typhoïde, soignée à l'hôpital militaire du Gros-Caillou du 29 janvier au 2 mars 1884. La migraine a cessé dès lors, ne laissant derrière elle que quelques céphalées frontales venant dans la soirée, et une hyperesthésie occipitale qui s'exaspère par le toucher des cheveux.

État actuel. — Entré à l'infirmerie le 20 mai, quinze jours après son retour d'un congé de convalescence accordé à la suite de sa fièvre typhoïde, A... n'a guère fait aucun service depuis son incorporation.

Le 26 du même mois, M. le médecin-inspecteur Daga étant venu visiter le 82e régiment d'infanterie, j'attirai tout particulièrement son attention sur les singularités intéressantes présentées par ce malade.

Taille, 1m,70. Tour de poitrine mesuré à 3 centimètres au-dessous des mamelons, 0m,89. Cheveux et sourcils châtain foncé. Teint pâle. Maintien plein de lassitude.

Anorexie presque complète. Langue nette. Sensation d'empâtement dans la bouche. Tous les aliments ont un goût amer; ils ne s'égarent pas entre les joues et les mâchoires; leur déglutition est facile. Les vomissements ont cessé; il s'en produit toutefois après l'ingestion de l'opium. Pas de constipation.

Aphonie persistante depuis la fièvre typhoïde. Toux rauque, se manifestant à intervalles éloignés par une ou deux saccades. L'examen laryngoscopique est accepté presque sans action réflexe. Rien d'anomal à l'auscultation pulmonaire.

Point d'odorat. Vision correcte. Pas de mydriase. Ouïe...

Ici, je passe la plume à mon ami très obligeant M. le Dr Lévi, qui a bien voulu se transporter chez moi pour examiner mon malade.

« A droite, l'acuité auditive est diminuée dans une proportion notable. A gauche, elle est presque entièrement abolie, aussi bien pour la montre que pour le diapason et la voix.

La perception crânienne est nulle, quelle que soit la région où l'on applique une montre faible.

Une forte montre pressée sur la fontanelle antérieure produit une douleur assez vive (clou hystérique). Elle est perçue par l'oreille droite, perception qui cesse quand on la promène sur d'autres régions du sommet.

La perception, bonne sur le côté droit du crâne, est nulle à gauche.

Le diapason, placé sur le vertex, n'est entendu qu'à droite. Sur les pariétaux, il ne produit aucune sensation sonore. Il est perçu à droite, quand on le promène sur les apophyses mastoïde et zygomatique, de chaque côté.

Les conduits auditifs sont analgésiques, mais ils ont conservé leur sensibilité tactile. Les tympans sont notablement hyperesthésiés; le plus léger contact détermine une douleur extrêmement vive.

Traces de catarrhe chronique de l'oreille moyenne, surtout à gauche, insuffisant pour expliquer le degré de surdité.

Trompes perméables. Tympans et marteaux mobiles.

Le cathétérisme de la trompe provoque un phénomène synesthésique (sensation de brûlure) le long du bord interne du sterno-mastoïdien correspondant (1). »

A... éprouve dans les membres, tantôt sur un point, tantôt sur un autre, des sensations variées. Il n'en sait trop préciser le caractère.

La compression des premières apophyses épineuses dorsales, à l'aide de la pulpe des doigts, détermine une douleur locale très vive, dont la propagation envahit le côté gauche jusqu'à l'aine. Certains mouvements du malade produisent le même résultat; toutefois on n'observe point de rachialgie spontanée, à proprement parler. On ne découvre pas non plus de sentiment particulier dans les muscles des gouttières vertébrales; mais, à la compression de l'épigastre, il se développe au pourtour de l'ombilic une sensation extrêmement pénible, qui gagne vite toute la moitié gauche de la poitrine. La pression digitale des fausses côtes gauches est aussi fort importune, de même que celle de la fosse iliaque, où fréquemment surgit en outre tout à coup une hyperesthésie subjective violente, que la compression exaspère encore. Au toucher, le testicule correspondant accuse une sensibilité exagérée.

Rien de semblable ne s'observe à droite; la perception sensitive de la glande séminale y paraît même émoussée.

Les sensations du tact sont conservées dans tous les points du corps, peut-être avec un léger affaiblissement. Pour minime que soit une pression exercée sur les téguments, elle ne saurait échapper au malade. Ses yeux étant recouverts d'un bandeau, il reconnaît la présence d'un objet de petite dimension, d'une tête d'épingle, que l'on présente à la pulpe de ses doigts. Il perçoit nettement les différences de température.

Mais la plus grande partie de la surface cutanée est rebelle à la douleur. Il y a analgésie complète presque partout à droite. A gauche, on constate qu'un certain nombre d'espaces sont restés sensibles; il en est même qui semblent hyperesthésiés. En dehors de ces régions particulières, on peut avec une épingle piquer la figure, le tronc, les quatre membres, sans provoquer la moindre souffrance. Le malade se dit simplement touché, quand on traverse en séton la peau de chaque bras, des avant-bras, des cuisses, des jambes. Après le retrait de l'épingle, il ne s'écoule de sang par aucune des ouvertures faites aux téguments, sauf en des occasions exceptionnelles, où un vaisseau de quelque importance a pu se trouver fortuitement intéressé.

Par la piqûre des lèvres, de la langue, de la muqueuse buccale, on ne détermine aucune douleur. Il y a perception de contact, et rien de plus.

Les espaces suivants ont conservé leur sensibilité :

Les deux conjonctives; une bande très limitée au pourtour de l'ouverture extérieure des fosses nasales; la face gauche de la cloison; la région lombaire, surtout à gauche; la fesse gauche; le tégument de la paroi abdominale antérieure gauche; la moitié gauche des bourses; la paume des mains, surtout à gauche; la plante du pied gauche, en remontant jusqu'à la malléole interne.

Il existe une asthénie musculaire générale très prononcée. Le malade ne marche qu'avec peine, lentement. En tirant sur les deux extrémités d'un petit dynamomètre à crochet, à l'aide des médius, il déplace à grand'peine l'aiguille de 7k,500. Il arrive à 10 kilogr., s'il agit d'une seule main, tandis que l'instrument est retenu par un aide à son bout opposé. De la main droite, il apprécie le poids et la résistance des objets moins nettement que de la main gauche. Il lui arrive de laisser échapper ce qu'il croit bien

(1) Voir une observation qui présente plusieurs points de ressemblance importants avec celle-ci. (*Gazette hebdomadaire*, juillet 1883, p. 465.)

tenir. Ainsi, quand il coud, son aiguille reste souvent prise dans le tissu, alors qu'il pense l'en retirer.

Les mains tremblent dans l'extension.

Anaphrodisie. Organes sexuels d'apparence normale.

Le pouls se tient au voisinage de quarante-six pulsations à la minute. Quelquefois il s'élève jusqu'à cinquante-huit.

Par périodes, on observe des mouvements de déglutition, qui semblent tenir à une sécrétion surabondante de salive, dont une partie s'écoule alors de la bouche durant le sommeil.

Pas d'ataxie locomotrice. Tous les actes physiques soumis à la volonté sont exécutés avec précision les yeux fermés. Sentiment net de la position occupée par les membres dans le lit. Réflexe du genou normal.

Pas de trémulation épileptoïde du membre inférieur. Pas de contracture. Point de spasme de la glotte.

Les muscles réagissent à la faradisation. Un courant faible, perçu au bras gauche, contracte les muscles des deux membres supérieurs sans déterminer aucune sensation à droite. Plus fort, le courant est senti à droite, pendant qu'il devient douloureux à gauche, où semble même se manifester un certain degré d'hyperesthésie.

Diverses pièces métalliques apposées successivement des deux côtés du larynx n'exercent aucune influence sur la voix, qui ne se modifie point davantage ni dans le cours soutenu, ni au terme prescrit d'un sommeil suggéré. Même insuccès avec l'aimant, comme aussi avec l'électricité. Mais de l'or placé au côté droit du corps, en une région insensible et symétrique d'un espace qui a conservé sa sensibilité à gauche, réveille le sentiment au lieu d'application : ce phénomène ne met pas plus de quinze secondes à se produire, et cesse avec tout autant de rapidité. Néanmoins on ne peut dire qu'il y ait là transfert complet et véritable, car, outre que la sensibilité provoquée n'atteint jamais la perfection de celle de gauche, celle-ci n'est en rien diminuée. Quand on choisit le côté droit du scrotum pour point d'apposition, le crémaster s'anime tout aussitôt d'un mouvement vermiculaire qui dure une demi-minute environ. Si l'on retire le métal dix à quinze secondes après le début de cet acte réflexe, on constate l'apparition très nette de la sensibilité, tandis qu'elle s'est dissipée déjà au moment où le spasme local cesse de se produire.

La plupart des troubles morbides décrits ci-dessus existent en permanence. Mais fréquemment surgissent soudain des accidents divers, à manifestations essentiellement temporaires et variables. C'est ainsi qu'apparaissent des périodes de bâillements presque continuels. Parfois encore se montre une soif inextinguible, au cours de laquelle l'urine recueillie, claire, sans trace de sucre, atteint jusqu'au poids de 5 et de 6 kilogr. en vingt-quatre heures (6^k,013, du 18 au 19 juin).

A la visite du 12 juin, A... est en proie à des palpitations tumultueuses : elles durent depuis la veille. L'oreille, qui perçoit au premier temps un souffle intense vers la pointe, constate aussi à la base un bruit de cuir neuf très manifeste. Tout rentre dans l'ordre en quelques minutes, à la suite d'une simple application de teinture d'iode sur la moitié antérieure gauche de la poitrine.

Les palpitations se reproduisent plusieurs fois les jours suivants; mais elles ne persistent guère au delà d'un quart d'heure, bien que chaque crise nouvelle s'éteigne en dehors de toute intervention thérapeutique. L'état de calme permet d'entendre au cœur un souffle doux et léger, que l'on retrouve aussi dans les vaisseaux du cou.

Le 19 juin, jour où l'émission de l'urine monte à 6^k,013, il y a du ballonnement abdominal, accompagné d'hyperesthésie : vive surtout à gauche, la douleur existe à la superficie cutanée comme au sein des masses profondes. Tout esprit non prévenu évoquerait ici une pensée de péritonite. Nouveau recours à la teinture d'iode, dont l'emploi coïncida naguère si merveilleusement avec le terme rapide d'une agitation cardiaque désordonnée, et bientôt les souffrances actuelles se calment à leur tour, quoique avec un peu moins de promptitude qu'il n'était arrivé précédemment.

A... ne rapporte son affection à nulle cause occasionnelle déterminée. Point de grande frayeur ne se retrouve dans son passé. Toujours traité avec douceur par ses parents, il ne ressentit jamais aucun chagrin sérieux. De caractère enjoué, il ne se préoccupe pas outre mesure de sa situation, et se montre d'ailleurs pleinement rassuré depuis que, pour lui en imposer la confiance, j'ai nettement affirmé sa guérison à venir. La curiosité qu'inspire son état est loin de lui déplaire. Si on le laissait aller, il serait volontiers prolixe pour expliquer ses sensations ou pour parler de sa famille, bien que son aphonie permanente lui impose les plus grands efforts. Cependant il lui est impossible de préciser l'époque où a disparu sa sensibilité à la douleur, car il n'avait fait aucune remarque à ce sujet avant mon examen. Tout ce qu'il peut dire, c'est que, à la moisson de 1883, il y a un peu plus d'une année de cela, ayant eu occasion de dépecer un mouton, il vit le sang couler encore de ses mains après qu'il se les fut lavées, et reconnut qu'il venait de se faire une large entaille à la face dorsale de la main gauche, sans éprouver aucune douleur. Il montre, en conséquence, une cicatrice cutanée très visible, qui s'étend en travers du deuxième métacarpien sur une longueur de 2 à 3 centimètres. D'un autre côté, il porte à la face plantaire droite, dont l'insensibilité actuelle est presque absolue, une cicatrice linéaire qui va du talon aux orteils, cicatrice consécutive à une coupure qu'il se fit il y a trois ou quatre années, en mettant le pied sur une faux. L'accident fut des plus douloureux.

On peut donc admettre que l'anesthésie est survenue entre ces deux époques. Peut-être a-t-elle succédé à une crise convulsive qui paraît s'être produite à un moment donné. Il n'a pas conservé le souvenir de la crise, mais il rapporte que ses parents lui demandèrent un jour ce qu'il avait eu pour se raidir dans son lit comme il venait de faire au moment de se lever, et c'est là l'unique renseignement qu'il sait fournir à ce sujet.

A..., qui appartient à la seconde portion du contingent, a été renvoyé avec sa classe le 25 septembre dernier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 8 novembre 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

PRÉSENTATION

L'ozonéine. — M. **ONIMUS** présente un liquide trouvé par M. Braud et fabriqué par M. Beck. Ce liquide, qui doit sa vertu à l'ozone, dont il est saturé, conserve sa propriété indéfiniment.

Je me fais un devoir, dit M. Onimus, de vous soumettre ce produit, car, il y a quelques semaines à peine, je prétendais, avec la plupart des chimistes, qu'il est impossible de condenser l'ozone ou de le faire dissoudre dans l'eau par la raison qu'il se transforme aussitôt en oxygène ordinaire. Lorsqu'il y a trois semaines, M. Beck nous a apporté ce liquide, et qu'il nous a montré la coloration très prononcée qu'il déterminait sur le papier ozonométrique, nous avons manifesté quelque doute, d'autant plus que d'autres corps déterminent cette coloration, entre autres l'essence de térébenthine, qui, comme vous pouvez vous en assurer par l'odeur, entre dans la préparation de ce liquide.

Nous avons donc tenu, avant tout, à faire expérimenter les autres réactifs de l'ozone, et ces recherches ont été concluantes, car ce liquide donne toutes les réactions du gaz ozone avec le papier Schoenbein, avec le papier Houzeau, avec le papier au thalium; de plus il noircit l'argent métallique, et il transforme l'arsénite de potasse en arséniate de potasse.

J'ai fait quelques expériences sur le pouvoir désinfectant de ce liquide, et si l'action n'est pas aussi prompte que celle de l'ozone à l'état de gaz, je dois reconnaître qu'elle est tout aussi manifeste. Les flacons que je vous présente renferment, l'un, de la viande qui a été dans un état d'altération très avancé, l'autre des œufs pourris. Tous deux, en présence de l'ozonéine, ont perdu leur odeur et leur aspect de putréfaction.

Ce produit a été employé par M. Braud, avec un succès remar-

quable, à Toulon, dans les salles de cholériques et de varioleux, et nos confrères MM. Guiol, Long, Perreymond et Rey en ont, d'après les rapports que j'ai lus, constaté l'excellence.

MM. les docteurs Guiol et Long assurent que c'est grâce « à l'appareil producteur d'air ozonisé, maintenant dans les salles de cholériques une surcharge d'oxygène, moyen puissant de désinfection, qu'on doit attribuer la remarquable immunité observée sur tout le personnel de l'hôpital ».

Voici ce que dit M. le docteur Rey-Escudier : « Pas un seul cas de contagion n'a eu lieu à Bon-Rencontre, pendant l'épidémie, grâce à l'ozonisation des salles par M. Braud. »

Enfin, M. le docteur Perreymond : « M. Braud a, nuit et jour, maintenu dans les salles de cholériques graves, de varioleux, une atmosphère artificielle d'air ozonisé qui a puissamment contribué à l'assainissement de notre établissement. Les propriétés désinfectantes de l'ozone ne sont plus aujourd'hui à discuter. »

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les grands avantages de ce produit; ils sont trop utiles pour que nous n'ayons pas désiré vous les signaler immédiatement.

ÉLECTION.

La Société procède à l'élection d'un président et d'un secrétaire général.

M. Paul Bert et M. Dumontpallier sont élus, l'un président, l'autre secrétaire général pour cinq ans.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

318. M. Baroux. De l'artérite. — 319. M. Fradet. Du rhumatisme secondaire dysentérique. — 320. M. Bottey. Considérations sur deux cas de luxation de l'épaule en arrière et en bas. — 321. M. Perrier. Contribution à l'étude de la réduction des luxations sous-coracoïdiennes récentes de l'épaule par la méthode de rotation et d'élévation combinées du professeur Kocher (de Berne).— 322. M. Weber. De l'amaurose saturnine. — 323. M. Torkomian. Étude clinique sur les accidents observés chez les tuberculeux brightiques sans tuberculose rénale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Les tableaux publiés par l'administration tantôt de midi à midi, tantôt de minuit à minuit, en rendent la lecture souvent des plus difficiles. Quoi qu'il en soit, nous savons aujourd'hui que le premier cas et le premier décès cholériques remontent au 3 novembre. Depuis ce décès et jusqu'au 9 novembre, midi, le nombre des cas s'élève à 206 et celui des décès à 66. Pour la journée du 9 novembre, *de minuit à onze heures du soir*, nous trouvons 186 cas dont 185 à Paris et 1 dans la banlieue, à Montreuil-sous-Bois, et 51 décès.

Ces 185 cas se répartissent de la manière suivante :

Ier arrondissement, 0; IIe, 4; IIIe, 16; IVe, 9; Ve, 2; VIe, 6; VIIe, 54 (1); VIIIe, 0; IXe, 2; Xe, 13; XIe, 27; XIIe, 10; XIIIe, 4; XIVe, 0; XVe, 8; XVIe, 0; XVIIe, 1; XVIIIe, 2; XIXe, 15; XXe, 12.

Ajoutons que, du 24 juin au 15 octobre, on avait déjà constaté dans le département de la Seine 168 cas et 78 décès, mais aucun autre cas ni décès du 15 octobre au 3 novembre 1884.

— Par décision ministérielle, en date du 6 novembre 1884, la commission du personnel du corps de santé militaire, composée de M. l'inspecteur général Legouest, de MM. les médecins et pharmacien inspecteurs Perrin, Colin, Daga, Baudouin, Gaujat, Védrènes, Lévié, Coulier, et de M. Czernicki, médecin-major de 1re classe, secrétaire, doit se réunir au ministère le 1er décembre prochain, pour procéder aux différentes opérations de classement.

— Par arrêté ministériel, en date du 8 novembre 1884, M. le docteur Napias est nommé membre de la commission chargée d'examiner les questions relatives à la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes.

— Les questions données pour la première épreuve orale (épreuve d'anatomie) du concours du prosectorat des hôpitaux sont : « Estomac, l'aisselle. »

— Les questions données pour l'épreuve écrite du concours des prix de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris sont : 1° première division, élèves de première et deuxième années, valvule iléo-cæcale, symptômes et traitement de l'étranglement interne; 2° deuxième division, élèves de troisième et quatrième années, cellule hépatique, accidents nerveux du diabète.

— Les questions données pour l'épreuve orale aux volontaires d'un an, candidats du concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, sont : artère pulmonaire ; causes et signes de l'embolie pulmonaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henninger, agrégé de chimie près la Facuté de médecine de Paris.

— M. Recoura est chargé des fonctions de préparateur au laboratoire de chimie organique, dirigé par M. Berthelot, à l'École pratique des hautes études.

— M. Hérail, licencié ès sciences, est nommé maître de conférences de botanique micrographique à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Sont nommés chefs de clinique : MM. Dufour (médecine); Laguaite (chirurgie); Mathieu et Lemoine (maladies mentales).

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Bellier (Théodore), licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — M. Chevalier, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de minéralogie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Trélat commencera son cours de clinique chirurgicale le mercredi 12 novembre 1884, à dix heures du matin. Les mercredis et vendredis, leçons à l'amphithéâtre et opérations à dix heures. Le lundi, maladies des femmes et étude des pièces au laboratoire. Les mardis, jeudis et samedis, visite des malades à neuf heures.

M. le docteur Hanriot, professeur agrégé, commencera le cours complémentaire de chimie, le mercredi 12 novembre 1884, à quatre heures de l'après-midi, dans le petit amphithéâtre, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le jeudi 13 novembre 1884, à quatre heures du soir dans le petit amphithéâtre, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. — Dans la première leçon, le professeur résumera l'œuvre de Celse et l'histoire de la médecine à Rome,

M. le docteur Straus, professeur agrégé, commencera le cours complémentaire d'anatomie pathologique, le jeudi 13 novembre 1884, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'École pratique, 2, rue Vauquelin, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure.

M. le professeur Charcot commencera le cours de clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 14 novembre 1884, à neuf heures et demie du matin, à l'hospice de la Salpêtrière, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure. Les lundis auront lieu les leçons au lit des malades, les mardis l'examen des malades de la consultation externe, les vendredis les leçons à l'amphithéâtre.

M. le docteur Legroux, professeur agrégé, commencera des con-

(1) Ces 54 cas proviennent d'un foyer d'épidémie dans l'asile des Petites-Sœurs des Pauvres, avenue de Breteuil.

férences de pathologie interne, le lundi 17 novembre 1884, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, à huit heures et demie du soir, et les continuera les vendredis et les lundis suivants, à la même heure. Il traitera, comme sujets de son cours, la pathogénie, la thérapeutique et la prophylaxie des maladies infantiles.

— Le samedi 15 novembre 1884, à trois heures de l'après-midi, dans la salle des examens de la Faculté des sciences de Paris, M. Gourret soutiendra, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour sujet : « Considérations sur la faune pélagique du golfe de Marseille. »

— *Faculté des sciences de Paris.* — Le cours de physiologie ne commencera que le vendredi 14 novembre 1884. Il aura lieu rue de l'Estrapade, n° 18, le lundi et le vendredi, à trois heures de l'après-midi. M. Dastre traitera de la physiologie des organes des sens au point de vue expérimental. Il s'occupera ensuite de la guérison et du développement.

Les cours de chimie de MM. Troost et Debray ne pourront s'ouvrir que le lundi 17 et le mercredi 19 novembre 1884, rue Michelet, n° 3. — M. Riban, directeur-adjoint du laboratoire, commencera les travaux pratiques de chimie, le lundi 17 novembre 1884, rue Michelet, n° 3.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Les travaux du laboratoire d'enseignement de zoologie anatomique commenceront le lundi 17 novembre 1884 au Muséum d'histoire naturelle, sous la direction de M. H. Milne-Edwards et A. Milne-Edwards. Ils auront lieu tous les jours, de midi à quatre heures, pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1884-1885. Ils consisteront en dissections, autres exercices pratiques et conférences. Le laboratoire des recherches restera ouvert pendant toute la durée de l'année scolaire.

Les étudiants qui voudront prendre part à ces travaux devront se faire inscrire de midi à quatre heures, au laboratoire, rue de Buffon, 55.

— M. le docteur Gillet de Grandmont commencera un cours d'ophtalmologie le lundi 17 novembre, à huit heures du soir, à l'École pratique (amphithéâtre n° 3), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure. — Les élèves seront exercés à la pratique des opérations.

Étude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme, de quelques effets des excitations périphériques chez les hystéro-épileptiques à l'état de veille et d'hypnotisme, par le docteur Magnin. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Société des sciences médicales de Gannat. Compte-rendu des travaux de l'année scolaire 1883-1884. 38e année. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16989

N° 131. — JEUDI 13 NOVEMBRE 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 13 NOVEMBRE 1884. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL NECKER. I. Insuffisance tricuspidienne. — II. Insuffisance aortique, perforation de la valvule mitrale, épanchement péricardique. — Fistules urétrales non urinaires. — Traitement prophylactique et curatif du choléra par le cuivre. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

Paris, le 12 novembre 1884.

M. A. FAUVEL

En annonçant à l'Académie la mort de son vice-président, M. A. Fauvel, M. le président n'a pas cru contrevenir à la volonté exprimée par le défunt, qu'il ne fût fait aucun discours sur sa tombe, en prononçant l'allocution qu'on lira au compte-rendu, et il a eu raison. L'Académie le lui a prouvé par les marques d'approbation qu'elle lui a données. Moins tenu par cette disposition qui ne saurait lier la presse, on nous permettra d'exposer ici en quelques mots les principaux travaux accomplis par M. Fauvel pendant sa laborieuse et active carrière, les services qu'il a rendus à son pays et à la science, dans les importantes fonctions dont il a été investi, et ses titres à la considération et au respect de ceux qui lui survivent.

Les débuts de M. Fauvel révélaient déjà en lui des aptitudes studieuses et un esprit d'observation sévère. On en trouve, en effet, les preuves dans ses premiers travaux, dans sa thèse inaugurale sur la bronchite capillaire ou catarrhe suffocant des enfants, dans son mémoire sur les signes stéthoscopiques du rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche, qui est resté classique, dans son mémoire sur le scorbut de la Salpêtrière et sur la composition du sang dans cette maladie, travaux qui le conduisirent, les concours aidant, à la place de chef de clinique de l'Hôtel-Dieu d'abord, puis, peu de temps après, au Bureau central des hôpitaux. Il en était là en 1847, voyant se dessiner déjà devant lui un avenir brillant, lorsque, à la création de l'institution des médecins sanitaires dans le Levant, à la suite de la célèbre discussion sur la peste, il fut appelé à occuper un des postes les plus importants, celui de Constantinople.

Un horizon nouveau s'ouvrait pour lui, son esprit observateur et réfléchi, son zèle et son penchant pour les réglementations allaient trouver de quoi se produire. En 1848, il était nommé membre du conseil impérial de santé de l'empire ottoman ; en 1849, professeur à l'École de médecine de Constantinople. En 1854, pendant la guerre d'Orient, il était chargé de l'inspection des hôpitaux militaires en Bulgarie, puis envoyé à Varna, lors de l'invasion du choléra dans l'armée française. En 1856, il est un des fondateurs, avec les médecins militaires des armées alliées, de la Société impériale de médecine de Constantinople, dont il devait bientôt devenir président, et il crée la *Gazette médicale d'Orient*, où sont consignées des discussions approfondies sur le typhus et sur le choléra.

Pendant qu'il prend une part active aux graves évènements de cette époque, son ardeur pour les recherches scientifiques, loin de se ralentir, trouve dans ces évènements même de nouveaux aliments. Il publie un travail important sur la question de l'endémicité de la peste en Orient, qui a conduit à la réforme du système quarantenaire européen à la conférence sanitaire internationale de Paris en 1851. Les années 1852-53 sont employées à des négociations et à des travaux administratifs de police sanitaire, à l'effet d'obtenir du gouvernement ottoman la consécration des décisions de cette conférence. De 1854 à 1856, il publie le compte-rendu de sa mission en Bulgarie, des notes sur les maladies des provinces turques occupées par les armées belligérantes, une histoire médicale de la guerre d'Orient, un travail sur le typhus des armées, une étude sur le scorbut de l'armée française, une relation de l'épidémie de peste qu'il a observée en Bulgarie, pendant qu'il fait de nombreuses communications à la Société médicale des hôpitaux de Paris sur la constitution médicale de Constantinople.

Enfin, en 1866, le gouvernement français, qui avait déjà reconnu et récompensé les services rendus à la science et à son pays, qu'il avait si dignement représenté, par la croix de chevalier de la Légion d'honneur, en 1852, et celle d'officier en 1855, le délégua comme son représentant auprès de la nouvelle conférence sanitaire internationale de Constantinople. Ce fut pour lui l'occasion de deux nouveaux travaux importants, les derniers qu'il ait datés de cette résidence : le rapport à la conférence sanitaire internationale sur la question du programme relatif à l'origine, à l'endémicité, à la transmissibilité et à la propagation du choléra et le rapport sur les mesures à prendre en Orient pour prévenir les nouvelles invasions du choléra en Europe.

C'est dans cette même année 1866, en effet, qu'il devait quitter Constantinople où il avait résidé dix-neuf ans, pour revenir à Paris. Mêlier venait de mourir. On sait comment est mort, victime du devoir, dans une de ses missions délicates et périlleuses, cet homme excellent, de qui l'on ne savait ce qu'on devait louer le plus, de sa bienveillance et de toutes les qualités aimables et sympathiques qui lui avaient acquis l'affection unanime de ses confrères, ou de

l'intelligence, du talent et du zèle dont il avait donné de si nombreux témoignages dans ses fonctions publiques comme dans ses attributions académiques.

Il s'agissait de le remplacer dans sa haute situation d'inspecteur général des services sanitaires de France. Le choix du gouvernement se porta, probablement sans hésitation, sur le plus distingué de ses médecins sanitaires, sur M. Fauvel. Sa nomination, généralement prévue, fut bien accueillie. En l'annonçant, il y a aujourd'hui dix-huit ans, nous exprimions nous-mêmes la pensée que nul n'était plus digne de la confiance de l'administration et que ce choix réunirait l'adhésion unanime du corps médical. C'était déjà assez dire ce que nous savions et ce que nous pensions alors de lui. A-t-il répondu à ce que l'on en attendait?

Nous n'avons pas l'intention d'établir un parallèle avec son prédécesseur. Les deux natures étaient trop différentes. Nous n'avons à nous occuper ici, d'ailleurs, que du savant; et à ce point de vue les mérites peuvent s'égaler tout en n'étant pas les mêmes. Depuis 1866 qu'il exerçait les fonctions d'inspecteur général et de membre du Comité consultatif d'hygiène auprès du ministère du commerce, et depuis 1867 qu'il siégeait à l'Académie, tous nos lecteurs savent ce qu'il a fait, sa participation active, et on peut dire prépondérante, à la conférence de Vienne de 1874, d'où date la doctrine le plus généralement admise aujourd'hui sur le choléra et les règlements sanitaires actuellement en vigueur; ses rapports officiels, ses nombreuses communications à l'Académie, son concours à toutes les discussions, non seulement à celles qui avaient pour objet le choléra, la peste, la fièvre jaune ou le typhus, en un mot les grandes épidémies, mais encore à toutes celles qui pouvaient intéresser de près ou de loin l'hygiène publique, telles que les discussions sur la vaccine, sur l'allaitement des enfants, sur les viandes trichinées, etc., etc.

L'ensemble des travaux principaux de M. Fauvel, ceux notamment qui concernent le choléra, se trouve résumé dans l'ouvrage intitulé : *le Choléra*, qu'il a publié en 1868, et dans le *Règlement général de police sanitaire maritime*, pour le choléra, la fièvre jaune et la peste, rédigé au nom du Comité consultatif d'hygiène publique et publié par l'Imprimerie nationale en 1876.

Ce n'est ici ni le lieu ni le moment d'examiner la valeur réelle et l'avenir des principes et des règlements issus des conférences de Constantinople et de Vienne, principes que M. Fauvel a fait siens, tant il les a soutenus dans toutes les discussions avec un accent de conviction, une chaleur et parfois même une passion qu'on eût difficilement soupçonnée sous son aspect froid et peu expansif. Mais ce qu'on ne peut assurément méconnaître, c'est le talent, c'est l'abondance et la richesse des recherches, des renseignements et des rapprochements accumulés dans tous ses travaux et mis avec une rare habileté au service de la démonstration du point d'origine commun des épidémies cholériques, de leur migration et de leur propagation par voie de contagion.

N'est-ce pas en poussant à l'extrême ces principes, en les exagérant tout au moins par une généralisation qui n'est pas suffisamment justifiée, et en en déduisant des pratiques rigoureuses, parfois irréalisables, plus onéreuses et plus gênantes peut-être dans quelques cas qu'elles ne sont réellement utiles, qu'on a fait naître au sein des populations ce sentiment de terreur et d'affolement dont nous avons vu naguère de si tristes exemples? Est-ce un effet de ce sentiment sur l'esprit de M. Fauvel, qui l'a fait réagir dans le dernier manifeste sorti de sa plume, qui semble avoir stupéfié tous ses amis et ses partisans et qui a motivé le désaveu formulé hier par le président au nom de ses collègues? Est-ce l'indice d'un ébranlement réel dans ses anciennes convictions, pourtant si fermes au milieu même des plus vives contradictions? Nul ne peut le savoir maintenant et ne le saura jamais. Le choléra nous ménage tant de surprises, que celle-là, si grande qu'elle puisse paraître, ne nous étonnerait pas absolument.

D^r B.

HOPITAL NECKER. — M. Potain.

I. Insuffisance tricuspidienne. — II. Insuffisance aortique, perforation de la valvule mitrale, épanchement péricardique.

Nous avons à vous entretenir aujourd'hui de deux malades atteints tous deux de lésions cardiaques. Chez l'un, nous avons pu enrayer les progrès du mal, provisoirement du moins; chez l'autre, malheureusement, toute intervention devait rester infructueuse et la maladie s'est terminée par la mort. Tous deux sont des hommes; ils étaient couchés, le premier au n° 12, le second au n° 10 de la salle Saint-Luc.

I. Le n° 12 a présenté tous les phénomènes d'une affection du cœur et, malgré des accidents graves d'asystolie, il s'est assez bien remis pour quitter l'hôpital et retourner à ses occupations habituelles.

A son arrivée ici, nous avons été tout d'abord un peu embarrassés dans le diagnostic de la lésion cardiaque. Il présentait de temps en temps les signes d'une insuffisance tricuspidienne, lesquels disparaissaient à un moment donné pour reparaître un peu plus tard. Il avait aussi un rétrécissement mitral d'ancienne date se rattachant à un rhumatisme, dont les premières atteintes remontaient, chez lui, à l'âge de quatorze ans. Cet homme a aujourd'hui cinquante-trois ans.

C'est au mois de janvier 1884 que, pour la première fois, il a commencé à respirer difficilement, qu'il a eu ses premières crises d'oppression. Au bout de quelque temps celles-ci prirent une telle intensité qu'il se décida à entrer à l'hôpital. A son arrivée nous constatâmes une hypertrophie notable du cœur : son bord droit mesurait 18 centimètres, son bord gauche 14. On entendait à l'auscultation un souffle systolique qui se prolongeait jusque vers l'extrémité inférieure du sternum, ainsi qu'un dédoublement du second bruit; en même temps l'on constatait des battements au niveau du foie et dans la jugulaire.

En résumé, nous trouvions une double lésion, un rétrécissement mitral ainsi qu'une insuffisance mitrale et une insuffisance tricuspidienne. Sous l'influence de la digitaline cette dernière disparut au bout de peu de temps et bientôt la matité cardiaque diminua de 1 centimètre transversalement et de 2 centimètres verticalement. Mais, à la suite de quelque fatigue, la matité, observée tout d'abord, revenait à ses limites morbides des premiers jours et l'insuffisance tricuspidienne reparaissait. La digitale agit également sur la circulation capillaire : aussi son administration est-elle très favorable. Néanmoins elle doit être employée avec beaucoup de prudence, car quelque fois elle est trop active et peut donner lieu à des hémorragies pulmonaires. C'est un peu, quoique à un très faible degré, ce qui nous est arrivé chez notre ma-

lade, à la suite de plusieurs doses de digitaline, quelques crachements de sang et quelques râles dans la poitrine. Il se fait, en pareil cas, une sorte d'apoplexie du poumon.

II. Quant au n° 10, il s'agissait d'une insuffisance aortique très caractérisée, qui, au premier examen, ne nous a laissé aucune hésitation. A la base du cœur on entendait un souffle diastolique, doux, ayant son maximum à droite du sternum, se prolongeant dans la direction de la pointe du cœur sur une grande étendue. Le cœur était très volumineux, et sa pointe était très en dehors. On entendait, de plus, un souffle systolique très aigu, très limité, tout à fait circonscrit à la pointe, très sibilant, caractéristique d'une insuffisance mitrale, persistant pendant toute la durée de la systole ventriculaire. Ici encore nulle hésitation dans le diagnostic. En somme, nous étions en présence d'une insuffisance mitrale légère, d'une insuffisance aortique très prononcée et d'un rétrécissement aortique léger.

Chez lui le facies était très impressionné; on constatait de l'oppression, une anhélation rendant la marche pénible; souvent cet homme était forcé de rester assis sur son lit. De plus la face était bouffie et pâle, la peau était tiquetée d'un certain nombre de taches de purpura, le ventre et les extrémités inférieures étaient œdématiés. En somme, les phénomènes morbides dénonçaient quelque chose de plus qu'un état cardiaque, ils nous indiquaient aussi quelque lésion rénale secondaire. Bref, tout donnait lieu chez lui à un pronostic grave, pour ainsi dire, dès le jour de son entrée.

J'ai déjà dit tout à l'heure que le cœur était volumineux. Or, à un moment donné, la matité a augmenté brusquement et d'une telle façon que le bord droit du cœur mesurait $0^m,25$ et le bord gauche $0^m,155$; enfin la partie découverte du cœur était très étendue.

Cette augmentation soudaine était-elle le résultat d'une asystolie? N'était-elle pas plutôt la conséquence de quelque épanchement péricardique? D'une part les battements du cœur s'entendaient encore à la pointe; de l'autre on constatait une certaine voussure, une diminution dans l'intensité et dans l'impulsion des bruits du cœur, une augmentation de la matité, tous phénomènes qui sont en rapport avec un épanchement dans le péricarde. Or, à l'autopsie, nous avons trouvé dans le péricarde 200 centimètres cubes d'un liquide séreux, lequel avait suffi pour déterminer en quarante-huit heures l'augmentation si considérable de la matité que nous observions.

En résumé, si cet épanchement a certainement contribué à l'issue fatale de la maladie, en réalité il n'a fait qu'avancer de bien peu la terminaison. Nous en étions arrivés à un moment où, pour ainsi dire, il n'y a plus rien à faire. Déjà les nombreux révulsifs auxquels nous avions eu recours n'avaient pas fait grand'chose. Peut-être aurait-il fallu pratiquer la thoracentèse du péricarde, mais généralement les résultats sont si peu brillants, en pareil cas, qu'on ne la tente guère que si l'on a des chances véritables d'une amélioration qui en vaille la peine, d'autant plus que d'une part l'opération est assez dangereuse et que de l'autre il est très difficile d'apprécier d'avance, dans ces cas-là, la quantité de liquide épanché.

Quand on a affaire à une péricardite *primitive*, rapide dans son évolution, donnant lieu à des accidents sérieux, plus que graves, dangereux même pour la vie, alors il n'y a généralement pas d'hésitation à avoir, surtout si tous les autres moyens ont échoué.

Bref, cet homme a succombé promptement et à l'autopsie nous avons trouvé un épanchement péricardique comme nous venons déjà de le mentionner, avec fausses membranes; nous avons constaté aussi une insuffisance aortique résultant d'une rétraction des bords de l'orifice de l'aorte, une insuffisance mitrale avec perforation de la valvule mitrale, perforation ovalaire, transversale, en forme de sifflet, et mesurant $0^m,006$ de longueur sur $0^m,003$ à $0^m,004$ de largeur.

Quant au cœur, il était moins volumineux à l'autopsie non pas positivement que pendant la vie, si ce n'est dans les derniers jours, mais moins volumineux qu'à l'entrée du malade à l'hôpital, ce qui s'explique par la compression exercée par le liquide épanché.

FISTULES URÉTRALES NON URINAIRES

Par le docteur Reliquet.

Je me suis arrêté à ce titre qui montre bien le point le plus important de ce mémoire. C'est de démontrer qu'il existe des trajets fistuleux consécutifs à des abcès périphériques à l'urètre, qui permettent au liquide injecté par l'orifice cutané de pénétrer dans l'urètre, et cela sans que l'urine passe de l'urètre vers la peau. Il y a bien des cas où l'urine passe à certains moments par la plaie, mais même dans ces cas les caractères de la fistule et la nature de ses tissus périphériques ne ressemblent en rien à ce qui existe toujours lorsque de vraies fistules urinaires existent. Enfin, le fait que l'injection passe facilement de la peau à l'urètre, en permettant des lavages fréquents du trajet et des cavités de la fistule est une des conditions les plus favorables à la guérison.

Ces fistules sont toujours consécutives à un abcès développé dans une glande périphérique de l'urètre; dans la très grande majorité des cas, il s'agit d'une cowpérite suppurée. Mais, ainsi que je l'ai vu, et j'en donne l'observation, cette fistule urétrale non urinaire peut succéder à l'abcès d'une glande périphérique placée en avant des bourses. De même l'abcès de la cowpérite peut s'ouvrir dans le rectum, et alors l'orifice extérieur du trajet fistuleux est là dans le rectum, ainsi que j'en relaterai des faits.

Observation I. — En 1877, un homme de trente ans, Américain, entre dans mon cabinet, se soutenant avec deux béquilles, traînant les jambes derrière lui, exactement comme s'il était atteint de myélite. Dans l'urètre, il porte une sonde en caoutchouc vulcanisée, qu'il me supplie de ne pas retirer, ne pouvant pas uriner sans elle, et ayant toujours de très grandes difficultés pour la remettre. Ce malade porte dans le triangle gauche du périnée, juste au lieu d'élection de l'ouverture cutanée la plus directe, des trajets fistuleux de la glande de Cowper, c'est-à-dire au niveau de cette glande, un orifice large d'un demi-centimètre, d'où s'écoule un muco-pus épais, filant, ayant le caractère du liquide de ces glandes. Par le toucher rectal, rien dans le rectum. Mais l'indicateur étant dans le rectum et le pouce sur le périnée, il était très facile de sentir la continuité du trajet fistuleux allant de l'orifice cutané vers le côté gauche du bulbe, c'est-à-dire à la glande de Cowper que je sens assez grosse et présentant un noyau central dur. Un stylet introduit dans le trajet arrive facilement jusqu'à ce noyau, ainsi que le doigt dans le rectum le reconnaît. L'orifice cutané du trajet fistuleux est sensiblement plus étroit que ce conduit qui, dans sa continuité, présente des dilatations.

La sonde à demeure dans l'urètre rend encore plus nets les résultats de cette exploration. La sensibilité cutanée des membres inférieurs est très diminuée.

Le malade me raconte qu'il a presque continuellement un écoulement de l'urètre depuis dix ans, mais le plus souvent très insignifiant, de temps en temps plus fort.

En novembre 1875, il a brusquement de la difficulté et de la douleur en urinant, et là où est sa fistule on trouve une tumeur douloureuse au toucher. Cette tumeur persiste avec des alternatives de diminution et d'augmentation dans le volume, ainsi que les douleurs et les difficultés pour uriner, pendant huit mois. Puis l'écoulement qui continue toujours plus ou moins abondant cesse, et pendant quatre mois le malade n'éprouve rien.

En novembre 1876, un an après le début des premiers accidents, le malade m'affirme que, sous l'influence d'une grippe violente, la tumeur du périnée reparaît, à la même place, avec tous les troubles de la miction et des douleurs plus vives encore qu'à la première atteinte. Après des soins de plusieurs mois, la tumeur s'ouvre; il en sort du sang et de l'humeur, et, m'affirme le malade, en urinant il passe par cette ouverture des gouttes d'urine. Alors on voulut passer une sonde dans l'urètre, mais le canal était tellement sensible, qu'on ne put y arriver. Après bien des tentatives infructueuses, on donna du chloroforme, et ce ne fut que pendant l'anesthésie qu'on put mettre une sonde assez grosse pour laisser passer l'urine. Peu à peu on arriva à une sonde plus grosse. (Quand le malade vint chez moi, il avait dans l'urètre une sonde en caoutchouc vulcanisé n° 17.)

Pendant la sonde à demeure le trajet fistuleux diminuait, semblait se cicatriser; mais dès que la sonde était enlevée, tout se reproduisait. Nouvel abcès et fistule consécutive, mais c'était toujours le même trajet fistuleux; il n'y a jamais eu d'abcès périphérique et de nouvelles ouvertures cutanées, comme cela a toujours lieu dans les fistules urinaires ordinaires.

Pour lutter contre cette affection, on ouvrit le trajet, on y fit des cautérisations au fer rouge. A la dernière, pratiquée pendant l'action du chloroforme, le malade se réveilla, ayant les membres inférieurs insensibles et ne pouvant pas les remuer.

Ayant toujours la sonde à demeure, il resta couché pendant trois mois; puis se leva, marcha avec des béquilles, traînant les jambes. Ayant toujours la sonde à demeure, étant dans cet état, il se produit un gros abcès dans le trajet fistuleux, l'ouverture de celui-ci s'étant fermée.

Il y avait un mois que cet abcès s'était produit lorsque ce malade vint chez moi.

Je fais immédiatement le débridement en haut et en bas du trajet fistuleux jusqu'au niveau de la glande, de façon à ouvrir un infundibulum à parois régulières, ayant son sommet à la glande. Je le remplis exactement d'une mèche de charpie imbibée de glycérine phéniquée.

Je donne un grand lavement matin et soir avec ma longue canule en gomme, et une heure après que ce grand lavement a été rendu, le malade prend un petit lavement de 100 grammes d'eau de graines de lin très épaisse contenant 2 grammes de bromure de potassium. Le pansement de la plaie, fait toujours en remplissant exactement l'infundibulum, est renouvelé matin et soir.

Après huit jours de ce traitement, tout est amélioré; l'urètre est moins sensible, le malade consent à retirer la sonde. Il urine par le canal sans difficulté devant moi, je ne vois rien sortir par la fistule. Les mouvements des jambes sont revenus et la marche est presque normale.

Je fais des injections par l'orifice cutané avec de l'eau phéniquée au millième, dont une partie revient par l'urètre. Le malade continue ses pansements, ses grands lavements et ses petits lavements bromurés. Tous les deux jours je fais une injection d'eau phéniquée dans le trajet fistuleux, qui diminue de plus en plus; une partie de l'eau de l'injection revient par l'urètre. Après quinze jours, je débride à nouveau, mais seulement l'orifice cutané qui se resserre plus vite que le trajet, et je finis par obtenir la cicatrice complète du sommet de l'infundibulum à la peau, après un mois de traitement.

Par l'urètre, il persiste un écoulement de matière blanche assez épaisse, filante, qui disparaît peu à peu.

Ce malade, après ses absences de Paris, est revenu souvent me voir; toutes les fois j'ai constaté le maintien de la guérison. En janvier dernier (1884), je l'ai soigné d'une véritable chaude-pisse, qui s'est guérie, sans manifestation du côté de sa glande de Cowper gauche. Ce que je craignais.

Dans ce fait, je n'ai jamais vu l'urine passer par la plaie; cependant je ne puis pas affirmer qu'il n'est pas passé d'urine au début, au moment de l'ouverture des abcès. Gubler et surtout Mauriac disent avoir vu l'urine passer par ces trajets, dans les premiers moments qui suivent l'ouverture de ces abcès des glandes de Cowper. Mais le point important c'est que les parois du trajet fistuleux n'étaient pas indurées, que les abcès se sont toujours succédé dans le même trajet, se sont ouverts au niveau de la même cicatrice, ce qui n'arrive pas dans le cas de fistules urinaires vraies, et que cette fistule ancienne, due à l'abcès de la glande de Cowper, a été guérie.

Je ne m'étends pas ici sur les troubles d'innervation dus évidemment à l'affection et probablement aux différentes manœuvres chirurgicales. Ce côté de l'observation, quoique très intéressant, m'éloignerait trop du sujet tout local de ce mémoire.

Dans l'observation suivante, j'ai vu se produire l'abcès de la glande de Cowper gauche; j'en ai suivi toutes les phases, j'ai ouvert l'abcès. Le malade n'a jamais eu la sensation du passage de l'urine dans la plaie. Plusieurs fois je l'ai fait uriner devant moi, et jamais une goutte d'urine n'a passé par la plaie.

Obs. II. — M. X..., cinquante-quatre ans, courrier, vient me consulter en janvier 1879. Il a eu, depuis quinze ans, de nombreuses coliques néphrétiques, et me montre la petite boîte contenant de nombreux petits calculs ronds ou à facette, sans rugosité, rouge jaune, et du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois chiche. Depuis un an, il ne rend plus de gravier, et ses envies d'uriner sont devenues de plus en plus fréquentes. Actuellement, jour et nuit, il urine tous les trois quarts d'heure, parfois plus souvent, toujours avec difficulté; il est obligé de pousser. La marche, et surtout la voiture, provoquent des envies d'uriner plus fréquentes, et une douleur vive tout le long du canal jusqu'à l'extrémité de la verge.

Il se plaint aussi d'éprouver de la douleur au périnée en avant de l'anus lorsqu'il est assis. Dans le triangle gauche du périnée, juste entre le bulbe et la branche montante de l'ischion, je trouve une tumeur dure, adhérente au bulbe, grosse comme une forte noisette, oblongue d'avant en arrière, sensible à la pression, mais rénitente, sans fluctuation. En la comprimant, on fait sortir par l'urètre un liquide muqueux, épais, filant, blanc, strié de jaune. La peau et les tissus sous-cutanés n'adhèrent pas à la tumeur. On saisit très bien la tumeur entre l'indicateur dans le rectum et le pouce sur le périnée, et on reconnaît très exactement sa position sur le côté gauche du bulbe.

Le malade étant couché, je passe une sonde en gomme coudée n° 18, qui pénètre facilement dans la vessie, d'où s'écoule, par un jet très marqué jusqu'à la fin de l'émission, 600 grammes d'urine. La vessie vide, je sens très nettement le frottement de la sonde sur de la pierre.

J'impose au malade de rester couché, je lui maintiens le rectum constamment vide en lui donnant des grands lavements d'eau tiède avec ma longue canule en gomme et un irrigateur d'un litre. J'apprends au malade à se sonder, ce qu'il fait très bien. Quatre fois par vingt-quatre heures, il se vide la vessie. En dehors de ces quatre sondages il n'a pas envie d'uriner. Pendant ces huit jours

de soins préparatoires, la tuméfaction de la glande de Cowper reste absolument la même et indolente.

Je fais la lithotritie. Je trouve plusieurs petites pierres grosses comme des gros pois, et une qui a 2 centimètres et demi de diamètre. Je me sers, bien entendu, de mon brise-pierre à pignon et de mon appareil pour la lithotritie. Après trois minutes de broiement, je ne trouve plus que des petits fragments. Puis je fais l'évacuation avec la sonde évacuatrice à grands yeux et les injections.

Tout se passe bien. Le malade se sonde pour uriner. Une fois par jour je lave la vessie avec de l'eau phéniquée au millième. Des graviers et des poussières sont évacués par la sonde en gomme. Après huit jours, j'examine, je ne trouve que de petits fragments. Alors, après un repos de quatre jours, le malade étant debout, je lui passe une sonde évacuatrice, par laquelle je fais des injections. Celles-ci entraînent tous les fragments de pierres qui restaient dans l'excavation profonde de la vessie, en arrière du col. Pendant ces différentes manœuvres, la glande de Cowper s'est irritée; après l'examen et après l'évacuation debout, elle est devenue de plus en plus douloureuse. de plus en plus grosse.

Le phlegmon s'est établi, avec les phénomènes généraux de frisson et de fièvre. A ce moment, en comprimant la tumeur, il sort par l'urètre du muco-pus filant.

Cinq jours après la dernière introduction d'instruments métalliques, la tumeur, grosse comme une poire moyenne, soulève la peau du périnée et se prolonge en avant sous le scrotum.

J'ouvre largement, en coupant avec le bistouri, la peau et l'aponévrose, puis avec le doigt, pour éviter les artères; il s'écoule la valeur d'un verre de muco-pus filant, épais. La cavité est lavée avec de l'eau phéniquée au 6/1000e. Dans la plaie, je laisse une mèche de charpie. Matin et soir, on fait des injections d'eau phéniquée dans la cavité de l'abcès, et le quatrième jour une partie de l'eau de cette injection revient par l'urètre.

Toujours le malade est obligé de se sonder pour uriner.

Après dix jours, lorsque le gonflement a disparu, qu'il ne reste plus qu'un trajet sans cavités latérales profondes, que le malade marche, s'assied sans douleur, alors il commence à uriner librement par le canal. A chaque miction il rend 300 grammes d'urine, reste quatre et cinq heures sans uriner. Jamais l'urine ne passe par la plaie. Tous les jours on continue à faire des injections d'eau phéniquée dans la plaie, et cela matin et soir, lorsqu'on change la mèche de charpie qui remplit le trajet, et presque à chacune de ces injections il en passe une partie par l'urètre.

A deux reprises, à une dizaine de jours d'intervalle, j'ai dû débrider le trajet et surtout son orifice cutané pour régulariser l'infundibulum de la glande à la peau. La guérison a été complète après cinq semaines.

Il est vrai que le malade avait repris ses occupations dans Paris depuis quinze jours.

A la suite d'un voyage, l'abcès de la glande s'est reproduit; je l'ai ouvert de nouveau, et cette fois par le même traitement j'ai obtenu en un mois la guérison.

Chez ce malade, j'ai bien observé que le liquide de l'injection qui passait par l'urètre entraînait avec lui des filaments muqueux, et même quelquefois de véritables petits bourbillons.

Ici, il n'y a pas de doute possible, l'injection pénétrait, de la glande à l'urètre, par le conduit excréteur de la glande, et c'est en maintenant la perméabilité de ce conduit que les injections ont permis au produit de sécrétion de s'évacuer par leur voie naturelle, et que la rétraction et la cicatrisation de la poche de l'abcès sur la masse propre de la glande a pu se faire et que le trajet fistuleux a pu se cicatriser.

Le second abcès de récidive était exactement à la même place que le premier, et les tissus voisins ont toujours eu leur souplesse normale.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF

DU CHOLÉRA PAR LE CUIVRE

Par le Dr Moricourt, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Au moment où le choléra vient de faire son apparition à Paris, et en présence de l'incertitude ou de l'insuffisance des moyens que la thérapeutique nous offre pour le combattre, je crois remplir un devoir en résumant brièvement la médication cuprique, qui a sur les autres l'avantage de reposer sur une base scientifique certaine, la préservation des ouvriers en cuivre, que mon regretté maître et ami le docteur Burq a établie à l'aide de statistiques portant sur des milliers de faits vérifiés par lui, au domicile de l'ouvrier, et jusque dans l'atelier où il travaillait.

On lit en effet, à la page 5 de son dernier ouvrage (*Du cuivre contre le choléra et la fièvre typhoïde*) : « Tous les individus qui, par leur position, sont soumis à une absorption journalière de poussières de cuivre, sans qu'intervienne une cause pouvant annihiler l'action de ces poussières, comme le chômage prolongé, la débauche ou la misère, jouissent généralement, par rapport au choléra, d'une immunité proportionnelle au degré d'imprégnation cuprique, au moment même où sévit la maladie. Les exceptions sont pour le moins tout aussi rares que celles des personnes vaccinées qui contractent la petite vérole. »

Burq a cité lui-même plusieurs exceptions à cette loi, entre autres celle de cet ouvrier qui avait pêché toute une journée dans la Seine près de la bouche d'un égout et avait bu de l'eau avoisinante.

Il nous sera permis de ranger aussi dans les exceptions qui confirment la règle, les deux ouvriers en cuivre, morts cet été du choléra : l'un à Saint-Antoine, le 23 juillet; l'autre le 29 septembre dernier.

Du premier, Fin-Vital, nous ne dirons rien, M. Dujardin-Beaumetz ayant reconnu à l'Académie de médecine, après enquête chez son patron, M. Homer, avenue de la Roquette, 14, qu'il ne touchait pas au cuivre. (Voir *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 4 novembre 1884.)

Sur le second, voici ce que nous avons appris de la bouche même de son patron, M. Lamy, 42, rue des Blancs-Manteaux. Il estampait du cuivre demi-rouge au huitième (c'est-à-dire contenant huit parties de cuivre pour deux de zinc), lequel ne verdit pas à l'air comme le cuivre jaune, et ne salit pas les mains. Les plaques de cuivre étaient d'abord chauffées dans un four; on les plongeait ensuite dans un bain contenant un tiers d'acide sulfurique pour deux tiers d'eau, afin de les débarrasser de la calamine qui les recouvrait, et ce n'est qu'après avoir été lavées à grande eau et séchées dans de la sciure de bois qu'on les livrait à Boucher pour les estamper. Ce travail, qu'un autre ouvrier faisait également à côté de lui dans la même pièce, ne donne lieu à aucune poussière. Ne gagnant que 7 francs par jour pour nourrir sa femme et six enfants, il est probable qu'il faisait maigre chère. En tout cas, il figurait au plus bas degré de l'échelle de la préservation par le cuivre. Que prouverait d'ailleurs ce fait isolé contre les milliers d'autres, qui démontrent que la mortalité est beaucoup moindre (proportion gardée) chez les ouvriers en cuivre que dans les autres professions similaires ?

L'immunité des ouvriers en cuivre suffisamment imprégnés est donc certaine, bien qu'elle ne permette pas d'enfreindre impunément les lois de l'hygiène.

Mais comment faut-il employer le cuivre pour se préserver du choléra ou pour s'en guérir ?

Le problème n'est pas encore complètement résolu. Voici du moins ce que l'expérience a appris :

Le docteur Maillot a témoigné, dans une relation rapportée par la *Gazette des hôpitaux* du 27 janvier 1880, que, lors d'une violente épidémie qui régna au Japon en 1879, presque tous les habitants d'Ikouno portèrent des ceintures de cuivre, et qu'*aucun* n'eut le choléra. D'autres faits rapportés par le docteur Burq tendent à prouver que la préservation peut s'obtenir par de simples appli-

cations de cuivre sur la peau. C'est donc la première chose à faire.

Le docteur Burq conseillait en outre de prendre chaque jour, suivant l'âge, de une à six pilules de bioxyde de cuivre de 1 centigramme. Vu l'insolubilité du bioxyde, nous préférons l'usage du sulfate de cuivre en solution (2 à 3 centigrammes pour un litre d'eau), à prendre chaque jour aux repas. Nous connaissons plusieurs familles, dont une composée de dix personnes, qui ont suivi ce régime et qui n'en ont éprouvé aucune incommodité, si ce n'est peut-être une légère tendance à la constipation et des garde-robes plus foncées prouvant l'action du cuivre sur tout le tube digestif.

Pour les personnes plus spécialement exposées à la contagion, comme les médecins, les garde-malades, les blanchisseuses, les vidangeurs, etc., les doses de sulfate de cuivre, prises à l'intérieur, devraient être plus considérables, et aller au moins à 10 centigrammes par jour, par la bouche et en lavement.

En cas de choléra confirmé, on devra administrer le sulfate de cuivre en potion depuis 20 jusqu'à 60 centigrammes dans les vingt-quatre heures, d'heure en heure, ou plus souvent suivant la gravité du mal. On donnera des lavements contenant de 10 à 50 centigrammes de sel cuprique toutes les quatre heures.

Enfin, contre les crampes, on fera de larges applications de plaques de cuivre.

La désinfection des matières et des fosses d'aisance se fera au moyen d'une solution contenant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre.

Il sera bon aussi de désinfecter l'air en faisant brûler dans la chambre du malade une solution de chlorure de cuivre dans l'alcool au centième.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 novembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de la guerre transmet à l'Académie, pour la bibliothèque, un exemplaire du *Nouveau Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires*.

M. le ministre de l'instruction publique transmet une brochure de M. Karica, médecin à Totis (Hongrie), sur le traitement du choléra asiatique par l'eucalyptus.

La correspondance manuscrite ne comprend qu'une lettre de M. le docteur Sandras, relative à un cas de choléra traité par les frictions avec l'essence de térébenthine et les insufflations d'éther dans la bouche et dans les narines.

ALLOCUTION A L'OCCASION DE LA MORT DE M. FAUVEL

M. le Président, après le dépouillement de la correspondance, se lève et, en annonçant la mort de M. Fauvel, prononce l'allocution suivante :

« Au moment où j'annonçais, mardi dernier, la maladie de M. Fauvel, notre collègue était mourant. Jeudi matin nous apprîmes sa mort. Notre vice-président n'a pas voulu que l'on prononçât les discours d'usage sur sa tombe. Je craindrais de contrevenir à sa volonté en parlant longuement de lui. J'ai pourtant un devoir à accomplir. Je vous demande de m'écouter un instant.

Homme de travail et de conviction, Fauvel ne parlait que de ce qu'il savait, de ce qu'il croyait même savoir mieux que tout le monde. Aussi se préoccupait-il fort peu des objections qu'on lui opposait. Je ne veux pas dire qu'il dédaignait la lutte. C'était au contraire un combattant convaincu ; et pour que, dans les derniers mois de sa vie, il ait renoncé à la tribune, il a fallu qu'il sentît ses forces défaillir, car ses convictions n'avaient pas été ébranlées. Il a dû regretter d'avoir parlé trop tôt du choléra de Toulon ; mais ce n'est pas à lui qu'il faut imputer son erreur. C'est nous, membres du bureau, qui l'invitâmes à exprimer son opinion pour rassurer le public affolé par la peur.

Il inclinait à penser que l'épidémie s'éteindrait sur place ; mais il désirait attendre pour se prononcer. Nous l'engagions à parler, ne nous doutant pas qu'il allait compromettre, en un instant, la grande autorité qu'il devait à ses longues études, à la sincérité de ses convictions, à son amour pour la vérité.

Comme nous, il pensait à notre pays dont les intérêts de toute sorte étaient menacés ; nous insistâmes, il céda et, dans sa générosité, il n'eut jamais la pensée de dire que si ses prévisions ne se réalisaient pas, c'est que, pour la première fois de sa vie, il n'avait pas eu le temps de se recueillir. Je tenais à lui rendre cette justice ; d'autres, plus autorisés, vous diront que, sentinelle vigilante, il eût empêché le choléra de franchir Suez et nous en eût préservés si des considérations autres que celles de l'hygiène n'avaient pas prévalu chez des voisins qui considèrent et professent la compassion pour les maux d'autrui quand leur commerce doit en profiter. »

Cette allocution est accueillie par les applaudissements et la séance est levée immédiatement en signe de deuil.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'épidémie continue à sévir à Paris avec une certaine intensité. Depuis le 9 novembre minuit jusqu'au 11 novembre minuit, le nombre des cas cholériques déclarés, tant en ville que dans les hôpitaux, s'est élevé à 304, et celui des décès à 89.

Ces 304 cas se répartissent ainsi :

Ier arrondissement, 7 ; IIe, 6 ; IIIe, 18 ; IVe, 22 ; Ve, 21 ; VIe, 9 ; VIIe, 42 ; VIIIe, 2 ; IXe, 0 ; Xe, 12 ; XIe, 63 ; XIIe, 39 ; XIIIe, 3 ; XIVe, 1 ; XVe, 5 ; XVIe, 1 ; XVIIe, 2 ; XVIIIe, 2 ; XIXe, 35 ; XXe, 10.

De plus on compte 1 cas à Aubervilliers, à Pantin, à Boulogne et à Clichy.

Le choléra a éclaté aussi dans la Maison centrale de Melun où l'on a constaté 1 décès foudroyant et 3 autres cas.

Nous apprenons également que 20 cas de choléra auraient été constatés à Toulon, dont 10 parmi les frères de l'École de la place Louis-Blanc ; 3 ont été suivis de mort, dont 2 parmi les frères.

Enfin plusieurs cas de choléra sont également signalés à Bruxelles.

— Par décret, en date du 10 novembre 1884, M. Arloing, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Lyon (chaire nouvelle).

— Le concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central vient de s'ouvrir. Le jury se compose de MM. Hayem, Dujardin-Beaumetz, Cadet de Gassicourt, Gérin-Roze, Féréol, Gallard, Lecorché, Triboulet et Nicaise.

Les concurrents, au nombre de 47, sont MM. Ballet, Barie, Barthélemy, Béclère, Benoît, Béringier, Bourcy, Brault, Brocq, Bruchet, Buzot, Capitan, Chantemesse, Chouppe, Comby, Decaisne, Delpeuch, Dreyfous, Duplaix, Faucher, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Hirtz (Hippolyte), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Leroux (Charles), Leroux (Marie), Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Mathieu, Netter, Renault, Robert, Robin, Siredey, Stackler, Talamon et Variot.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les jurys d'examens et de thèses pourront, s'ils le jugent convenable, d'après le résultat de l'examen, imposer aux candidats un ajournement dont la durée ne pourra être moindre de trois mois ni excéder un an.

Cette disposition est applicable à tous les examens, sauf à ceux de fin d'année, au premier examen de doctorat (nouveau régime) et à l'épreuve pratique de médecine opératoire.

Les candidats aux examens de fin d'année doivent se présenter au mois de juillet, à moins d'obtenir l'autorisation de se présenter à la session d'octobre-novembre. S'ils subissent un échec au mois

de juillet, ils ont le droit de renouveler leur examen en octobre-novembre. S'ils sont refusés à cette nouvelle session ou s'ils ne se sont pas présentés, ils sont renvoyés au mois de juillet suivant, et le cours de leurs inscriptions est suspendu pendant l'année scolaire.

Les candidats au premier examen de doctorat (nouveau régime) doivent se présenter au mois de juillet ou au mois d'octobre à leur choix. Tout candidat qui n'aura pas subi avec succès ce premier examen à la session d'octobre-novembre, au plus tard, sera ajourné à la fin de l'année scolaire et ne pourra prendre aucune inscription pendant le cours de cette année.

Il est imposé aux candidats, refusés à l'épreuve pratique de médecine opératoire (deuxième examen de doctorat, ancien régime, et première partie du troisième examen, nouveau régime), un ajournement dont la durée ne peut être moindre de six semaines.

— M. le doyen recevra les étudiants en médecine, tous les samedis, à trois heures, dans son cabinet, à l'entresol.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Alfred Fournier commencera, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons cliniques sur les maladies syphilitiques et cutanées, le vendredi 14 novembre 1884, à neuf heures du matin, et les continuera les mardis et les vendredis suivants, à la même heure. Les mardis les leçons auront lieu au lit des malades, et les vendredis dans l'amphithéâtre.

M. le professeur Hardy commencera, à l'hôpital de la Charité, ses leçons de clinique médicale, le samedi 15 novembre 1884, à dix heures du matin, et les continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure. Visite des malades tous les jours, à neuf heures, exercices cliniques par les élèves tous les jeudis, à la visite.

M. le docteur Joffroy, agrégé, chargé du cours des maladies des enfants, à l'hôpital des Enfants-Malades, commencera ses leçons cliniques, le vendredi 15 novembre 1884, à neuf heures un quart, et les continuera les mardis et les samedis suivants, à la même heure. Les leçons du mardi auront lieu à la salle Sainte-Catherine (présentation des malades); les leçons du samedi seront faites à l'amphithéâtre. Tous les matins, à neuf heures, visite des malades.

— M. le docteur Magnan commencera des leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 16 novembre 1884, à neuf heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre d'admission de l'asile public des aliénés de Sainte-Anne. Il les continuera les mercredis et les dimanches suivants, à la même heure.

Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons cliniques du dimanche porteront plus particulièrement cette année sur les rapports entre la folie héréditaire, les folies intermittentes et le délire chronique.

Les élèves et les docteurs en médecine, les magistrats et les avocats seront admis sur la présentation de leur carte.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Chatin commencera des conférences d'anatomie dans l'amphithéâtre de la rue Saint-Jacques, n° 118, le jeudi 13 novembre 1884, à dix heures du matin, et les continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure.

M. Jay, maître de conférences, fera des leçons de chimie analytique, tous les mercredis, à une heure, dans l'amphithéâtre de physique, rue Saint-Jacques, 118. Ces leçons commenceront le mercredi 19 novembre 1884. Les conférences commenceront samedi prochain et auront lieu tous les mercredis, à dix heures et demie du matin; elles porteront sur des sujets indiqués par le professeur.

— M. le docteur Ch. Fauvel a commencé un cours public et pratique de laryngoscopie et de rhinoscopie, à sa clinique, rue Guénégaud 13; il le continuera les lundis et jeudis, à dix heures. Cette clinique a surtout pour objet l'étude des maladies chirurgicales du larynx et des fosses nasales postérieures, ainsi que l'application des nouvelles méthodes de traitement apportées par la laryngoscopie et la rhinoscopie. Le miroir laryngien est éclairé par la lumière de Drummond, afin de permettre à plusieurs personnes à la fois de bien voir l'image de la région explorée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 16997

N° 132. — SAMEDI 15 NOVEMBRE 1884. 57e ANNEE. SAMEDI 15 NOVEMBRE 1884. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Des localisations externes de la tuberculose; conditions de l'intervention chirurgicale. — Thérapeutique. Études sur le rôle de la pepsine et de la pancréatine dans la digestion. — Société de Chirurgie. — Instruments et Appareils. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des localisations externes de la tuberculose.— Conditions de l'intervention chirurgicale.

Dans notre dernière revue, nous nous sommes occupé des voies d'introduction, des portes d'entrée de la tuberculose dans l'économie et de ses diverses localisations autres que les localisations viscérales. Aujourd'hui nous allons chercher à aborder la question, plus immédiatement pratique, de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, de l'opportunité et des indications ou contre-indications de cette intervention.

La question est très complexe. Elle peut être considérée à deux points de vue différents : d'abord au point de vue de l'influence de la diathèse tuberculeuse sur les traumatismes en général et sur le traumatisme chirurgical en particulier. C'est le point de vue auquel s'était placé M. Verneuil dans ses premières communications aux sociétés savantes sur ce sujet, ainsi que dans ses leçons, lorsqu'il jetait le premier cri d'alarme ou plus modestement le premier avertissement à ses confrères en chirurgie. Mais tout autre est la question de savoir s'il y a avantage ou danger à débarrasser l'économie d'une lésion tuberculeuse locale, alors que les viscères sont intacts et que l'affection n'est point encore généralisée.

De par l'expérience, l'idée de danger éloignée, restait à examiner si ce n'était pas un avantage réel et désirable que de débarrasser l'organisme d'un foyer local qui, abandonné à lui-même, pourrait tôt ou tard devenir le point de départ d'une généralisation du mal. Il n'y avait plus, dès lors, qu'à étudier les questions d'indication ou de contre-indication d'agir, tirées des diverses autres sources d'information et de possibilité ou d'accessibilité des moyens chirurgicaux.

Bien des études sont encore à faire sur ce sujet, tant les conditions individuelles susceptibles d'influer sur la détermination du chirurgien sont variables. « Ce sont là, comme le disait M. Trélat, à la fin des leçons que nous rappelions dans notre dernière revue, des questions de chirurgie tellement grosses, et dans lesquelles la détermination est souvent si difficile, que, dans l'état actuel de la science, il n'y a point de règle, aucune loi qui puisse être formulée. »

Voyons cependant ce qui a été fait à cet égard depuis quelque temps et les enseignements qu'on en peut provisoirement retirer. Nous aurons pour nous guider dans ce rapide examen l'excellent travail que vient de publier récemment M. le docteur Paul Coudray, ancien aide d'anatomie de la Faculté et chef de clinique adjoint du service de M. Trélat à la Charité, sous ce titre : *Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations de la tuberculose.*

C'est dans les services de ses maîtres, MM. Lannelongue et Trélat, témoin des recherches de l'initiateur de la doctrine nouvelle des tuberculoses externes et auditeur des enseignements de celui qui en a été le plus actif vulgarisateur, que M. Coudray a puisé l'idée de ce travail et les faits qui en constituent les matériaux.

De l'exposé historique de la question, M. Coudray arrive déjà d'emblée à quelques propositions générales qui peuvent se résumer ainsi :

A l'heure actuelle, l'intervention chirurgicale dans les localisations tuberculeuses est guidée par les considérations suivantes :

1° Enlever un foyer qui est ou qui va devenir une source de suppuration plus ou moins prolongée et qui tend à envahir les régions voisines; 2° supprimer un foyer qui menace d'infecter l'économie; 3° lorsque les lésions viscérales coexistent avec des lésions externes, rechercher quelle est la lésion qui domine; si c'est la lésion viscérale, s'abstenir; 4° les contre-indications sont : un état pulmonaire grave, des lésions tuberculeuses avancées ou ayant une évolution rapide; les lésions de l'appareil urinaire, surtout si elles s'accompagnent d'albuminurie; enfin tout état cachectique.

Mais entrons, avec l'auteur, dans quelques détails sur les tuberculoses locales principales.

Abcès tuberculeux simples.

Au moment présent, le traitement de choix de cette lésion est la destruction du foyer tuberculeux, soit par l'ablation complète, soit par l'ouverture et le grattage des parois du foyer seulement, suivant les conditions d'accessibilité.

L'ablation complète, lorsqu'elle est possible, réalise évidemment la meilleure condition de succès. Elle est l'objet d'une prescription formelle de la part de MM. Lannelongue, Trélat et Reclus. Néanmoins, ainsi que le fait remarquer avec beaucoup de raison, à notre avis, M. Coudray, si, en théorie, cette ablation totale doit être l'idéal des chirur-

giens, il y a quelques restrictions à y apporter dans la pratique. Cette ablation facilement réalisable pour les tumeurs de petite dimension, limitées et superficiellement situées, devient une opération dangereuse et quelquefois même impraticable, lorsqu'on se trouve en présence de foyers profonds et affectant des rapports intimes avec des organes importants. On est forcément réduit, dans ces circonstances, à la pratique du grattage.

Quelle que soit l'opération pratiquée, doit-on ou non procéder à la réunion immédiate ? L'avis de M. Trélat est qu'il faut la rechercher toutes les fois que l'opération d'ablation ou de grattage a été suffisamment complète. Il va de soi que dans tous les cas la méthode antiseptique, lavage et pansement, est de rigueur, qu'on recoure pour ce dernier à la solution phéniquée ou à la gaze iodoformée, ou pour le lavage, à la solution de chlorure de zinc.

Ostéite tuberculeuse et abcès ossifluents.

Étant admis que l'ostéite et la carie scrofuleuse, ainsi que les diverses variétés et états particuliers mal définis, désignés sous les noms d'infiltration, d'état huileux des os, d'altération gélatiniforme, ne sont aujourd'hui, d'après les recherches récentes de M. Lannelongue, celles confirmatives de M. Nélaton et de MM. Kiéner et Poulet, que des modalités d'une lésion ou d'un processus morbide unique, l'ostéite tuberculeuse, il y avait à chercher et à préciser autant que possible, au point de vue du choix de telle ou telle méthode d'intervention, quels sont les différentes formes cliniques ou les différents types auxquels peuvent être ramenées les tuberculoses osseuses, relativement soit au siège, soit à la multiplicité des lésions. C'est ce qu'a tenté M. Coudray, qui s'est cru fondé, en s'appuyant sur ses observations, à admettre quatre formes cliniques :

1° La tuberculose limitée siégeant sur un os unique, cas où s'impose l'indication d'enlever le mal par abrasion, rugination ou évidement; 2° la localisation de la tuberculose dans une épiphyse au voisinage d'une grande articulation, deuxième type bien étudié par M. Lannelongue, qui a montré que ces foyers épiphysaires devenaient habituellement l'origine de tumeurs blanches, d'où certaines incertitudes et difficultés au point de vue de la détermination de la méthode à faire intervenir. Dans une troisième catégorie rentrent les faits où il existe des lésions plus ou moins étendues sur deux os voisins, par exemple au niveau de l'avant-bras, au niveau des os de la jambe. Ici sont visés, non pas les cas bénins s'accompagnant de phénomènes peu accusés, dans lesquels une abrasion, un évidement superficiel, pourront avoir raison ou dont un traitement palliatif pourra aider la guérison, mais ces altérations étendues et profondes contre lesquelles il est urgent d'intervenir.

Enfin M. Coudray place dans une quatrième catégorie les cas, très fréquents dans la pratique, d'ostéites tuberculeuses siégeant dans des régions où plusieurs os sont contigus, telles que le carpe ou le tarse par exemple. Et, à ce propos, il signale des particularités de deux ordres : d'une part, l'incertitude de la limitation précise des lésions, soit du côté de l'os voisin ou de l'articulation contiguë, et, comme corollaire de cette dernière donnée, l'incertitude qui règne sur l'efficacité d'une intervention sur un os isolé. Cependant quelques observations, une entre autres, qu'il emprunte au service de M. le professeur Guyon, à Necker, montrent que, dans certains cas, on n'a affaire qu'à une altération limitée à un seul os ou même à une partie seulement de cet os. Mais, par contre, les cas sont plus nombreux encore où les altérations, circonscrites en apparence, sont en réalité beaucoup plus étendues qu'on ne le supposait, et où l'on a vu, après la destruction des foyers seuls apparents, l'affection évoluer à nouveau sur place, s'étendre au delà de ses limites primitives et gagner les articulations et les os voisins, défiant ainsi les efforts réitérés de l'intervention chirurgicale. Une observation du service de M. Tillaux montre toutes les difficultés que peuvent soulever de pareils cas.

Les abcès ossifluents, d'après la conception nouvelle formulée par M. Lannelongue, qui fait remonter leur origine aux bourgeons charnus procédant de l'ostéite tuberculeuse, s'avançant dans les parties molles et se développant suivant le processus envahissant, déjà indiqué, des abcès tuberculeux, sont devenus aujourd'hui tributaires de l'intervention active de la chirurgie. Ouvrir l'abcès et détruire les parties accessibles de la paroi, ruginer et évider les lésions osseuses qui en ont été le point de départ : telle est aujourd'hui la doctrine chirurgicale en vigueur. Mais cette détermination est subordonnée à deux conditions : la première est celle de l'accessibilité de la lésion osseuse ; la deuxième a trait à la disparition possible, quoique rare probablement, de cette lésion, l'abcès périphérique persistant seul.

Ostéo-arthrites tuberculeuses (tumeurs blanches).

C'est encore M. Lannelongue qui a ouvert ici la voie aux interprétations et aux méthodes nouvelles de traitement des tumeurs blanches auxquelles il a proposé de substituer la dénomination d'ostéo-arthrites tuberculeuses.

Dans la première période, alors que l'articulation ne fait qu'éprouver les premières atteintes du mal, comme tous les chirurgiens d'ailleurs, il continue à conseiller le traitement ordinaire de conservation et d'expectation : immobilité, compression, etc.

Dans la deuxième période, quand s'est formé un abcès extérieur à l'articulation, il ne craint pas d'ouvrir l'abcès, de le gratter et de pratiquer l'évidement ou la résection partielle des parties osseuses malades, en y joignant, quand cela est nécessaire, l'ouverture plus ou moins large de l'articulation.

Les règles établies par M. Lannelongue s'appliquent surtout aux tumeurs blanches des enfants. Les faits sont un peu différents pour les adultes. Les observations que rapporte M. Coudray et qui sont empruntées, les unes à M. Nicaise, les autres à M. Trélat et à M. Tillaux, montrent, en effet, que chez les adultes les interventions sont moins bénignes. Ici, il y a à tenir compte de considérations d'ordre différent, telles que l'âge, l'état général, le siège, conditions qui tantôt se réunissent pour fournir une indication simple, facilement appréciable, tantôt au contraire se disjoignent et fournissent alors les éléments d'un jugement plus difficile. Elles sont toutes relatives à des arthrites tuberculeuses chez des sujets dont les conditions d'état général ordinairement bon, mais dont les lésions locales, qui avaient résisté au traitement conservateur, dénotaient une désorganisation articulaire assez avancée pour avoir nécessité, les unes des résections, les autres des amputations : la guérison en a été le résultat. Quant aux opérations partielles de l'évidement et du raclage, M. Coudray, n'ayant pas été à même d'en observer personnellement, ne porte sur elles qu'un ju-

gement, un peu de sentiment, fondé du reste sur des analogies. Il en craint ou l'insuffisance ou les dangers.

Adénites tuberculeuses.

Trois observations d'adénite tuberculeuse, l'une de la région inguinale, la deuxième de la région axillaire et la troisième de la région sous-maxillaire, opérées avec succès par M. Trélat — deux par le grattage et une par l'extirpation à l'aide du bistouri, — rapprochées des observations de M. Bouilly, que nous avons rappelées dans la précédente revue, et d'autres dont nous n'avons pas en ce moment le souvenir précis dans l'esprit, paraissent de nature à justifier la doctrine de l'intervention appliquée à ce genre de lésion, telle que l'a formulée M. Trélat. Elle consiste : 1° à intervenir quand les tumeurs sont encore bien limitées et ne déterminent aucun accident de compression ; 2° à intervenir quand les adénites tuberculeuses, rebelles au traitement général, prennent une marche envahissante redoutable ou même simplement menacent de s'ouvrir à l'intérieur ; il faut recourir alors au grattage et non à l'extirpation par le bistouri.

Tuberculose testiculaire.

On connaît l'histoire que M. Reclus a faite de cette tuberculose et les discussions dont elle a été le sujet à la Société de chirurgie. Ici les faits abondent et sont en général favorables à l'intervention. Mais encore y a-t-il des distinctions à faire, des catégories à établir et des contre-indications à prendre en considération. Résumons ici les conditions formulées par M. Reclus, et auxquelles se rallie sans réserve M. Coudray.

Deux conditions doivent être examinées dans le traitement du testicule tuberculeux. Dans un premier cas, la manifestation testiculaire n'est qu'un épiphénomène d'une tuberculose généralisée ou avancée des poumons ou des reins. Ici le traitement chirurgical ne peut être que palliatif.

Dans un deuxième groupe de faits, la localisation testiculaire constitue la lésion unique et principale. Il est de ces cas où le traitement général, employé seul, amène la guérison ; lorsque ce traitement général reste insuffisant, il faut intervenir. L'épididyme est-il seul atteint, il faut se borner à ouvrir un abcès formé et à cautériser les parois ; mais lorsque la lésion a atteint le testicule d'une manière étendue et grave, il y a lieu de procéder à la castration. On enlève ainsi une source d'infection et on obtient le relèvement de l'état général.

Voici, en résumé, les conclusions principales que M. Coudray déduit de tous les faits passés en revue dans son travail, conclusions qui nous paraissent exprimer assez justement l'état actuel de la question et que l'on peut admettre au moins à titre provisoire.

D'une manière générale, les tuberculoses externes n'exigent d'intervention que lorsqu'elles ne présentent pas de tendance spontanée à la guérison, tendance, il faut le dire, qui est exceptionnelle.

La formation des foyers secondaires consécutivement aux opérations peut être considérée comme un fait rare. La doctrine de l'auto-inoculation n'est pas un argument contre l'intervention.

Ce n'est pas dès que la lésion tuberculeuse devient une cause d'épuisement, mais avant qu'elle le devienne, qu'il faut l'enlever.

THÉRAPEUTIQUE

Études sur le rôle de la pepsine et de la pancréatine dans la digestion.

Par M. le docteur Girard.

La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* a inséré, dans le n° 43 du 24 octobre dernier, un mémoire sur la pepsine et son rôle dans la digestion générale. L'auteur, M. Defresne, établit d'abord que l'albumine crue doit être préférée à la fibrine dans le dosage de la pepsine, et il essaie de démontrer ensuite que le suc gastrique a moins pour objet de peptoniser les aliments azotés que de les dissocier, les dissoudre et les préparer pour la digestion pancréatique.

Il faut bien se garder de penser, dit l'auteur, que la chymification des aliments se fait dans six fois son poids d'eau, comme l'indique le Codex pour l'essai de la pepsine, et que la fonction du suc gastrique consiste à élaborer des peptones ; il a pour mission de désagréger, de dissoudre, de syntoniser les aliments albuminoïdes, en un mot, de les chymifier, et c'est là un travail important.

La chymification requiert le concours des dents et celui des muscles de l'estomac pour diviser les aliments, celui de la salive pour liquéfier en partie les amylacés, et celui du suc gastrique acide pour désagréger et fluidifier les albuminoïdes.

Ce travail complexe ne peut s'effectuer qu'à la condition que le bol alimentaire présente quelque consistance. M. Defresne cite à l'appui de cette thèse les expériences variées auxquelles il s'est soumis : une première fois, il absorba 200 grammes de bifteck, représentant 330 grammes de viande fraîche et 325 grammes d'eau ; trois heures et demie plus tard, il obtint à l'aide de l'ipéca 280 grammes de chyme fluide, où l'on ne reconnaissait plus que des tendons, des aponévroses et quelques débris musculaires ; la chymification était terminée et 245 grammes de chyme au moins avaient déjà franchi le pylore.

Une deuxième fois il prit 150 grammes de pain, 80 grammes de volaille cuite, 90 grammes de chicorée cuite, 30 grammes de pâtisserie et 450 grammes d'eau vineuse ; le chyme, obtenu après quatre heures de digestion, pèse 770 grammes ; il est de consistance pultacée ; on y rencontre des débris de pain, des faisceaux musculaires intacts ; il contient 17 p. 100 de matériaux solides ; le suc gastrique mixte que l'on en retire pèse 3 degrés Baumé ; sa densité est 1030.

La chymification des aliments chez l'homme se fait dans un poids d'eau et de suc gastrique, environ double de celui des aliments solides ingérés ; dans ces deux cas et dans d'autres encore, que M. Defresne observa chez les animaux, le chyme recueilli, filtré et neutralisé, se coagulait abondamment par la chaleur ; il ne contenait que peu de peptone.

La chymification des aliments est très active dans le voisinage du pylore ; le chyme pultacé franchit le détroit et débouche au fur et à mesure, par petites parties successives, dans le duodénum où il rencontre la bile qui le neutralise, et le suc pancréatique, qui saccharifie instantanément l'amidon, peptonise rapidement les albumines désagrégées ou dissoutes, émulsionne les graisses concurremment avec la bile, et les dédouble en acides gras et glycérine : seul il jouit de cette propriété. Le suc pancréatique peut opérer toutes ces transformations dans un milieu dense ; la rapidité de son action est telle que l'on ne rencontre plus dans le jéjunum qu'un liquide sirupeux et lactescent.

La diversité, l'instantanéité d'action du suc pancréatique a fait songer à employer la pancréatine en thérapeutique, mais la question suivante se pose : le suc pancréatique qui agit dans un milieu à peine acide peut-il, sans être détruit, séjourner au milieu du chyme et traverser impunément l'estomac ?

Pour résoudre ce problème, il faut se rappeler les propriétés suivantes de la pancréatine : elle peut séjourner impunément au milieu d'un liquide dont l'acidité constituée par des acides organiques serait vingt fois plus grande que celle du chyme ; dans ces condi-

tions, elle peptonise encore l'albumine, mais ne retrouve toute son activité que lorsqu'on vient à neutraliser le milieu. Il n'en est plus tout à fait de même dans un milieu contenant un acide minéral, l'acide chlorhydrique par exemple; dans ce cas, les ferments sur l'amidon et la graisse sont détruits, celui sur l'albumine subsiste encore, mais est fortement atteint, et si l'on vient à neutraliser le milieu, la myopsine ou trypsine ne retrouve qu'une partie de son activité. Il est donc important de connaître la nature de l'acidité de l'estomac, qui est variable, suivant l'époque à laquelle l'observation est faite.

Le suc gastrique, que l'on obtient à l'aide de fistule ou par tout autre moyen, ne contient presque exclusivement que de l'acide chlorhydrique; mais une fois mêlé aux aliments broyés, il les pénètre, réagit sur les sels organiques qu'ils contiennent, met les acides tartrique, malique, lactique, etc., en liberté, et forme des chlorures avec leurs bases.

Si donc on a la précaution d'administrer la pancréatine un quart d'heure après le repas, elle ne rencontre que des acides organiques; elle commence la transformation des aliments dans l'estomac lui-même et la continue dans l'intestin grêle quand la bile a neutralisé le chyme.

L'expérience clinique vient confirmer ces déductions expérimentales. Le docteur Engesser (de Stuttgard) démontre, dans une brochure publiée en 1877, l'utilité qu'il y a à administrer la pancréatine. Après avoir discuté si le ferment pancréatique éprouve quelque altération dans le suc gastrique, il conclut pour la négative et cite à l'appui l'observation suivante :

Mme C..., âgée de quarante ans, avait été chlorotique dans sa jeunesse. En 1873, la malade souffrait depuis un an de douleurs gastriques, surtout après l'ingestion de son repas; trois ou quatre heures après elle vomissait des aliments non digérés et un liquide acide; l'estomac était dilaté. Le traitement consista dans le régime, l'administration du sulfate de soude, pour vaincre la constipation, et dans le lavage journalier de l'estomac avec de l'eau de Vichy. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs et les vomissements cessèrent. Trois ans plus tard, l'état s'était aggravé, l'estomac s'étendait jusqu'à la symphyse pubienne; sentiment de pesanteur dans la région de l'estomac; vomissements.

Comme précédemment, on fit le lavage de l'estomac, quatre heures après chaque repas. L'administration de pepsine en poudre et l'acide chlorhydrique étendu, la première avant le second, après les repas, n'empêchèrent pas les aliments de rester non digérés; au lieu de pepsine, on administra la pancréatine.

Or, dès le premier jour, l'effet fut surprenant; non seulement la malade mangea avec plus d'appétit, mais elle ne pouvait attendre le repas suivant, quatre heures après le repas principal et deux heures après la collation que la malade était obligée de faire; le lavage de l'estomac ne donnait plus qu'un liquide d'apparence laiteuse, sans aucune trace d'aliments non digérés. Du mois de septembre au mois de janvier, l'accroissement fut de 9 livres.

Suivant le docteur Engesser, l'emploi de la pancréatine est indiqué dans la dyspepsie atonique, la dyspepsie acide, la dyspepsie flatulente, et enfin dans certains cas généraux, le rachitisme, l'arthritisme, la scrofule, le diabète, etc., qui sont le plus souvent occasionnés ou entretenus par une élaboration viciée du bol alimentaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Thyroïdectomie. — **M. RICHELOT** lit un rapport sur deux observations de thyroïdectomie qui ont été communiquées à la Société par M. Schwartz. (Sera publié.)

M. TERRILLON communique l'observation d'une malade qu'il a opérée il y a six semaines, qui était atteinte d'une tumeur du corps thyroïde et qui, à la suite de l'opération, a présenté, comme les malades dont a parlé M. Richelot, des symptômes particuliers du côté du larynx. Il s'agissait d'une fille de quarante ans qui, en décembre dernier, vit apparaître une grosseur sur le côté droit du corps thyroïde. Toutes les médications employées en pareil cas restèrent sans effet. Il y a six semaines, cette tumeur avait acquis le volume du poing. Elle était mobile, se mouvait avec le corps thyroïde et le larynx, et offrait la consistance du corps thyroïde hypertrophié. Cette malade avait des accès de suffocation déterminés par une déviation assez considérable de la trachée. Il y avait un prolongement de la tumeur derrière le sternum, comprimant la trachée. Il n'y avait pas de gêne du côté de la déglutition. L'état général était assez satisfaisant, bien que la malade fût très délicate.

M. Terrillon, sans pouvoir l'affirmer, pensa avoir affaire à une tumeur maligne à cause de son développement rapide. Mais les accès de suffocation augmentant de fréquence et d'intensité, il se décida à l'opération. Il arriva facilement sur la tumeur, l'énucléa et parvint jusqu'aux pédicules. Il lui fallut appliquer une cinquantaine de pinces hémostatiques et environ quarante ligatures. L'opération fut donc longue et pénible; cependant il n'y avait pas d'adhérences avec la trachée. Il put raser la tumeur de très près et il est bien convaincu de n'avoir pas touché aux nerfs laryngés. La malade avait été profondément chloroformée au début de l'opération, puis on n'avait plus continué le chloroforme dans le cours de l'opération. Il n'y eut pas d'accidents du côté de la respiration. La plaie fut refermée, deux gros tubes à drainage y furent placés.

En sectionnant la tumeur, M. Terrillon reconnut qu'il s'agissait d'un sarcome développé dans l'enveloppe du corps thyroïde. L'examen histologique a confirmé ce diagnostic.

Les suites de l'opération présentèrent ceci de particulier qu'en se réveillant après l'opération, la malade eut la voix rauque. Il n'y eut pas de dyspnée; mais cette raucité de la voix persiste, encore bien que déjà très diminuée. Il y a tout lieu d'espérer qu'elle disparaîtra bientôt tout à fait. Il n'y eut pas de fièvre; la réunion se fit par première intention. Voilà donc un cas où apparut cette raucité de la voix sans que le nerf récurrent ait été lésé.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a récemment opéré une femme de cinquante-huit ans qui portait un goitre du volume d'un poing et demi. La trachée était déviée du côté droit. Cette malade était très gênée, dormait mal et avait depuis quelque temps des accès de dyspnée. Il y avait un grand prolongement de la tumeur derrière le sternum. M. Lucas-Championnière se décida à l'opérer. Il s'était bien pénétré de ce principe émis par Reverdin, qu'il faut aller jusqu'au tissu de la glande avant de faire une dissection quelconque. Il fit une incision allant du menton au delà de la fourchette sternale. La tumeur était très adhérente à la trachée. Il fallut faire environ vingt-cinq ligatures. L'opération ne dura pas une heure. Ces adhérences à la trachée sont des causes d'accidents graves. Le moindre tiraillement exercé sur la tumeur produit des accès de suffocation dans le cours de l'opération. Cependant M. Lucas n'a pas été obligé d'interrompre l'administration du chloroforme. Cette malade a été très rapidement guérie. Derrière le sternum existait, après l'opération, une cavité dans laquelle disparaissait la moitié de la main. Drainage. Réunion par première intention.

Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet insistent beaucoup sur la nécessité de ménager le nerf récurrent; il est bien difficile, quand tous les rapports sont modifiés, quand tout est déplacé, comme cela a lieu dans ces cas, de savoir si on a ménagé ou non le nerf récurrent; c'est un peu une affaire de chance. Les chirurgiens qui l'ont coupé l'ont fait sans le savoir, comme ceux qui l'ont ménagé.

M. LE DENTU dit qu'il est très difficile, dans ces cas, de savoir si l'on a affaire à un goitre ou à un sarcome. Il est un signe important que M. Le Dentu a eu l'occasion de constater par lui-même sur une malade qu'il a vue à Alger : ce sont des douleurs à distance irradiant dans les régions mastoïdienne, temporale, fronto-

orbitaire, douleurs atteignant parfois une extrême intensité. En raison même de ces douleurs qui existaient chez cette malade d'Alger, M. Le Dentu diagnostiqua un cancer du corps thyroïde. En effet, cette malade succomba environ quatre mois après. M. Le Dentu croit donc que ce signe spécial au cancer est de nature à guider le diagnostic.

M. TERRIER fait observer que ce symptôme n'existe pas toujours. Il manquait chez un vieillard de l'hospice Bichat qu'il a opéré d'une tumeur maligne du corps thyroïde parce qu'il asphyxiait et était véritablement étranglé. Ce malade était, en outre, glycosurique. Il y eut de grandes difficultés pour disséquer cette tumeur et la séparer de la trachée. L'anesthésie a pu être continuée pendant toute la durée de l'opération. Le malade n'a pu supporter cette opération et s'est éteint quelques jours après. Il n'avait pas eu les douleurs irradiées dont a parlé M. Le Dentu. On sait que si l'on fait dans une tumeur thyroïdienne une injection d'iodoforme dissous dans l'éther, on détermine parfois ces douleurs dans le front. Si elles apparaissent pendant le développement de ces tumeurs, c'est plutôt par suite de leur marche rapide que de leur nature.

M. BERGER dit que la distinction est très difficile à faire entre les tumeurs malignes et le simple goitre. Il cite les diverses opinions des auteurs, en particulier celle de Rouzé qui a indiqué l'un des premiers ces douleurs à distance. Selon lui, dans les hypertrophies simples, il y a plutôt des phénomènes du côté de la respiration, tandis que, dans le cancer, les accidents se produisent plutôt du côté de l'œsophage. Les injections interstitielles ont été rejetées précisément parce qu'elles peuvent donner lieu à quelques-uns de ces accidents.

M. RICHELOT est d'accord avec M. Lucas-Championnière sur la difficulté de ménager, dans certains cas, le nerf récurrent. Relativement aux injections interstitielles, il fait observer qu'il n'a jamais constaté d'accidents avec les injections de teinture d'iode. Le perchlorure de fer, le chlorure de zinc, l'ergotine en injections interstitielles, ont produit des accidents, mais non jamais la teinture d'iode.

M. TERRIER dit que lorsqu'on fait des injections d'iodoforme dissous dans l'éther, celui-ci se vaporise aussitôt dans la tumeur dont la température est assez élevée et l'on perçoit un gargouillement étrange par suite de cette vaporisation.

M. MARC SÉE, qui a fait souvent ces injections, n'a jamais rien constaté de semblable.

M. TERRIER déclare l'avoir constaté avec le docteur Cornillon (de Vichy).

La filaire du sang. — **M. LE DENTU** rappelle avoir présenté il y a trois ans et demi, à la Société, un cas d'hydrocèle dont le liquide contenait une grande quantité de graisse (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1880). Il ignorait alors que cette particularité était due à la présence d'un parasite, la filaire du sang.

En effet, ce liquide, examiné par M. Damaschino au microscope, contenait une quantité considérable de ces filaires. Ce parasite se rencontre dans un certain nombre d'affections ayant entre elles ce lien commun. Les maladies que l'on peut ainsi grouper autour de la filaire sont : la chylurie, l'hémato-chylurie, certaines ascites, certains épanchements pleuraux, l'hydrocèle lactescente ou graisseuse, les varices lymphatiques, l'éléphantiasis des Arabes, etc.

Les premiers embryons de la filaire furent signalés en 1866 par un médecin allemand dans un cas de chylurie, et ce fut Mendson qui le premier constata la filaire adulte.

On trouve à l'état d'embryon, dans le sang et certaines humeurs pathologiques, ces vers nématoïdes qui mesurent un huitième de millimètre de long. Ces embryons sont d'une organisation très sommaire. Les filaires adultes peuvent mesurer 8 à 10 centimètres de long. Comme diamètre, on peut les comparer à un cheveu humain. Pour les trouver dans le sang, il faut les chercher après sept ou huit heures du soir, ce qui avait fait croire que le jour ou la nuit exerçait une certaine influence sur leur apparition. Mais une expérience bien simple de Mackenzie, qui a fait coucher un individu dans le jour et l'a fait travailler la nuit, montre que c'est le mouvement et non la lumière du jour qui exerce sur ces parasites une certaine influence.

Quel peut être le rôle pathogénique de la filaire ? Elle peut être inoffensive. Cependant chez le chien elle détermine des accidents emboliques. D'après Mendson, à l'état d'œuf, elle s'arrête dans les ganglions et, à l'état d'embryon, passe dans tout le système circulatoire.

On peut se demander si beaucoup d'affections, comme l'érysipèle à répétitions, par exemple, ne sont pas dues à la filaire du sang. Elle peut jouer un certain rôle dans les varices lymphatiques, l'adéno-lymphocèle, certains engorgements de l'épididyme et du testicule. M. Le Dentu a noté la coïncidence de l'engorgement du testicule avec les hydrocèles parasitaires.

M. Le Dentu rappelle ici la théorie soutenue par M. Robin sur la nature, la provenance et la composition de ces liquides : questions complexes qui sont loin d'être complètement élucidées. Il termine sa communication en rappelant certaines tentatives thérapeutiques qui sont restées sans effet, tels que l'acide salicylique, la santonine, les mercuriaux. La glycérine paraît avoir donné quelques résultats.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Des pinces à mors fenêtrées pour ovariotomie (fig. 24).

Par M. Colin.

Pour isoler les tumeurs et constituer leur pédicule, tous les ovariotomistes ont employé des pinces à longs mors pouvant saisir une épaisseur et une longueur de tissu considérable. Toutes les pinces construites pèchent par deux défauts ; la prise est insuffisante et la puissance manque.

Les mors de celles-ci sont formés par la rencontre de branches fenêtrées A, dans lesquelles les parties molles serrées s'engagent, font hernie de telle sorte qu'une prise excellente est assurée aucun glissement n'est possible. Cependant il n'y a ni pointes qui compliquent la manœuvre, ni dents si difficiles à nettoyer. La prise des mors se fait à peu près parallèlement, de telle sorte que les parties à pédiculation ne soient point chassées du talon vers la pointe de l'instrument.

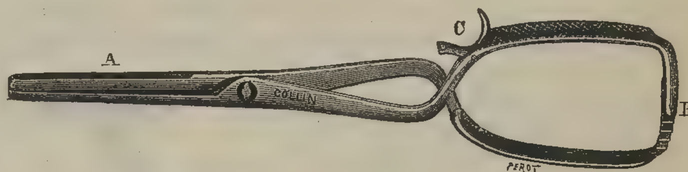


Fig. 24.

Grâce à une longueur de manches considérable, la force pouvant être déployée est énorme, et en B une crémaillère double assure la fermeture solide de l'instrument.

La tenue de cette crémaillère est telle que le déclanchement de l'instrument serait difficile et exigerait les deux mains sans un artifice très simple. En C le pouce peut chasser un petit coin métallique qui pénètre entre les deux branches et les écarte légèrement.

Cela suffit à assurer le déclanchement de l'instrument sans déploiement de force.

Les pinces dont il existe plusieurs modèles suivant la puissance nécessaire ont fait leurs preuves pour l'ovariotomie où elles donnent de grandes facilités pour la confection du pédicule, pour la destruction des grosses adhérences vasculaires. Mais en beaucoup de régions elles rendront des services importants pour l'ablation de tumeurs très vasculaires.

Leur mode de préhension très solide les rendra propres à bien des rôles différents.

Le nouveau robinet médical de Grandcollot (fig. 25).

Le matériel des praticiens vient de s'enrichir d'un instrument fort simple en réalité, mais qui nous paraît appelé à leur rendre de très précieux services.

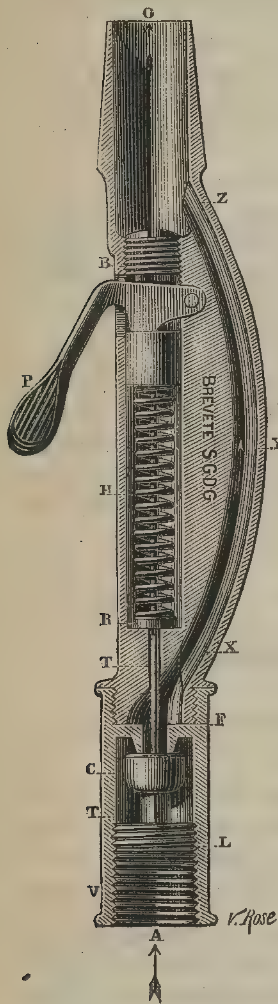


Fig. 25.

Il s'agit d'un robinet destiné aux injections liquides de toutes sortes, depuis le lavement simple jusqu'aux aspersions que le chirurgien a besoin de faire intervenir comme auxiliaires des plus délicates opérations.

Nous en donnons ci-contre la coupe à nos lecteurs. Ils jugeront facilement de ce que doit être l'aspect extérieur de l'instrument. Disons seulement que le liquide, supposé projeté par un irrigateur quelconque, arrive en A par l'ouverture la plus large, et sort en O par l'orifice destiné à recevoir une canule droite ou angulaire, après avoir parcouru le canal XYZ qui est absolument indépendant des parties mobiles de l'appareil.

Contrairement à ce qui arrive dans tous les robinets connus, plus la pression du liquide est forte, plus le robinet est étanche.

De plus, les organes actifs de l'appareil (ressorts, leviers de transmission) *n'étant jamais en contact avec les liquides*, le fonctionnement est assuré sans usure.

Nous signalons aux opérateurs cette circonstance capitale, que, la pédale étant mise en œuvre par le pouce de la main qui tient l'instrument et dirige le jet ou le modère, une seule main est mise à réquisition, et l'autre main reste libre.

Bassin pour pansements vaginaux (fig. 26).

MM. Rainal frères viennent de disposer pour les pansements vaginaux un bassin qui semble appelé à rendre de grands services.

Le bassin est en métal ; il est applicable dans les pansements vaginaux, lorsque la femme est installée sur le fauteuil à spéculum. Sa forme triangulaire s'adapte parfaitement aux parties génitales. Le prolongement en T posé sur le fauteuil est maintenu en place par les régions fessières de la malade. De cette façon l'opérateur n'a pas à se préoccuper de maintenir le récipient; il a, en outre, l'avantage d'avoir les mains libres.

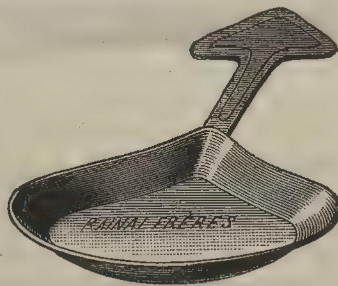


Fig. 26.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Il y a, depuis quarante-huit heures, une décroissance notable de l'épidémie cholérique à Paris.

Depuis le 12 novembre au matin jusqu'au 13 novembre minuit, le nombre des cas de choléra a été, ville et hôpitaux civils réunis, de 199 et celui des décès de 137.

Ces 199 cas se répartissent ainsi :

Ier arrondissement, 4 ; IIe, 10 ; IIIe, 9 ; IVe, 17 ; Ve, 9 ; VIe, 16 ; VIIe, 17 ; VIIIe, 5 ; IXe, 1 ; Xe, 7 ; XIe, 32 ; XIIe, 12 ; XIIIe, 4 ; XIVe, 1 ; XVe, 9 ; XVIe, 4 ; XVIIe, 4 ; XVIIIe, 4 ; XIXe, 27 ; XXe, 7.

De plus on compte un cas à Boulogne, à Neuilly-sur-Seine, à Rosny-sous-Bois, à Clichy, à Chennevières et 2 à Levallois.

A Melun, on a constaté depuis deux jours 7 cas de choléra et 3 décès.

A Toulon, on compte 10 nouveaux cas et 4 décès.

Enfin, à Yport (Seine-Inférieure), on a constaté un nouveau cas.

— MM. les médecins du XVIIIe arrondissement de Paris sont informés que, le jeudi 4 décembre 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance.

Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— La seconde épreuve du concours pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux de Paris (épreuve de physiologie) a eu lieu mercredi soir. Les questions données ont été : 1° Accommodation de l'œil aux distances ; 2° De la circulation fœtale.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 novembre 1884, un concours pour l'emploi de chef des travaux anatomiques s'ouvrira, le 15 mai 1885, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 novembre 1884, un concours pour un emploi de suppléant d'histoire naturelle à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble s'ouvrira, le 1er juin 1885, devant la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lyon.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Duplay a commencé son cours d'opérations et appareils, le jeudi 13 novembre 1884, à quatre heures de l'après-midi ; il le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— Les manipulations de physique, obligatoires pour les élèves de première année, ont commencé le mardi 11 novembre 1884, à l'École pratique, rue Vauquelin, n° 2, et se continueront les jeudis et samedis suivants. Elles auront lieu par séries de douze manipulations consécutives.

Les élèves inscrits seront prévenus, par lettres individuelles, de l'époque où ils devront se présenter au laboratoire. Les élèves non inscrits pourront régulariser leur situation en se présentant au laboratoire, aux jours des travaux pratiques, de trois heures et demie à quatre heures, jusqu'au lundi 17 novembre inclus. Passé cette date, aucune inscription ne sera plus admise, à moins d'autorisation spéciale du doyen.

— M. le docteur Jules Simon commencera ses leçons de thérapeutique infantile, le mercredi 19 novembre 1884, à neuf heures du matin, à l'hôpital des Enfants-Malades, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure. Les consultations auront lieu le samedi.

— M. le docteur V. Audhoui reprendra ses leçons cliniques sur les maladies de l'estomac, à l'hôpital de la Pitié, le jeudi 20 novembre 1884, à neuf heures et demie dn matin, à l'amphithéâtre n°3, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

— *Faculté des sciences de Paris.* — L'ouverture du cours de physiologie de M. Dastre, suppléant M. le professeur Paul Bert, est reportée au lundi 17 novembre 1884.

M. Salet, maître de conférences, commencera ses conférences de chimie le mardi 18 novembre 1884, à trois heures et demie, et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

Les personnes qui voudront prendre part aux manipulations de physique sont invitées à se présenter au laboratoire de M. le professeur Desains, le jeudi 20 ou le vendredi 21 novembre 1884, de neuf heures à onze heures du matin.

— M. le docteur Latteux, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de la Charité, commencera un nouveau cours de technique

microscopique, le lundi 17 novembre, à quatre heures, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, nº 5.

Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques qu'exige journellement la pratique médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition.

On s'inscrit chez le docteur Latteux, rue Jean-Lantier, nº 4, près le Châtelet, de midi et demi à une heure et demie.

— M. le docteur Auguste Ollivier, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, recommencera ses leçons de clinique infantile le lundi 17 novembre. — Conférences à l'amphithéâtre le lundi, au lit des malades le vendredi.

— M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux, commencera son cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le mardi 18 novembre, amphithéâtre nº 2 de l'École pratique, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17001.

40

Appareils en feutre plastique moulés pour chaque cas spécial de *skoliose, kyphose, coxalgie, luxation, mal de Pott*, etc. Conformément à des mesures à nous fournir, collection de bulletins et échantillon de feutre gratis et franco.

Ramie à pansement hygroscopique.

Ramie phéniquée, salicylique, boratée.

Véritables bandes du docteur Martin pour la guérison d'ulcères chroniques.

Fabrique internationale d'objets de pansement, à MONTPELLIER. Directeur : H.-Th. BAESCHLIN.

33

Diathèse urique Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliq^es hépatiques.

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : *Ch. Le Perdriel*

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

31

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses ; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

96

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

84

Chatel-Guyon GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissement possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

143

Véritables Grains de Santé

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex n° 603*).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des **Purgatifs**, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Ph^ie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes ph^ies.

82

Affections de poitrine, maladies des enfants, maladies des os, épuisement.

Sirop PHOSPHATE DE CHAUX GÉLATINEUX DE Th. Gras

3gr phosphate de chaux gélatineux p^r cuillerée.

La plus assimilable des préparations phosphatées.

N'est pas acide. — Ph^ie 9, r. Le Peletier, Paris.

25

Ergotine. Dragées d'ergotine de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr. ; eau, 100 gr.) ; pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement*, arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques*, et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

23

Capsules Lagasse

A LA GEMME DE PIN MARITIME

Hydro-gemmine Lagasse

EAU DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE.

Rhumes, toux, catarrhes, bronchites, affections des reins, catarrhes utérins, uréthrite.

13

Peptones de viande

du docteur KOCHS

Solution d'un problème scientifique depuis longtemps cherchée : l'albumine peptonisée réunie aux matières extractives de la viande en un produit alimentaire de premier ordre, naturel, incorruptible, agréable au goût, s'absorbant immédiatement dans l'organisme humain sans le concours de l'action digestive de l'estomac.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris Londres, Berlin, Vienne, etc. ; spécialement recommandé aux personnes affaiblies ou digérant mal, aux anémiques, aux dyspeptiques, aux convalescents.

DÉPÔT CENTRAL :

A Paris, rue Meyerbeer, 5.

Boîte en fer blanc de	1 000 gr.	18 fr.
Pot de porcelaine de	225 —	5 »
Pot de porcelaine de	100 —	2f 50
Tablettes en étui		5 »
Pastilles en boîte		1f 25

39

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*.

Paris, ph. BOSREDON, r. des Francs-Bourgeois, 41.

11

L'eau de Léchelle

HÉMOSTATIQUE.

Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leuchorrée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue Saint-Honoré, Paris.

9

Dragées dépuratives iodurées

du Dr GIBERT

ou de deutoiodure ioduré de BOUTIGNY-DUHAMEL

Ces Dragées correspondent à une *demi-cuillerée à bouche* de Sirop et renferment *25 centigr. d'iodure de potassium pur* et *5 milligr. de deutoiodure.*

Elles sont d'un emploi extrêmement *commode* et *agréable* ; administrées au milieu ou à la fin des repas, elles n'occasionnent ni nausées, ni dégoût, et en raison de leur solubilité extrême leur absorption est aussi rapide que celle du Sirop. *Prix du flacon* (représent^t un flacon de Sirop), 5f.

Dragées d'iodure de potassium

de DESLAURIERS

Renfermant 25 centigr. d'iodure de potassium pur.

Cette dose facilite l'emploi du sel chez les femmes et les enfants. De plus, l'expérience a démontré que, sous la forme de *dragées* ou de *pilules*, l'**iodure de potassium** est plus facilement toléré à doses fractionnées qu'à doses massives.

Paris, Ph^ie BOUTIGNY-DUHAMEL, DESLAURIERS successeur, 31, rue de Cléry, et rue Poissonnière, 2.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

23

Le Thé diurétique de France est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

109

LA PLUS PURGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sydney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

65

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales ph^ies.

46

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE

la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE,

et toutes les maladies provenant de

L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(Amers et ferments digestifs.)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux, dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc.

PARIS, ph^ie GREZ 34, rue de la Bruyère.

51

Bas varices Dalpiaz Paris, 275, r. Saint-Honoré.

Envoi gratuit sur demande du prix courant *médical* et des indications nécessaires

22

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte PIERRE Lamouroux

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

24

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. Appendice à mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie. — Hôpital de la Pitié. Tumeur kystique du creux poplité. — Tarassis. — Société de Biologie. — Société médicale des Hôpitaux. — Nouvelles.

Paris, le 17 novembre 1884.

APPENDICE

A MON DERNIER MOT SUR LES FIÈVRES DE L'ALGÉRIE (1)

II

Dans ma lettre au Conseil, qui accompagnait ma réponse à M. Gassaud, je disais : « J'avais apporté la plus grande sévérité dans le service de ces espèces d'évacuations qui sont, pour l'armée d'Afrique, une nécessité comme pour nos autres colonies; et, parmi les réformes que j'ai introduites à l'hôpital de Bône, cette sévérité n'a pas été la moins féconde en résultats heureux. C'est antérieurement à mon arrivée, et je le dis une fois pour toutes, que de Bône on dirigeait sur Toulon et sur Marseille des malades dans un état tel que, dans une seule traversée, vingt et un de ces malheureux succombèrent sur le *Marengo*. C'est là une calamité que j'ai fait cesser, en 1834, en donnant à ces évacuations leur véritable destination, qui était d'envoyer momentanément en France les hommes qui avaient été trop fortement éprouvés par le climat, ceux dont les fièvres récidivaient à chaque instant. Les registres des lazarets et des hôpitaux de Marseille et de Toulon en font foi; il était si facile de s'en convaincre. »

De ces données et de la nécessité de conduire à travers la ville et à pied ces malades de l'hôpital au port d'embarquement, je me crois fondé à conclure qu'ils n'étaient ni si faibles ni si gravement atteints que le dit M. Gassaud. On les envoyait à Alger, parce que là il y avait un service de transports directs pour la France; ce qui n'existait pas à Bône. Que pendant leur séjour momentané à l'hôpital d'Alger, ils aient eu des rechutes, rien de plus ordinaire; qu'on les ait soignés avec des doses puérilement ridicules de sulfate de quinine, incapables d'enrayer immédiatement les accès, je n'en doute pas; que des accidents pernicieux se soient terminés par la mort, je le comprends sans peine, quand, par crainte d'ulcérations intestinales, on fixe, comme M. Gassaud, à 1gr,50 le maximum du si puissant fébrifuge quand il est bien administré.

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 novembre 1884.

Pour en avoir fini avec M. Gassaud, il ne me reste plus qu'un mot à dire sur le témoignage de MM. Maillefer et Dufour qu'il invoque à l'appui de ses investigations cadavériques. Le premier vint nous rejoindre à Bône pendant que notre épidémie était à son apogée; il est même du nombre des sous-aides que, dans l'*avertissement* de mon *Traité des fièvres intermittentes*, j'ai signalés pour leur dévouement et comme des jeunes gens d'avenir : élevé à son tour, quelques années après, aux fonctions de médecin traitant en Afrique, il a appliqué dans leur rigueur les enseignements qu'il avait recueillis à ma clinique.

Quant à M. Dufour, il a soutenu sa thèse sur les maladies qu'il avait eu occasion d'observer à Bougie et à Alger avec M. Gassaud; à Bône, avec moi et avec mes prédécesseurs. J'ouvre cette thèse et j'y lis (p. 23), au sujet du sulfate de quinine : « Les heureux succès qu'en a obtenus M. Maillot, médecin en chef de l'hôpital en 1834, ont prouvé, de la manière la plus évidente, que son administration n'était point intempestive et qu'elle réclamait une grande habileté; car, en comparant la mortalité des années précédentes avec celle de cette époque, la différence était immense et hors de toute proportion : ainsi, en 1833, on comptait à peu près 1 mort sur trois ou quatre sortants; en 1834, à peine en comptait-on 1 sur 20. Je vais maintenant exposer la pratique hardie que ce médecin distingué avait osé employer et que les autres praticiens ont promptement suivie. »

Je continue à suivre l'ordre chronologique dans lequel se placent mes rudes censeurs, et je me trouve en face d'une brochure publiée en 1842 par M. Gouraud père, médecin de la succursale des Invalides, à Avignon, et intitulée : *Études sur la fièvre intermittente pernicieuse dans les contrées méridionales*.

L'auteur rentrait d'Afrique; je m'attendais donc à y trouver des choses gracieuses à mon endroit. Mais que j'étais loin de compte! Je me heurtai, au contraire, à ce passage qu'on aura peine à croire textuel : « Nous ne connaissons pas le docteur Maillot personnellement et nous lui croyons les meilleures intentions; mais quand nous le voyons professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Metz, à son retour d'Algérie, où sa méthode a dû coûter la vie à tant de nos soldats, nous ne pouvons nous contenir et nous crions : Au feu! »

Povero di me! Et dire que j'ai, dans le temps, répondu à ces diatribes! C'est là un de mes grands péchés de jeunesse; je me garderai bien d'y retomber. Je passe donc; mais voilà que, *horresco referens*, le chemin me conduit directement à M. Casimir Broussais, champion redoutable par sa valeur

personnelle et par le grand nom dont il a hérité; avec lequel, malgré tout, je n'ai pas hésité à entreprendre une controverse dont je n'exposerai pas tous les détails, parce que ce serait une superfétation; mais dont on pourra prendre connaissance dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire*, pour l'année 1846, et dans la *Gazette médicale de Paris*, en 1846-1847. Je me contenterai d'en rappeler le sujet en quelques lignes.

M. Broussais niait complètement les fièvres que j'ai appelées pseudo-continues: d'où la conséquence obligée de rejeter le traitement que je leur avais assigné; c'était, dès lors, provoquer le retour des calamités que mes conseils venaient d'arrêter. Je mis fin à cette lutte en disant qu'il était inutile de la prolonger, parce que je ne pourrais pas le convaincre; que, lui, ne me ferait pas changer d'avis; j'ajoutais que je m'en rapportais au temps pour décider la question. Le temps et l'expérience ont prononcé et ils m'ont complètement donné raison. Dans ces conditions, je puis très bien me dispenser de réfuter de nouveau M. Casimir Broussais, pour avoir, si témérairement et si contrairement à la vérité, avancé que j'avais été devancé par MM. Antonini et Monard frères, dans la thérapeutique que j'ai formulée et donnée comme mienne; je me contente de renvoyer à ce qui a été exposé plus haut; et, de plus, j'en fais la plus stricte application à MM. Roux et Faure, auxquels mon contradicteur voudrait accorder le mérite d'avoir fait en Morée, en 1829, ce que j'ai fait quelques années après en Algérie.

J'aime à croire que dans ces propositions, d'une étrangeté renversante, il n'y a qu'une erreur; mais l'erreur est absolue, bien qu'elle ait trouvé un ardent défenseur dans M. Lévy, cet *alter ego* de son frère d'armes, dont il dit : « *Nemini flebilior quàm mihi.* » Mais malgré l'attendrissement que me donnent ces pieux souvenirs et ces regrets poétiques, malgré le dithyrambe qu'il chante en l'honneur de MM. Roux et Faure, j'ai le regret de dire que la *Relation médicale de l'armée de Morée*, par le premier, est une œuvre d'une insignifiance déplorable; et, en ce qui se rapporte au fait en litige, je ferai remarquer que si M. Roux avait eu en Morée le moindre soupçon de l'évolution que j'ai imprimée, en 1834, à l'étude des affections paludéennes, il n'eût pas, en 1830, médecin en chef de l'expédition d'Alger, laissé ses collaborateurs de tout grade s'engager dans la funèbre thérapeutique dont il m'a été donné de délivrer l'Algérie.

M. Faure ne m'arrêtera pas longtemps, je me bornerai à cette simple observation ; peut-on sérieusement discuter une question de pathologie palustre avec un homme qui affirme n'avoir jamais vu une fièvre rémittente; n'avoir jamais observé une fièvre intermittente que l'on pût rattacher à l'influence des marais ! Et notez bien que c'est ce même médecin qui, au dire de MM. C. Broussais et Lévy, m'aurait précédé dans ma doctrine des fièvres paludéennes à type pseudo-continu! En vérité, c'est à n'y pas croire, et c'est le cas ou jamais de dire : Qui trompe-t-on ici ? Bien certainement, ce ne sera ni moi, ni ceux qui m'ont vu à l'œuvre, ni ceux qui ont combattu avec moi. Aussi bien j'ai hâte de terminer, mais non sans faire remarquer que, dans la sixième édition (posthume) de l'*Hygiène*, de M. Lévy, on a fait disparaître les critiques qui, dans les éditions précédentes, s'attaquaient, jusqu'en 1869, à une méthode qui, depuis longues années, s'était étendue dans toute l'Algérie; et l'on a bien agi, car elles déparaient un livre de valeur et elles pouvaient faire mettre en doute la perspicacité clinique de l'auteur.

Dans *Mon dernier Mot sur les fièvres de l'Algérie*, je disais que, *très probablement*, je me permettais pour la dernière fois d'adresser quelques lignes au public; j'avais d'abord écrit *certainement*, je m'applaudis aujourd'hui de cette substitution, puisqu'elle me permet de céder au désir de quelques amis qui ont pensé qu'il serait utile pour tous de rajeunir le souvenir des difficultés qu'avait rencontrées une méthode si simplement exposée, si claire, et d'une utilit si évidemment, si immédiatement applicable.

Mais, ce nouvel article terminé, je retourne à ma rédaction première : la *probabilité* deviendra une *certitude*. La nouvelle génération est trop vivante, trop active, trop entreprenante, trop hardie, trop savante, pour que le dernier des élèves de Broussais, qui ose encore écrire, ne comprenne pas qu'il n'y a plus place pour lui dans les rangs de cette milice triomphante : *Te morituri salutant!* Mais avant de mourir, je veux faire mes adieux à la presse médicale; je tiens à la remercier des témoignages d'estime dont elle a bien voulu honorer ma longue et laborieuse carrière de médecin d'armée; je continuerai à m'instruire en me tenant au courant de ses travaux; et je serai toujours heureux d'applaudir à ses succès.

Dr F.-C. Maillot,
Ancien président du Conseil de santé des armées.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Verneuil.

Tumeur kystique du creux poplité.

Le malade dont je vais vous parler est un homme de cinquante-neuf ans, cordonnier, entré il y a huit jours dans nos salles et couché au lit n° 49. Il présente dans le creux poplité une petite tumeur qui va nécessiter une opération. Or le creux poplité est une région des plus intéressantes, autant pour sa pathologie que pour sa médecine opératoire, en raison de certaines affections que l'on y rencontre et qu'on ne rencontre que là. C'est également une région importante comme technique, à cause des vaisseaux, des nerfs, etc., qu'on y trouve.

Cet homme est robuste, d'une bonne constitution; il jouit d'une très bonne santé. Il s'est aperçu, il y a quelques mois seulement, qu'il avait une petite tumeur dans la région du jarret, tumeur mobile et indolente qui peu à peu s'est accrue sur place, dans la profondeur des tissus, pour se diriger vers la peau, où elle envoie une sorte de petit prolongement. Que peut donc être une tumeur indolente, légèrement mobile, molle et, disons plus, vraisemblablement fluctuante, se développant peu à peu dans le creux poplité, chez un homme bien portant, et ne donnant lieu à aucun retentissement nulle part?

Dans cette région, nous trouvons, au-dessous de la peau, du tissu cellulaire, des aponévroses, des vaisseaux et des nerfs superficiels, des muscles profonds, de gros vaisseaux et de gros nerfs profonds également, enfin des os et l'articulation fémoro-tibiale, et entre les os et les muscles des bourses séreuses qui ont été parfaitement décrites autrefois par M. Foucher. Ceci dit, voyons dans quel tissu ou aux dépens de quel tissu la tumeur qui nous occupe ici s'est développée.

Il est évident de prime abord, sans qu'il soit nécessaire d'insister, que la tumeur n'est pas cutanée. Est-elle sous-cutanée? Il est incontestable qu'elle arrive jusque dans les parties les plus profondes du derme, où elle me paraît certainement envoyer un prolongement. S'agirait-il donc de quelque lipome? Mais un lipome ne s'enfonce généralement pas aussi profondément; il est plus superficiel, plus mobile qu'ici; de plus, son développement n'a pas la rapidité de la tumeur qui nous occupe. Serait-ce quelque fibrome? A part les caractères particuliers des tumeurs de ce nom, celles-ci sont ordinairement d'une dureté tout autre que ce que nous décrivons ici. Aurions-nous affaire à un myxome? Les myxomes sont des tumeurs de consistance plus mollasse, différentes de celle de notre malade, et de plus tellement rares qu'il n'y a guère lieu d'y songer ici. Il est bien entendu qu'il ne saurait être question d'une exostose; je n'insiste pas là-dessus, non plus que sur le fait d'une tumeur fibro-plastique. Je ne parle pas des névromes qui sont des tumeurs régulières, tandis qu'ici la tuméfaction est inégale, voire même légèrement bosselée.

Je ne saurais songer à une tumeur des muscles, la tuméfaction, que nous sentons ici, écartant, au contraire, les muscles, dont elle est complètement indépendante.

Quant à un anévrysme, sur quoi baserions-nous pareil diagnostic? Il n'y a ni battements ni souffle. S'agirait-il donc d'une tumeur veineuse, de quelque varice un peu volumineuse? Il existe, vous le savez, dans la région poplitée, des veines profondes et des veines superficielles, lesquelles sont reliées entre elles par une grosse communication transversale. Mais je ne pense pas du tout que nous soyons ici en présence d'une tumeur variqueuse; car si, d'une part, il y a indolence et mollesse, par contre, d'autre part, la tumeur est irréductible.

Mais, ces diverses suppositions écartées, que nous reste-t-il donc? Car, en résumé, nous avons affaire à une tumeur liquide, d'une part arrivant jusqu'au derme, et d'autre part plongeant dans la profondeur du creux poplité et située au centre de la région? Un abcès datant de cinq mois? Non, notre homme a passé l'âge des abcès froids, et l'articulation est parfaitement saine. Un kyste articulaire? Une hydropisie de la séreuse? Un kyste hydatique? Je n'y crois guère, mais je serais bien plutôt porté à admettre un kyste en connexion avec la séreuse, une hydropisie d'une des bourses séreuses de la région. Or nous savons que les muscles jumeaux externe et interne ont chacun leur bourse séreuse, de même qu'il en existe une aussi au-dessous du tendon du poplité. Or, que l'une ou l'autre de ces bourses devienne le siège d'une hydropisie, elle écartera les muscles, se logera dans le tissu cellulaire médian, en gagnant peu à peu la peau, ce qui pourrait nous expliquer l'existence à la fois d'une tumeur profonde et d'un prolongement sous-cutané.

Il est encore une autre variété de kyste que l'on peut rencontrer ici, je veux parler de ces kystes des follicules synoviaux que l'on découvre, par une dissecttion attentive, en différentes régions, au niveau du carpe, à l'articulation du genou, par exemple. Il est très commun, en effet, de trouver deux ou trois petits follicules synoviaux à la face interne du ligament postérieur de l'articulation du genou; or ces follicules sont parfois le siège de kystes, lesquels peuvent acquérir un volume plus ou moins considérable et sont irréductibles. Je pourrais vous citer l'observation d'une jeune fille porteur d'un de ces kystes, absolument irréductibles, qui fut traité en vain par des injections de teinture d'iode, et dont l'extirpation seule amena la guérison.

Quelquefois ces follicules communiquent avec l'articulation du genou, et dans ce cas peuvent être réductibles; cependant il est des cas où, malgré cette communication, on ne peut pas arriver à les réduire. Aussi n'est-il pas permis de se baser sur leur non-réductibilité pour déclarer qu'il n'y a pas communication du kyste avec la cavité articulaire. En réalité, il est impossible, dans la pratique, de reconnaître si le kyste communique ou non; cela est surtout fâcheux au point de vue de l'opération.

Quoi qu'il en soit, la tumeur de notre malade peut et doit être extirpée, les choses se passant avec une grande bénignité. En effet, je vais enlever la tumeur, je laverai la plaie avec l'eau phéniquée et ferai un pansement ouaté simple, sans réunion ni drainage, pansement dont la durée ne dépassera guère une dizaine de jours.

En résumé, il s'agit donc pour moi, selon toutes probabilités, d'un kyste, sans qu'il me soit possible de dire si la tumeur dépend de l'articulation, si elle communique avec elle, ou si elle dépend d'une des bourses séreuses du creux poplité.

TARASSIS (1)

Par M. le docteur Lanoaille de Lachèse.

II

Obs. II. — B..., né le 7 février 1860; cultivateur.

Antécédents de famille. — Père âgé de soixante-cinq ans, atteint de douleurs fugitives dans les membres inférieurs : c'est un alcoolique inconscient qui ne s'enivre jamais et se croit sobre; mais, à tout instant, sous un prétexte ou sous un autre, pour se désaltérer comme pour se « soutenir » dans son travail, à la bouteille il prend une rasade pleine. Mère morte en 1883, à la suite d'une attaque d'épilepsie (2). Frère aîné (trente ans), de bonne santé : a fait son service militaire comme engagé conditionnel. Sœur morte de méningite (2) à deux ans, en 1858. Frère puîné mort à dix-sept ans d'une affection incertaine, qui avait déterminé l'œdème des membres inférieurs.

Le père et la mère étaient cousins germains.

Antécédents personnels. — A eu des furoncles durant plusieurs années, ainsi que des dartres(?) à la figure et au cou. Pertes de sang par l'anus, venant à une ou deux reprises tous les mois, pendant trois ans, avec une durée de deux ou trois jours chaque fois. Il attribue à un vomitif leur disparition qui eut lieu en janvier 1884, époque à laquelle il fait remonter l'origine de ses souffrances actuelles tandis que, en réalité, il ne semble y avoir eu là qu'une métamorphose aggravante de sa maladie. Pas trace d'hémorroïdes. Dès avant son incorporation, il vomissait fréquemment, soit au lever, soit après les repas : ces accidents ont continué à se produire pendant les deux premières années de son service militaire, sans qu'il en fût sérieusement incommodé. C'est pour combattre une bronchite qu'il prit son vomitif, en janvier dernier.

État actuel. — Taille élevée ($1^m,72$); apparence physique vigoureuse ($0^m,95$ de tour de poitrine); fortement musclé; cheveux et sourcils blonds; teint pâle; attitude taciturne et somnolente; peu communicatif avec ses camarades; physionomie attristée par les doutes qu'on lui témoigne sur la réalité de ses souffrances; varices de faible volume, mais étendues à une grande partie du membre inférieur droit; zone de fines arborisations vasculaires de la peau à la base de la face antérieure du thorax, sans qu'il y ait rien d'appréciable du côté du foie.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 novembre 1884.

(2) Renseignement confirmé par le médecin de la famille.

Entré à l'infirmerie le 26 mai 1884, après avoir été exempté de service au jour le jour durant plusieurs semaines.

Langue grisâtre; sensation d'empâtement buccal; peu d'appétit; pas de constipation; point d'helminthes.

Température voisine de la normale; qu'elle semble parfois tendre à dépasser de deux ou trois dixièmes de degré (37°,8 à 37°,9).

Cent à cent quatre pulsations chaque matin, sauf dans des périodes de rémission où le pouls se ralentit jusqu'à ne plus battre que 84 fois à la minute (à un seul moment, il a été vu à 75 durant quatre ou cinq jours); palpitations à la moindre émotion, comme au plus petit effort; étourdissements fréquents, qui l'obligent à s'asseoir; ces étourdissements surviennent tantôt sans cause précise, tantôt quand il quitte la position horizontale pour se mettre sur son séant. Jamais de perte de connaissance; rien de notable au cœur, si ce n'est peut-être vers la base un bruit très doux au premier temps; léger souffle dans les vaisseaux du cou.

Périodes de bâillements presque continuels; démangeaisons et fourmillements tantôt ici, tantôt ailleurs; picotements en coups d'aiguilles à la poitrine; dans les membres, perceptions subjectives bizarres, qu'il compare à des bouillonnements; céphalée à siège variable, au sommet, aux tempes (sensation d'étau), se montrant durant la veille et disparaissant pendant le sommeil; le sommeil ne se prolonge guère au delà de trois à quatre heures chaque nuit; il survient sans secousse et donne lieu à des rêves bruyants et parlés; bouffées de chaleur; transpirations; fréquentes impressions de froid aux membres inférieurs que le toucher ne reconnaît pas toujours; frissons erratiques, surtout au commencement de la miction, qui débute par un certain nombre de saccades, avec retentissement douloureux vers les reins; quelques épreintes pendant la défécation; rachialgie spontanée; douleurs en ceinture; douleur très pénible à l'épigastre; au pourtour des omoplates, sensation vive qu'exaspère le décubitus dorsal; l'élévation des bras détermine de la gêne sur les fausses côtes; courbature générale pendant la marche, principalement aux genoux. Nulle part il n'y a d'hyperesthésie cutanée évidente, tandis que la compression des masses profondes (organes de l'abdomen et muscles) est fatigante dans tous les points du corps : le sujet fuit sous la pulpe du doigt; son visage contracté exprime la souffrance. Le mal prend un caractère particulièrement intolérable lorsqu'on explore les premières apophyses épineuses dorsales, les muscles contenus dans les gouttières vertébrales, les fausses côtes et l'épigastre : épigastralgie, pleuralgie, rachialgie, c'est le « trépied hystérique » de Briquet. La compression est accablante, aussi lorsqu'elle porte sur les flancs, surtout à droite : un sentiment profond d'angoisse se peint alors sur la physionomie. Partout la faradisation musculaire est activement perçue.

Aucune remarque particulière n'est à noter touchant les sens spéciaux : la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, fonctionnent correctement. La sensibilité tactile paraît normale; il en est de même de la sensibilité aux diverses températures. La faculté d'éprouver la douleur semble légèrement émoussée à la peau dorsale des avant-bras, des poignets et des doigts, surtout à gauche. Par places très limitées, on parvient à enfoncer une épingle sans provoquer d'autre impression que celle d'un contact simple, mais l'épingle ne ressort guère jamais (de dedans en dehors, en séton), sans se faire vivement sentir. Il arrive que quelques rares piqûres ne donnent pas de sang.

Les organes génitaux ont une conformation régulière, et le pénis ne présente pas manifestement les dispositions décrites par Tardieu comme conséquence caractéristique de l'onanisme invétéré, que le sujet a pratiqué toutefois avec une certaine activité. La compression testiculaire ne détermine aucune sensation digne de remarque.

Il existe une amyosthénie générale. La traction simultanée des deux mains sur les extrémités du dynamomètre à crochet, suivant le procédé indiqué dans l'observation précédente, ne déplace l'aiguille que de 10 kilogrammes. Cependant B... tirerait davantage sans la douleur que l'effort provoque dans les épaules. Les mains étendues vacillent comme dans l'alcoolisme chronique. Parfois la tête s'agite légèrement, un peu à la manière du tremblement sénile : ce mouvement s'accentue lorsqu'on fixe le regard du sujet sur un point déterminé, comme il arrive dans l'examen ophtalmoscopique, par exemple.

Il n'existe point de trémulation labiale. La parole est nette. Le réflexe du genou est intact. Aucun réflexe exagéré, aucune sensation anomale ne se produit à l'application de l'éponge humide sur les divers points du corps.

Le passage des boissons chaudes, et des boissons froides surtout, est douloureux à l'œsophage, avec répercussion dans le dos. Leur arrivée à l'estomac éveille une sensation pénible. B... cherche à boire tiède. Par périodes, son altération est grande : on a pu recueillir alors 3k,335 d'urine en vingt-quatre heures.

B... est intelligent. Il a occupé au régiment divers emplois qui dénotent des aptitudes militaires spéciales. Mais son caractère présente actuellement une certaine tendance hypocondriaque. Préoccupé de l'état de sa santé, chose du reste fort naturelle, il fait appel aux panacées du jour. Cette situation d'esprit n'est pas de date très ancienne. Peu impressionnable dans son enfance, il ne pleurait guère alors, tandis qu'un changement considérable, incompréhensible pour sa mère, dit-il, s'est produit en sens contraire chez l'adolescent, « dès qu'il s'est pu connaître ». Toujours est-il que mon malade se prend subitement à sangloter lorsque je lui demande comment il est traité par les siens au foyer paternel. Pressé de questions, il me confie ses chagrins et ses douleurs morales en phrases entrecoupées. Il lui faut subir chez lui les mauvais procédés de son frère aîné, dont il ne reçut jamais que des semonces et des coups après avoir peiné à la tâche du matin au soir, comme un mercenaire. Les autres membres de sa famille ont toujours été bons pour lui. Il songe constamment à son frère mort, à sa mère, qu'il revoit en rêve chaque nuit travaillant l'un et l'autre à ses côtés dans les champs. Son émotion redouble à cette pensée.

Il ne semble pas inutile de noter, sans prétendre établir là une relation évidente de cause à effet, qu'une sorte de détente s'est produite à la suite des confidences intimes que je viens de rapporter et de l'intérêt sympathique témoigné au malade en cette occasion. Dès le lendemain, on constate un mieux très appréciable : le sujet devient plus communicatif avec son entourage; la soif diminue, et la quantité d'urine rendue baisse parallèlement (2k,805 au lieu de 3k,335); l'appétit se relève; la compression est moins douloureuse, sauf dans la fosse iliaque droite, où elle garde toute son acuité; le pouls est à 84. Avec la promesse d'une permission, qu'il ira passer chez un oncle dont il est choyé, l'amélioration continue à s'accentuer pendant près d'une semaine; le pouls descend à 75 : mais, deux jours avant le départ, des troubles variés se manifestent de nouveau.

Afin de préciser avec toute la netteté possible la nature exacte du passé morbide de B..., je me suis adressé au médecin de sa famille, qui m'a fait l'honneur de me répondre une lettre très intéressante dont je détache ici le passage suivant :

« Avant son incorporation au régiment, il a été pendant près de deux ans dans le même état qu'aujourd'hui. Comme son affection ne le faisait presque pas maigrir, sa famille croyait que la paresse était sa seule maladie et le malmenait en le contraignant à un travail au delà de ses forces. Je suis intervenu bien souvent en sa faveur, mais je n'ai pas été toujours écouté. Quant à ses hémorragies intestinales qui se répétaient à des périodes plus ou moins éloignées, j'ai toujours cru qu'elles tenaient à des hémorroïdes internes. »

Sa permission expirée, B... revient le 30 juillet en présentant une certaine amélioration dans l'ensemble de son état. Il a suivi chez lui un traitement par les vésicatoires volants camphrés et morphinés, et par le bromure de potassium.

Mon malade est repris à l'infirmerie, où le mieux se dessine de jour en jour sans aucune intervention thérapeutique : le pouls baisse peu à peu; les troubles hyperesthésiques s'émoussent gra-

duellement. Aussi, comme les exigences du service militaire sont modérées en ce moment de l'année, je ne tarde pas à prononcer la sortie de B..., dont la situation morale va trouver à sa compagnie le secours d'une existence moins monotone que celle de l'infirmerie. Son organisme y poursuit aujourd'hui l'évolution vers la santé dans laquelle il s'est engagé pour une période ou longue ou éphémère, qu'on ne saurait en rien déterminer encore.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 15 novembre 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

M. PAUL BERT remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant de nouveau au fauteuil de la présidence.

M. GRIMAUX apprend à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne d'un de ses membres, M. Henninger.

Conservation du chloroforme. — M. REGNAULD fait connaître les résultats de longues expériences qu'il a faites sur la conservation du chloroforme. Il résulte de ces expériences que le chloroforme absolument pur s'altère au contact de l'air et sous l'influence de la radiation lumineuse. Les recherches de M. Personne qui attribuent l'altération du chloroforme à la présence d'une certaine quantité de chloral en liberté ne sont donc pas exactes. Le chloral ne joue aucun rôle dans l'altération du chloroforme exposé au contact de l'air et à l'influence de la radiation lumineuse. Le chloroforme pur donc ne se conserve pas à moins d'être soustrait absolument au contact de l'air et à l'influence de la radiation lumineuse.

L'action préservatrice de l'alcool éthylique dans la proportion de un millième a été confirmée par les expériences de M. Regnauld. Les échantillons de chloroforme contenant un millième, à plus forte raison un cinq centième, un centième d'alcool éthylique, n'ont subi aucune altération. L'action préservatrice des homologues, de l'alcool méthylique, de l'alcool amylique, est beaucoup moindre ; il en faut un dixième.

Tuberculose et diphtérie des gallinacés. — M. CORNIL, en son nom et au nom de M. Mégnin, fait une communication sur la tuberculose et la diphtérie des gallinacés. Il existe depuis longtemps une confusion entre ces deux affections. Des lésions tuberculeuses du foie ont été prises pour des affections diphtéritiques. M. Cornil a trouvé des bacilles dans ces lésions tuberculeuses du foie chez le faisan, chez la poule. Même dans des foyers de dégénérescence calcaire, on rencontre une grande quantité de ces micro-organismes. On en trouve également un grand nombre dans des coupes de tissus récemment devenus tuberculeux.

La tuberculose des gallinacés se distingue donc de celle de l'homme en ce que les cellules sont plus petites et encore plus bourrées de bactéries que celles de la lèpre. Dans la dégénérescence calcaire il y a autant de bactéries que dans les lésions récentes.

Dans la diphtérie des poules on trouve deux sortes de bactéries, des micrococques et des bacilles. Le plus souvent ces bacilles sont allongés. La diphtérie des oiseaux n'est pas communicable à l'homme et réciproquement.

M. BERT demande si la tuberculose des oiseaux est inoculable aux mammifères.

M. CORNIL répond que les expériences n'ont pas encore été faites à ce sujet, mais qu'elles le seront.

M. MÉGNIN fait observer que la tuberculose est très contagieuse entre oiseaux.

La langue du singe. — M. BLANCHARD présente une note de MM. Boulard et Peliet sur la disposition de l'organe folié dans la langue des singes. Jusqu'à présent il n'avait pas été constaté chez le singe.

La digitaline des hôpitaux. — M. LABORDE rappelle la communication qu'il a faite récemment sur la comparaison de deux échantillons de digitaline, l'un d'origine allemande, l'autre de fabrication française, comparaison qui, on se le rappelle, était tout à l'avantage de cette dernière. Il vient d'entreprendre de nouvelles expériences avec un troisième échantillon, encore pire tant au point de vue de sa composition chimique qu'au point de vue de son action physiologique. Thérapeutiquement, on peut dire que cette digitaline est inerte. Or quelle est-elle cette digitaline? C'est celle que l'on donne aux malades des hôpitaux. Voilà pourquoi beaucoup de médecins, dans les hôpitaux, ont renoncé à l'emploi de la digitaline ou n'ont recours qu'à une digitaline qu'ils apportent eux-mêmes.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 novembre 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Oblitération artérielle. — M. LEGROUX, à l'occasion du procès-verbal, complète l'observation qu'il a communiquée dans la dernière séance (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 996) en apprenant à la Société que la jeune fille qui fait l'objet de cette observation, et qui était atteinte d'une oblitération de l'humérale gauche, a présenté depuis une grande diminution dans le pouls radial du côté droit, sans oblitération des artères, des accidents cérébraux, délire nocturne, amnésie et aphasie légères et passagères, respiration de cheyne-stokes, dyspnée, œdème et congestion pulmonaire, enfin une syncope à laquelle elle a succombé.

Rupture du sterno-mastoïdien dans la présentation du siège. — M. BLACHEZ présente un enfant âgé de trois mois, qui porte une tumeur particulière du cou qu'il a le premier décrite en 1879 et qui a été l'objet d'une thèse d'un de ses élèves, M. Planteau. Cette affection se rencontre chez les enfants se présentant par le siège; elle a généralement pour cause la mauvaise habitude qu'ont certains praticiens de ne pas laisser ces accouchements se faire spontanément et d'exercer certaines manœuvres qui ont précisément pour effet, par des tractions inopportunes sur le sterno-mastoïdien, de déterminer des ruptures de ce muscle. Alors au niveau de cette rupture se produit une tumeur assez molle, fluctuante, élastique, qui, après dix ou quinze jours, devient dure et offre tous les caractères d'un fibrome dont la résolution est très lente à se faire. Ces cas sont tellement rares qu'il n'en est pas fait mention dans les auteurs. L'enfant que présente M. Blachez est né dans un état d'asphyxie complète ; il a été exercé des manœuvres pour hâter l'accouchement.

Comme traitement, M. Blachez s'est bien trouvé, dans ces cas, de quelques frictions et du massage exercés sur la tumeur.

M. LEGROUX a rencontré la même lésion dans des cas d'applications de forceps régulières. Jamais cette lésion ne se produit des deux côtés à la fois. Il s'agit là d'ailleurs d'une tumeur sans importance, d'un hématome dont la résolution se fait toujours spontanément et rapidement.

M. D'HEILLY a observé un cas analogue à l'hôpital Trousseau. Il s'agissait également de la production d'un hématome chez un enfant qui s'est présenté par le siège.

M. CONSTANTIN PAUL signale un accident analogue qui peut se produire dans les présentations du siège. Il y a vingt ans, faisant un accouchement, il se trouva avoir affaire à une présentation du siège. Il mit le doigt sur l'aine et sentit que le fémur cédait et qu'il se produisait un décollement de l'épiphyse. En effet, le fémur était en deux parties quand l'accouchement s'acheva. Il n'en dit rien, immobilisa aussi bien que possible ce membre et attendit, non sans anxiété. Après quelques jours la fracture était

consolidée ; le cal s'était formé avec une extrême rapidité. Cet enfant a aujourd'hui vingt ans et n'a jamais été malade. Les livres d'obstétrique restent muets sur les cas de ce genre. Il est bon de rassurer les médecins auxquels pareil accident pourrait arriver.

Contagion et prophylaxie de la tuberculose. — M. LANDOUZY, à l'occasion du rapport de M. Vallin sur cet important sujet, déclare se ranger aux conclusions de ce rapport. Il importe, dit-il, d'apporter les plus grandes réserves dans l'étude de cette grave question, le public paraissant disposé à passer d'une indifférence excessive à une frayeur exagérée. Les chances de transmissibilité de la tuberculose, pour être restreintes, n'en sont pas moins aujourd'hui un fait acquis à la science. Il reste à déterminer le *quantum* de cette transmissibilité. Les conclusions du rapport visaient seulement le fait brut de la contagiosité de la tuberculose. Or ce rapport pourrait être le point de départ d'une enquête générale à laquelle seraient conviés, sous l'égide de la Société médicale des hôpitaux, tous les médecins des villes et des campagnes, enquête qui porterait sur tous les points de la pathogénie de la tuberculose. L'attention des médecins serait nettement attirée sur toutes les questions d'hérédité, de contagion, de milieu, de sexe, d'âge, de conditions vitales, de coïncidence ou de superposition du tubercule à la scrofule. Une sorte de circulaire serait publiée dans la presse médicale s'adressant à tous les médecins des villes et des campagnes, aux médecins de l'armée, de la marine. Tous les faits recueillis seraient envoyés à une commission dont le président serait M. Villemin et le rapporteur M. Vallin. Il appartiendrait à la Société médicale des hôpitaux de diriger ou de centraliser cette étude, aujourd'hui nécessaire, sur les conditions étiologiques réelles de la tuberculose.

Après un échange d'explications entre MM. Bucquoy, Vallin, Gaillard-Lacombe et Landouzy, la proposition de ce dernier est mise aux voix et adoptée.

Il est donc constitué une commission permanente de phtisiologie, sous la présidence de M. Villemin et avec M. Vallin comme rapporteur, et la discussion reste ouverte.

M. LABBÉ, depuis vingt ans, n'a pas laissé passer un seul phtisique sans étudier avec le plus grand soin ses antécédents et il est arrivé à cette conclusion qu'il n'y a pas un cas d'hérédité sur cent. Il affirme que l'hérédité est l'exception ; il oserait presque dire que la tuberculose n'est pas héréditaire. Il admet toutefois qu'un phtisique a plus de chances d'engendrer des enfants présentant un terrain plus favorablement prédisposé à la tuberculose. Quant à la contagiosité de la tuberculose, M. Labbé s'engage à faire connaître un grand nombre de faits à l'appui de cette contagiosité. Il cite, entre autres, l'exemple d'une famille dans laquelle une jeune femme, sa mère et son mari sont morts successivement de phtisie dans un assez court espace de temps. Il pourrait citer un grand nombre d'exemples de ce genre en faveur de la contagion de la tuberculose.

M. BLACHEZ professe, au point de vue de l'hérédité, une opinion absolument contraire à celle que vient d'exprimer M. Labbé. Quant à l'enquête qu'on propose, elle sera très difficile à faire, attendu qu'il faudra tenir compte de l'extrême répugnance qu'ont habituellement les malades à avouer l'hérédité. Ils déclarent que leurs parents sont morts de pneumonie ou d'un refroidissement quand ils sont morts de phtisie. La contagion et l'hérédité sont deux choses absolument différentes. L'hérédité est un fait démontré depuis longtemps. Quant à la contagion, tout médecin en possède par devers soi plusieurs exemples ; mais à côté de cela il y a un très grand nombre de faits où, malgré la promiscuité la plus intime, il n'y a pas de contagion. On voit ainsi des enfants, conçus dans le même temps que le père avait une caverne, ne présenter jamais aucun signe de tuberculose, pas plus que leur mère : ce qui souvent, il faut bien le dire, peut tenir à la prudence des médecins qui ont empêché la phtisie d'aboutir à une époque où elle était encore accessible aux moyens curatifs. Tout en faisant attention aux assertions des malades, il ne faut pas oublier que, soit par oubli, soit par amour-propre, ils avouent bien rarement que leurs parents ont succombé à une affection héréditaire. C'est ainsi, par exemple, que dans les compagnies d'assurances on a beaucoup de peine à connaître les antécédents, les cancéreux étant soi-disant morts de gastrite chronique, les phtisiques de pneumonie, etc.

M. LABBÉ dit que M. Blachez a raison quand il déclare qu'il ne faut pas tenir compte des renseignements fournis par les malades sur leurs antécédents ; mais il fait observer qu'à la maison Dubois il voit les pères, les sœurs, les parents des malades, et peut par conséquent constater qu'il n'existe pas un seul germe de phtisie chez ces proches parents. Dans ces conditions, peut-il conclure autrement qu'il l'a fait ?

M. GAILLARD-LACOMBE voudrait que l'on instituât un questionnaire à envoyer aux médecins, car il y a dans cette étude un grand nombre de questions complexes et délicates ; ainsi les rapports entre conjoints ne sont pas les mêmes que ceux qui existent entre étrangers, entre le malade et son infirmier, par exemple. En outre, on sait que les affections héréditaires sautent souvent une ou deux générations.

M. FERRAND croit à la transmission de la tuberculose par hérédité. Mais la question se pose entre l'hérédité et la contagion ; il importerait donc de fournir des faits démonstratifs à ces deux points de vue différents. Si l'enquête est difficile à l'hôpital, où les renseignements sont le plus souvent entachés d'erreur ou d'incertitude il n'en est plus de même en ville, dans la clientèle, où l'on peut facilement recueillir des faits significatifs. M. Ferrand possède un assez grand nombre de faits en faveur de l'hérédité et de la non-contagion. Il les soumettra à la commission en temps opportun.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix la proposition de maintenir à l'état de commission permanente de phtisiologie la commission qui a été nommée dans une précédente séance, et qui avait pour président M. Villemin et pour rapporteur M. Vallin.

Cette proposition est adoptée.

ÉLECTION

MM. Brissaud, Merklens et Faisans sont élus membres de la Société.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Les chiffres fournis par la préfecture sur le nombre des cas de choléra déclarés en ville sont parfois tellement contradictoires, que dès ce jour nous nous bornerons à donner les chiffres qui se rapportent aux hôpitaux de Paris, seuls chiffres dont nous puissions garantir la parfaite exactitude, grâce aux tableaux dressés chaque jour avec le plus grand soin par l'administration générale de l'Assistance publique.

Les cholériques entrés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris pendant les trois journées des 14, 15 et 16 novembre 1884 sont au nombre de 186, dont 121 hommes et 65 femmes (1).

Le nombre des cas déclarés à l'intérieur de ces mêmes établissements pendant cette période a été de 11, dont 6 hommes et 5 femmes. Sur ces 11 cholériques, 4 appartiennent au personnel hospitalier (religieuse, infirmiers et gens de service). Soit un total de 197 cholériques pour ces trois journées.

Pendant le même laps de temps, le chiffre des décès a été de 124 : 74 hommes et 50 femmes.

Enfin 52 cholériques entrés antérieurement sont sortis guéris, de sorte que ce matin 17 novembre, il restait en traitement, dans les divers hôpitaux de Paris, 348 malades atteints de choléra, qui se répartissent ainsi :

Hôtel-Dieu, 0 ; Pitié, 13 ; Charité, 25 ; Saint-Antoine, 77 ; Necker, 3 ; Cochin, 64 ; Beaujon, 8 ; Lariboisière, 46 ; Tenon, 24 ; Laennec, 6 ; Bichat, 17 ; Tournelles, 1 ; Saint-Louis, 58 ; Maison municipale de santé, 1 ; Salpêtrière, 2 ; Enfants-Malades, 2 ; Trousseau, 1.

(1) Nous comprenons parmi les hommes les enfants du sexe masculin, et parmi les femmes les enfants du sexe féminin.

— Depuis le commencement de l'épidémie, le nombre des soldats atteints de choléra ou d'accidents cholériformes et conduits dans les divers hôpitaux militaires de la capitale s'élève à 90; le nombre des décès a été de 8.

Cas et décès se répartissent ainsi : Val-de-Grâce, 48 cas et 4 décès; Gros-Caillou, 22 cas et 3 décès; Saint-Martin, 14 cas; Vincennes, 6 cas et 1 décès.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17013.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. La période préataxique du tabes d'origine syphilitique. — De l'anesthésie produite par le chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse pharyngienne et laryngienne. — Tarassis. — Thèses. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Au début de la séance, M. Bergeron a lu une notice sur M. A. Fauvel. Cette notice, parfaitement écrite et bien lue, contient, avec plus de développements qu'il ne nous a été possible d'en donner, les faits principaux de la carrière de M. Fauvel, ses travaux et ses services. Parmi les nombreux éloges que lui a décernés M. Bergeron, il en est un qui s'applique à un côté du caractère de M. Fauvel qui ne nous était pas connu et qui l'honore trop pour que nous ne devions pas nous empresser de le faire connaître : c'est son désintéressement.

M. Fauvel, parti pauvre pour Constantinople, en est revenu pauvre, alors que tout portait à faire présumer que la haute situation qu'il a occupée pendant dix-huit ans, dans cette capitale, avait dû lui ouvrir un accès facile à la fortune. Dévoué sans réserve à l'accomplissement de ses doubles devoirs envers le gouvernement français et le gouvernement ottoman qui l'avaient investi l'un et l'autre de leur confiance, il s'était interdit la recherche de la riche clientèle qui n'eût pas manqué de venir à lui et il poussait le scrupule jusqu'à refuser les présents qu'on lui envoyait parfois en reconnaissance de quelques services rendus.

La lecture de cette note, souvent interrompue par les marques d'approbation de l'assemblée, a été suivie d'une triple salve d'applaudissements.

La séance a été occupée ensuite par une lecture de M. Hayem sur le traitement du choléra par les injections salines intra-veineuses; et par une communication de M. Panas sur l'usage du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local dans la chirurgie oculaire. On trouvera un résumé de ces deux intéressantes communications dans le compte-rendu.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

La période préataxique du tabes d'origine syphilitique.

I

En recommençant aujourd'hui mes leçons, mon intention est d'appeler tout particulièrement votre attention sur l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique et de vous montrer les connexions intimes du tabes avec la syphilis.

Aujourd'hui, et dans une première série de leçons, je vais vous entretenir spécialement de certains symptômes morbides qui préludent à l'apparition de l'ataxie proprement dite, c'est-à-dire qui constituent la période préataxique de cette affection.

Vous savez que le tabes, une fois confirmé, ne guérit jamais, même alors qu'il dérive manifestement de la syphilis, parce qu'il porte avec lui des lésions de sclérose, c'est-à-dire des lésions de destruction. Or ce qui est détruit ne guérit pas. Aussi, pour que l'intervention du médecin, dans cette affection, soit d'une utilité véritable, faut-il qu'elle se produise à temps : j'entends dire par là dans la période préataxique du tabes. D'où la conclusion qu'il est absolument nécessaire de reconnaître le tabes *ab ovo*.

Mais auparavant je veux vous rappeler l'évolution du tabes. Quatre propositions résument cette évolution.

1° Le tabes, dans sa longue carrière, se divise en deux périodes : *a*. la période préataxique ; *b*. la période ataxique, dont le début est représenté par les phénomènes d'invasion de l'ataxie.

2° Le deuxième point est relatif à la durée que la période préataxique du tabes peut affecter. Voici le double tableau que j'ai fait dresser d'après un grand nombre d'observations :

1° Échéances d'invasion des symptômes du tabes.

Après quelques mois de maladie. . .	6 cas
1 an.	4 —
18 mois	3 —
2 ans	6 —
3 —	14 —
4 —	7 —
5 —	4 —
6 —	3 —
7 —	2 —
9 —	2 —
10 —	2 —
11 —	3 —
12 —	1 —
13 —	2 —
14 —	1 —

2° Symptômes ataxiques non encore apparus après :

1 an.	4 cas
18 mois	1 —

2 ans	9 cas
3 —	17 —
4 —	11 —
5 —	10 —
6 —	6 —
7 —	1 —
8 —	4 —
9 —	2 —
10 —	4 —
11 —	2 —
12 —	2 —
13 —	3 —
14 —	2 —
15 —	2 —
30 —	1 —

D'après ces chiffres, on voit que la date de l'invasion du tabes peut varier de quelques mois, après le début de la période préataxique, à dix, quinze et trente ans. Ces tableaux montrent aussi que l'échéance la plus habituelle oscille entre trois et six ans.

3° La troisième proposition comporte les symptômes de la période préataxique. En réalité, le tabes est polymorphe comme début, ses formes sont très variées comme chacun des symptômes qui la composent. Ainsi, le premier phénomène peut être la douleur fulgurante, ou bien la paralysie oculaire, une affection du larynx, des accidents vésicaux, etc. C'est ainsi qu'en ce moment, sur les six ou sept tabétiques qui sont dans notre service, le début a été caractérisé par des douleurs fulgurantes chez d'eux d'entre eux, par des troubles vésicaux chez un, par le mal perforant chez un autre, par une névralgie sciatique chez un cinquième, par une diarrhée singulière chez un sixième individu, etc. Ce qui nous montre la multiplicité des phénomènes de début de la période préataxique.

4° Enfin les phénomènes multiples qui caractérisent cette période sont plus ou moins fréquents, comme on peut le constater sur le tableau suivant qui comprend 211 cas :

Symptômes de la période préataxique.

	Sur 211 cas
Troubles de la sensibilité générale	183
— d'innervation motrico-oculaire	101
— vésicaux	90
— génitaux	77
— de la vision	32
Vertiges	30
Troubles cérébraux	53
— de l'audition	12
— parésiques ou paralytiques	30
— gastriques ou intestinaux	15
Symptômes rectaux	14
Troubles laryngés	6
Arthropathies	2
Troubles trophiques	4
Divers	10

Ainsi l'on voit que les phénomènes de début les plus fréquents sont les troubles de la sensibilité générale, puis les troubles oculaires et les troubles vésicaux.

Ceci posé, je passe sur les premiers qui sont bien connus pour entrer immédiatement en matière en vous entretenant des troubles vésicaux.

Il est bien certain que ces troubles sont très fréquents dans la période préataxique du tabes, puisque sur 211 cas nous l'avons rencontré 90 fois; il est certain aussi que ces troubles sont précoces, dans cette période, apparaissant dans les premiers mois ou dans la première ou dans la deuxième année tout au plus; il est certain enfin qu'ils peuvent être aussi les premiers en date.

Je pourrais citer sept cas, que j'ai observés personnellement, de malades intelligents qui ont très bien su me dire tous que la maladie avait débuté par la vessie. C'est ainsi également que notre malade actuel du n° 58 de notre salle des hommes est entré pour ainsi dire dans sa maladie, en 1873, par une difficulté subite d'uriner survenue en parfaite santé apparente, par une rétention d'urine. Et c'est seulement cinq ans plus tard, en 1878, que les premières douleurs fulgurantes ont apparu. Depuis 1873, néanmoins, les phénomènes vésicaux ont persisté; ils durent encore aujourd'hui, et notre malade est forcé depuis lors de se sonder chaque jour. Je pourrais vous citer aussi le cas d'un homme du monde chez lequel le mal a débuté en parfaite santé, un matin, en se réveillant, par une brusque rétention d'urine, absolument inattendue. Il est resté ainsi pendant vingt-quatre heures sans pouvoir émettre une seule goutte d'urine. Quelques mois plus tard survenaient les douleurs fulgurantes, et les accidents du côté de la vision : le tabes était déclaré.

Ces troubles vésicaux peuvent donc exister et existent fréquemment comme les premiers phénomènes préataxiques. C'est là une particularité qui n'est pas encore très connue. Elle l'est même si peu, en général, que la plupart du temps ces malades sont traités pour toute autre chose, pour une affection de la vessie, c'est-à-dire comme des vésicaux et non comme des tabétiques. Je connais même deux cas où l'on a cru à la présence d'un calcul dans la vessie. En somme, ces symptômes ne sont guère connus que des médecins spéciaux, que des praticiens qui s'occupent tout spécialement des maladies des organes génito-urinaires. Mon collègue de la Faculté, M. Guyon, les appelle des faux urinaires pour les distinguer des malades qui ont réellement une maladie de l'urètre ou de la vessie. Il a raison, car souvent les tabétiques, au début du tabes, sont des faux urinaires.

Ceci nous amène directement à étudier quels sont les symptômes vésicaux que l'on observe dans l'affection tabétique. J'ai dépouillé toutes les observations qui me sont propres et j'ai pu établir le tableau suivant :

Troubles vésicaux de la période préataxique du tabes.

Symptômes de parésie vésicale (sans rétention)	45 cas
Rétention d'urine	8 —
Symptômes d'incontinence d'urine	34 —
Pollakisurie, besoins impérieux, ténesme	14 —
Symptômes d'anesthésie vésicale	6 —
Cystalgie, coliques vésicales	5 —
Urétralgie	2 —

Les symptômes de parésie vésicale sont caractérisés par : 1° l'émission lente des urines; 2° la nécessité de pousser; 3° l'émission en plusieurs actes; 4° la longue durée de l'émission.

Quand le malade veut uriner, il est forcé d'attendre un temps qui peut varier entre quelques secondes et un quart d'heure; de plus, il est forcé de pousser. Le phénomène est surtout prononcé le matin, à l'heure du réveil, où l'effort

est plus considérable pour se mettre en train d'uriner ; cela résulte de la surdistension de la vessie qui a perdu son ressort. De plus, la vessie ne peut plus, comme par le passé, se vider en une seule fois, mais tout à coup l'urine cesse de couler, le malade est obligé à de nouveaux efforts, l'urine s'écoule de nouveau, puis s'arrête encore une fois et la miction ne se fait ainsi qu'en deux, trois, quatre, cinq ou six actes. D'où cette conséquence que la durée de l'émission des urines est prolongée. Il en résulte que les malades se trouvent bientôt affectés dans leur moral, qu'ils n'osent plus entrer dans les urinoirs publics de peur de se faire remarquer, d'être l'objet de véritables quolibets ; parfois même leur séjour prolongé dans l'urinoir public devient le sujet de querelles plus ou moins violentes avec les individus qui attendent leur tour d'entrée.

Cette paresse de la vessie a des degrés divers depuis la simple petite attente et la nécessité de petits efforts jusqu'à l'attente prolongée et les efforts considérables, violents parfois, de telle sorte que les individus éprouvent à la fois des besoins de défécation, auxquels ils ne peuvent quelquefois pas résister par suite de la forte poussée qu'ils ont dû faire pour parvenir à uriner. Enfin il est même des malades qui en arrivent à ne plus pouvoir uriner sans aller à la selle; de là, une réaction morale souvent des plus pénibles, le malade se faisant honte à lui-même. D'autres personnes encore ne peuvent uriner que dans certaines postures. Bref, la paresse de la vessie peut se transformer en une véritable parésie et donner lieu à une rétention absolue des urines avec tous ses dangers.

Tels sont les phénomènes de parésie vésicale qui sont souvent les accidents de début du tabes et sont l'entrée du malade dans la période préataxique de cette affection.

DE L'ANESTHÉSIE

PRODUITE PAR LE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE SUR LA MUQUEUSE PHARYNGIENNE ET LARYNGIENNE.

Par le Dr Ch. Fauvel.

La *Gazette des hôpitaux* du 12 mai 1877 publiait sur la coca et ses préparations un article du docteur Scaglia, où étaient décrites les principales propriétés de cette plante que j'ai vulgarisée en France dès l'année 1869.

Il est dit dans cet article « que le docteur Ch. Fauvel utilise son action *anesthésique* sur la gorge dans l'angine granuleuse... L'usage de la coca enlève rapidement aux malades le sentiment d'ardeur et de cuisson, qui est un des symptômes les plus fâcheux de cette maladie, si connue de l'arrière-gorge. »

Depuis cette époque, je n'ai cessé d'employer, en attouchements locaux sur la muqueuse pharyngo-laryngienne, des solutions aqueuses ou alcooliques concentrées de coca, soit en ville, soit à ma clinique, et mon chef de clinique, M. le docteur Coupard, devait publier un travail à ce sujet, démontrant que j'ai toujours obtenu des effets *anesthésiques* assez marqués. Mais aujourd'hui, en employant une faible solution de chlorhydrate de cocaïne, 5 p. 100, nous obtenons une anesthésie *complète* du pharynx et du larynx.

Les malades qui ne pouvaient pas supporter longtemps le contact du miroir laryngien sur le voile du palais ou la luette sans être pris de vomituritions ou de quintes de toux, tolèrent avec la plus grande facilité, sans avoir conscience de la présence d'un corps étranger, l'application prolongée du laryngoscope, lorsqu'on a badigeonné quelques minutes auparavant la muqueuse gutturale avec la solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 p. 100.

Nos confrères spécialistes en oculistique se servent d'une solution plus faible et obtiennent l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive avec une solution de 1 p. 100.

On sait que le chlorhydrate de cocaïne $HCl,C^{32}H^{40}Az^{2}O^{8}$ est un sel blanc très amer soluble en toutes proportions, puisqu'une demi-partie d'eau dissout une partie de chlorhydrate de cocaïne, et, remarque singulière, c'est le seul sel de cocaïne, soluble dans l'eau, trouvé jusqu'ici.

La cocaïne est elle-même presque insoluble dans l'eau, assez soluble dans l'eau alcoolisée, très soluble dans l'alcool et dans l'éther.

La cocaïne, dit mon savant ami M. Mariani, dans sa très intéressante brochure sur la coca du Pérou, publiée en 1878, page 7 et suivantes, la cocaïne a une odeur fortement alcaline, elle neutralise complètement les acides et forme avec eux des sels difficilement cristallisables. La cocaïne a été retirée en 1850, par M. Niemann, des feuilles de la coca.

1 kilogramme de feuilles de coca donne environ 2 grammes de cocaïne.

Cet alcaloïde est amer et produit un *engourdissement* très prononcé sur la langue, quand il est mis en contact avec cet organe. Il est d'un blanc jaunâtre et se présente sous forme de prismes soyeux.

Au sujet des alcaloïdes de la coca, M. Mariani ajoute que la cocaïne chauffée à 100 degrés dans un tube scellé, avec de l'acide chlorhydrique concentré, se dédouble en acide benzoïque et une base nouvelle pour laquelle M. Wœlher a proposé le nom d'ecgonine.

Un autre alcaloïde de la coca a été aussi découvert par M. Wœlher, en traitant les feuilles de coca par l'alcool amylique. Son odeur rappelle celle de la triméthylamine ; elle possède une forte réaction alcaline, et sa saveur n'est pas amère ; son chlorhydrate est cristallisable, mais il est déliquescent.

Aujourd'hui l'on est arrivé à produire un chlorhydrate de cocaïne non déliquescent et soluble dans l'eau en toutes proportions. Ce sel coûte très cher, car il revient à 18 francs le gramme. Avec une solution de 50 centigrammes pour 10 grammes d'eau distillée, on a de quoi produire d'innombrables anesthésies laryngiennes, puisqu'il suffit de 4 à 5 gouttes de cette solution portée à l'aide d'une petite éponge sur les cordes vocales pour obtenir leur insensibilisation.

En voici un remarquable exemple :

M. Eyss..., atteint d'enrouement depuis six ans et traité à tort pour une affection syphilitique de la gorge, vient me consulter il y a quelques jours. Je constate à l'examen laryngoscopique la présence d'un petit polype de deux millimètres de large sur quatre millimètres de long, inséré sur le bord libre de la corde vocale inférieure gauche, à l'union de son tiers antérieur avec son tiers moyen. Ce petit polype, de la même couleur que la corde vocale sur laquelle il est inséré, d'une blancheur nacrée, est très difficile à saisir dans les mors de ma pince à cause de son petit volume.

En outre, le malade ne supporte pas très bien l'application du miroir laryngien sur le voile du palais.

Je badigeonne tout l'isthme du gosier avec une éponge imbibée d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, 50 centigrammes pour 10 grammes d'eau.

Je touche également les cordes vocales avec cette même solution.

Le malade accuse seulement un goût très amer dans la bouche

et une sensation de gonflement de la muqueuse intra-laryngienne.

Trois minutes après ce badigeonnage, j'applique le laryngoscope sans que M. Eyss... éprouve la moindre envie de vomir ou de tousser.

J'introduis ma pince dans la glotte et je puis broyer le petit polype sans que le malade ressente la moindre gêne due au contact des mors de la pince.

Autant nous avions rejeté énergiquement la méthode d'anesthésie employée par les Allemands pour obtenir l'insensibilité de la muqueuse laryngienne et qui consistait, on se le rappelle, dans le procédé opératoire suivant :

Pendant douze heures consécutives, toucher toutes les heures les cordes vocales alternativement avec du chloroforme pur et avec une solution concentrée de chlorhydrate de morphine.

Cette méthode, très douloureuse et non exempte de dangers, amenait des accidents graves, tels que des phlegmons intra-laryngiens, des accidents d'intoxication morphinique.

Autant, au contraire, aujourd'hui nous acceptons et préconisons l'anesthésie laryngienne produite par l'application *in situ* du chlorhydrate de cocaïne.

Une seule application suffit pour obtenir cinq minutes après l'insensibilité et la faculté de faire des opérations chirurgicales intra-laryngiennes sans que le malade en ait conscience.

Nous venons de lire dans le numéro de novembre du *Medical Record* de New-York, page 489, la relation très curieuse de deux cas d'anesthésie en gynécologie obtenus par l'hydrochlorate de cocaïne (*Hydrochlorate of cocaïne as a local anesthetic in gynecology, by W. M. Folk, M. D.*).

Les observations vont se multiplier sans nombre dès que le monde médical saura que ce puissant anesthésique local, instantané pour ainsi dire, peut être employé sans danger sur toutes les muqueuses.

C'est dans le but de faire connaître ce nouveau procédé à nos confrères que je m'empresse de publier cette courte notice, me réservant de faire paraître dans quelques semaines un travail étendu sur ce sujet au point de vue du traitement des maladies médicales et chirurgicales de l'arrière-gorge et du larynx.

Cette découverte rendra de grands services à la classe si nombreuse des malheureux malades atteints de phtisie laryngée, de douleurs laryngiennes, et pourra être utilisée dans les opérations pratiquées sur la luette, le voile du palais, les amygdales, le pharynx, les joues et la langue, ainsi que pour calmer les douleurs dans les angines ; on pourra également faire des applications de chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse nasale et naso-pharyngienne, soit pour calmer les douleurs, soit pour obtenir l'insensibilité si favorable aux opérations. De la sorte aussi, la rhinoscopie si difficile en beaucoup de cas sera rendue très facile.

TARASSIS (1)

Par M. le docteur Lanoaille de Lachèse.

III

Par leur physionomie générale, les deux observations qui précèdent ne paraissent offrir aucun rapport entre elles. Trouvent-elles un lien commun dans leur essence, et de quoi s'agit-il en réalité pour chacune d'elles ?

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 novembre 1884.

A cette double question, la réponse ne serait point douteuse si mes deux malades étaient des femmes.

« Jusqu'à présent, on a peu vu l'hystérie chez l'homme, parce qu'on n'a pas voulu l'y voir, » disait Briquet en 1859 (1). Depuis lors, on ne l'y a guère vue davantage, semble-t-il. Un auteur, non sans réputation, a même nié son existence d'une façon absolue. Suivant M. Bouchut, en effet, « l'homme éprouve quelquefois des attaques convulsives semblables à celles de l'hystérie, avec la sensation de boule au cou, mais cela est rare, et ces convulsions ne sont pas autre chose que l'épilepsie modifiée » (2). Bien que l'aphorisme soit émis sans réserve, il n'en laisse pas moins à sa suite un vague léger sur ce que l'on doit entendre au juste par « épilepsie modifiée ».

La vérité est que tout ici se réduit à une question de mot. De par le mot, en effet, il a été impossible, durant de longs siècles, de saisir dans l'hystérie autre chose qu'une souffrance de l'utérus. Cette erreur, enfin reconnue pour ce qui concerne particulièrement l'organe féminin de la génération, s'impose maintenant encore pour le sexe.

Telle est l'influence des mots sur les idées qu'un homme qui connaît plusieurs dialectes n'élabore vraiment avec fruit ses pensers intérieurs que dans sa langue maternelle, dans la langue qu'il possède le mieux. Mais il est en situation de reconnaître que certaines nuances de ressouvenir, familières à un idiome, où elles trouvent leur traduction précise, sont à peu près inconnues dans un autre, qui n'a pas de signe tangible pour les exprimer.

Sans un effort laborieux de l'entendement, comment jamais songer à l'existence de l'hystérie masculine ? Le terme d'hystérie, insuffisant et mauvais déjà pour la femme, prend une physionomie étrange quand on s'avise de l'appliquer à l'homme. D'instinct, on le repousse à l'occasion, trouvant alors beaucoup plus simple et beaucoup plus naturel de voir par métaphore avec M. Bouchut une « épilepsie modifiée », que d'envisager franchement avec Briquet une hystérie sans épithète ; c'est-à-dire que, à défaut d'un mot convenable pour exprimer sa pensée, on se leurre l'esprit à l'aide d'un assemblage de mots tout dépourvu de signification.

Il existe donc une entité morbide commune aux deux sexes, qui n'a pas encore pu rencontrer son nom. Plus souvent observée sur la femme que sur l'homme, elle se manifeste par des troubles fonctionnels de l'âme et du corps, variés à l'infini suivant les individus qui en sont affligés. Le mot de Tarassis mis en tête de mon travail ne prétend à autre chose qu'à rappeler cet état indéfinissable de désordre physique et moral. Je suis loin de le croire à l'abri de toute critique. On peut ainsi lui adresser le reproche très sérieux d'avoir été employé déjà pour désigner une affection locale sans rapport d'aucune sorte avec la névrose protéiforme dont il s'agit ici. Mais, outre qu'il est aujourd'hui à peu près oublié dans son acception ancienne, je le présente avec une orthographe française un peu différente de celle qu'il possède en oculistique, orthographe qui lui garde comme avantage secondaire la douceur primordiale de sa prononciation antique. Il a surtout en sa faveur de ne pas préjuger grand'chose : qualité négative qui même deviendrait vite un inconvénient si par son influence l'obser-

(1) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.*

(2) *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*, par Bouchut et Desprès (édition revue en 1883).

vateur, après avoir si longtemps refusé de discerner l'hystérie chez l'homme, allait, dans un excès contraire, se laisser entraîner désormais à découvrir partout, au moindre symptôme, des malheureux convaincus de tarassis parfaitement caractérisé.

Que l'on adopte cette dénomination ou que l'on en choisisse une autre, l'essentiel est de se persuader que l'affection est commune chez l'homme, où l'on doit la rechercher avec assurance, aussi bien que chez la femme. De toute nécessité, un jour ou l'autre, il en sera de l'hystérie comme il en a été précédemment de la presbytie, par exemple. La presbytie constituait naguère un apanage incontesté de la vieillesse : on n'hésite plus à mettre des verres convexes devant les yeux de tout jeunes enfants, depuis que cette infirmité est devenue une simple condition particulière de l'hypermétropie.

Quoi qu'il en soit, le tarassis est fréquent dans le sexe masculin. Bien des médecins militaires ont occasion de le constater sur leurs recrues de chaque année. Au préjugé seul on doit de ne le découvrir presque jamais, ni dans les cas indécis, ni dans ses manifestations les plus évidentes. Que de fois, après avoir cru d'abord à la simulation, n'envoie-t-on pas à l'hôpital un malade agité « d'accidents nerveux hystériformes » ! Dès l'entrée en son nouveau milieu, le pauvre névropathe est derechef examiné avec une certaine curiosité défiante. Puis, quelque temps écoulé, il devient parfois l'objet d'un envoi en convalescence. A l'expiration du congé, il rentre au corps le plus ordinairement sans que se soit produite aucune modification sérieuse dans la marche de sa névrose, et, si tant est que sur ces entrefaites l'heure de la libération ne l'ait pas encore surpris en route, on prend enfin la détermination de le proposer pour la réforme, en raison de ses crises épileptoïdes maintes fois constatées. Crises d'étrange allure et dont les manifestations extraordinaires soulèvent, touchant leur nature véritable, des doutes légitimes que tout praticien doit avoir souci de faire disparaître à l'avenir.

Mais, dans bien des cas, le motif de la réforme se présente sous un autre aspect. C'est alors communément le rhumatisme musculaire chronique qui entre en scène.

Il importe en effet de savoir que la forme non convulsive du mal, forme éminemment insidieuse, existe dans l'armée avec plus de fréquence peut-être que la modalité convulsive. Car le Conseil de révision exempte du service militaire, après enquête, comme frappés d'épilepsie confirmée par la notoriété publique, la plupart des conscrits en puissance de tarassis convulsif; tandis que, dans le cas contraire, les membres de cette assemblée, se trouvant sans donnée précise pour asseoir leur jugement, prononcent presque toujours l'admission des jeunes gens, dont les troubles intérieurs ont conservé jusque-là une attitude silencieuse pour le vulgaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 novembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° des communications de MM. Ecklund (de Stockholm), et Bontemps (de Saint-Sulpice-des-Champs), relatives au choléra ; — 2° un rapport de M. Homo sur les maladies épidémiques de Château-Gontier.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Saucerotte, de Lunéville, membre correspondant.

PRÉSENTATION

M. LÉON LABBÉ présente de la part de M. le docteur Chéron divers appareils galvanocaustiques.

LECTURES

M. BERGERON lit une notice sur la vie et l'œuvre de M. Fauvel.

Cette lecture est accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

Traitement du choléra par les injections intra-veineuses. — M. HAYEM, candidat, lit une note sur le traitement du choléra par les injections salines intra-veineuses. L'étude des symptômes du choléra, dit-il, conduit à ce traitement rationnel qui a déjà donné des résultats encourageants. C'est un procédé qui mérite d'être expérimenté avec soin.

Voici la formule du liquide qu'emploie M. Hayem :

Eau distillée.	1 litre.
Chlorure de sodium pur. . . .	5 grammes.
Sulfate de soude pur.	8 —

Ce liquide est porté, au bain-marie, à la température de 38 degrés. L'injection est faite à l'aide d'une poire en caoutchouc aspirante et foulante, munie de deux tubes, dont l'un est plongé dans la solution et dont l'autre se termine par la canule que l'on introduit dans la veine. Cet appareil a été construit avec beaucoup de soin par M. Galante.

Les phénomènes qui accompagnent cette opération sont multiples et variables : chez les cholériques âgés ou déprimés par la misère et des conditions hygiéniques déplorables, la réaction amenée par l'injection intra-veineuse est incomplète et la maladie suit son cours. Lorsque l'algidité est déjà ancienne, il n'y a aucune réaction.

Chez les adultes non alcooliques et chez les enfants, les résultats obtenus ont été remarquables. M. Hayem fait connaître sa statistique : sur 100 cas de transfusion, il a eu 25 guérisons. Parmi ces dernières, il cite celle d'un enfant de quatre ans atteint de mal de Pott, et celle d'une femme enceinte dont le col avait subi un commencement de dilatation et qui a guéri sans avorter. Ces deux malades étaient gravement atteints.

Après cette injection, la réaction est très prompte ; on constate un frisson parfois très intense, le retour de la chaleur périphérique, la cessation des crampes ; la guérison, quand elle a lieu, est très rapide. Parfois la réaction est incomplète et il y a un retour de l'algidité qui nécessite une deuxième et quelquefois une troisième transfusion.

Ces injections intra-veineuses sont d'une parfaite innocuité ; on ne constate pas d'accidents consécutifs. A l'autopsie des malades qui succombent malgré ce traitement, on ne trouve aucune lésion qui leur soit attribuable.

La plaie veineuse est celle d'une piqûre de lancette. M. Hayem pense donc que les injections salines intra-veineuses peuvent rendre des services dans le traitement du choléra.

Chlorhydrate de cocaïne. — M. PANAS fait connaître les résultats de ses expériences sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local dans la chirurgie oculaire. M. Vulpian a fait connaître à l'Académie des sciences l'action anesthésique de cette substance sur les muqueuses. M. Panas n'en parle ici qu'au point de vue de la chirurgie oculaire. Il emploie une solution de 5 centigrammes pour 1 gramme. Cette solution, instillée dans un œil sain ou non enflammé, amène très rapidement une insensibilité telle qu'on peut aisément placer le blépharostat et pincer la conjonctive oculaire sans déterminer la moindre douleur. La cornée est également devenue insensible. L'opéré ne perçoit une sensation douloureuse que quand les instruments arrivent en contact avec l'iris.

Lorsqu'il y a un état inflammatoire de l'œil, le chlorhydrate de

cocaïne a une action beaucoup moindre et même nulle. La sensibilité profonde, la sensibilité musculaire n'est pas éteinte. Toutefois, ne fût-ce que pour les opérations de cataracte dans l'iridectomie, l'emploi de cette substance comme anesthésique local dans la chirurgie oculaire peut être considéré comme un véritable bienfait.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle que cette propriété anesthésique de la cocaïne n'est pas spéciale à l'œil et qu'elle existe pour toutes les muqueuses. C'est ainsi qu'on en obtient de très bons effets dans les laryngites pour faciliter l'examen laryngoscopique, dans les douleurs stomacales, etc. On peut, dans certains cas, chez les morphiomanes par exemple, remplacer avec avantage les injections sous-cutanées de morphine par des injections sous-cutanées de cocaïne. Enfin on a écrit que la cocaïne allemande seule était bonne. C'est là une erreur qu'il faut relever; la cocaïne de préparation française vaut tout autant que la cocaïne allemande.

M. CONSTANTIN PAUL dit que la cocaïne amène une dilatation pupillaire passagère qui peut être utile pour l'examen ophtalmoscopique. On évite ainsi l'inconvénient des instillations d'atropine qui amènent une dilatation durant parfois plusieurs jours.

M. PANAS répond à M. Dujardin-Beaumetz qu'il connaît l'action anesthésique de la cocaïne sur toutes les muqueuses, mais qu'il n'a voulu parler que de son emploi en oculistique, et à M. Constantin Paul que l'action mydriatique de cette substance peut avec avantage être mise en usage.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Guéniot sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'obstétrique.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

324. M. Deschamps (Albert). Contribution à l'étude du choléra endémique en Cochinchine. — 325. M. Tissot. Fièvres récurrentes malariennes. 326. — M. Lalou. Étude anatomique et physiologique sur l'élasticité pulmonaire. — 327. M. Guyot. Contribution à l'étude des fistules sterco-purulentes. — 328. M. Denux. Étude sur la valeur thérapeutique de l'empyème. — 329. M. De Vésian. Étude sur la pathogénie des poumons et du cœur chez les bossus. 330. M. Durieux. Des complications pleurales du rhumatisme chez les enfants. — 331. M. Pilven. De l'orchite consécutive au passage d'instruments dans le canal de l'urètre. — 332. M. Christiansen. Quelques considérations étiologiques cliniques et thérapeutiques sur les syphilides ulcéreuses. — 333. M. Verdié. Des anévrysmes d'origine syphilitique. — 334. M. Oudaille. De l'hydarthrose tuberculeuse. — 335. M. Calisti. Contribution à l'étude des luxations du cristallin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Les cholériques entrés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, pendant les journées des 17 et 18 novembre, sont au nombre de 74, dont 45 hommes et 29 femmes. Le nombre des cas déclarés à l'intérieur de ces mêmes établissements pendant ces quarante-huit heures a été de 7, dont 2 hommes et 5 femmes. Sur ces 7 cholériques, 5 appartiennent au service hospitalier : ce sont 1 nourrice sédentaire de la Charité et 4 infirmiers ou infirmières (hôpitaux Tenon, Trousseau et Saint-Antoine).

Pendant ce même laps de temps, le chiffre des décès a été de 53 : 28 hommes et 25 femmes.

Enfin 57 cholériques entrés antérieurement sont sortis guéris, de sorte que ce matin, 19 novembre 1884, il restait en traitement, dans les divers hôpitaux de Paris, 319 malades atteints de choléra, qui se répartissent ainsi :

Hôtel-Dieu, 11; Pitié, 12; Charité, 20; Saint-Antoine, 74; Necker, 2; Cochin, 55; Beaujon, 14; Lariboisière, 37; Tenon, 17; Laennec, 6; Bichat, 20; les Tournelles, 0; Saint-Louis, 40; Maison municipale de santé, 1; Salpêtrière, 2; Enfants-Malades, 4; Trousseau, 1; et les Mariniers (ouvert depuis deux jours), 3.

En résumé, il ressort des chiffres que nous venons de donner que l'épidémie est en voie de décroissance très prononcée.

— MM. les médecins du IVe arrondissement de Paris sont informés que, le samedi 6 décembre 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection d'un médecin du bureau de bienfaisance. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par décret, en date du 18 novembre 1884, M. Cotte, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 17 novembre 1884, a été promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — Premier tour (ancienneté), M. Giraud, médecin de première classe.

— Par décret, en date du 16 novembre 1884, ont été promus aux grades de médecins et de pharmaciens aides-majors de première classe, pour prendre rang dans le cadre à la date du 20 novembre 1884, les médecins et pharmaciens de deuxième classe, dont les noms suivent, qui auront accompli, à cette date, deux années d'ancienneté de grade, savoir :

Médecins : MM. Hutin, Mozimann, Béchard, Petit, Strœbel, Lafille, Meunier, Raynal, Février, Carlier, Monnot, Lepagnez, Pailloz, Basin, Boucher, Godin, Debrie, Desprez, Barberet, Fabre, Robert, Tayac, Vachez, Sabatier, Bernard, Gruet, Baratte.

MM. Mesnier, Segrestan, Poirier, Pelletier, Germaix, Pélix, Jette, Vogelin, Chameroy, Clavelin, Boussavit, Dupeyron, Dumontier, de Paul de Lacoste, Billet, Galibern, Piot, Landouzy, Ott, Cornille, Bodeau, Cot, Pascaud, Bonnamy, Prunièras, Rostan, Delorme et Dève.

Pharmaciens : MM. Manget, Ricard, Pauleau, Jaudos, Évesque, Rougnon, Adam et Rouvet.

— Par décret, en date du 16 novembre 1884, ont été nommés dans le cadre des pharmaciens de l'armée territoriale :

1° *Au grade de pharmacien aide-major de première classe :* M. Weil, pharmacien aide-major de première classe, démissionnaire de l'armée active;

2° *Au grade de pharmacien aide-major de deuxième classe :* MM. les pharmaciens diplômés de première classe, Midy, Abadie, Calvet, Bartibas, Miédan, Montagu, Thomas, Marsot, Pautauberge, Strœbel, Gautrelet, Réquier et Trotel.

— Par décision ministérielle, en date du 15 novembre 1884, ont été nommés à l'emploi de stagiaires à l'École de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang du 10 novembre 1884, savoir :

MM. les docteurs en médecine : Ramey, Ferrier, E. Bernard, de l'hôpital de Bordeaux; Boyer, de l'hôpital de Toulouse; Girard, de l'hôpital de Bordeaux; Odile, de l'hôpital du Gros-Caillou; Bosc, de l'hôpital de Montpellier; Farganel, de l'hôpital de Bordeaux; Jacquin et Letellier, de l'hôpital Saint-Martin; Pouillaude et Eymery, de l'hôpital du Gros-Caillou; Nabona et Auger, de l'hôpital de Montpellier; Boyé, de l'hôpital de Bordeaux; Piussan, de l'hôpital Saint-Martin; Trédos, de l'hôpital de Montpellier; Colombel, de l'hôpital de la Charité, à Lyon; Marignac et Tricot, de l'hôpital de Bordeaux; Baradat, de l'hôpital du Gros-Caillou; Estor, Duco et Pech, de l'hôpital de Montpellier; Pruvost, de l'hôpital du Gros-Caillou; Simon, de l'hôpital de Montpellier; Drély, de l'hôpital du Dey, à Alger; Barudel et Sagrandi, médecins civils.

MM. les pharmaciens de première classe : Cornutrait, de l'hôpital du Gros-Caillou; Bonafous, de l'hôpital de Montpellier; Lahache, de l'hôpital Saint-Martin; Cazac, infirmier de visite à la 25e section d'infirmiers militaires.

— Le concours entre les internes en médecine des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, pour l'obtention d'une bourse de voyage, vient de s'ouvrir. Les deux questions données pour la première épreuve, sont : 1° l'estomac, anatomie et physiologie; 2° du délire dans les maladies aiguës.

Le jury se compose de MM. Anger (Benjamin), Bigot, Charpentier, Dagonet, Letulle, Magnan et Voisin (Auguste).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Barbezieux est nommé aide-préparateur du laboratoire de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Suzanne est nommé préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Farganel, démissionnaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 novembre 1884, un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, à l'École préparatoire de médecine et pharmacie de Limoges, s'ouvrira le 15 juin 1885, devant la Faculté de médecine et pharmacie de Bordeaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 18 novembre 1884, la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Lyon est déclarée vacante.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Joannis, agrégé, docteur ès sciences, est nommé maître de conférences de chimie, en remplacement de M. Forquignon, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Mallez commencera un cours de pathologie et de chirurgie de l'appareil urinaire, le jeudi 27 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, rue de l'École-de-Médecine, 15, pour le continuer les jeudis suivants, à la même heure.

Projections photomicrographiques d'anatomie pathologique.

— M. le docteur Collongues fera tous les jours, de deux à quatre heures, jusqu'au 30 novembre, à la salle des Conférences, 39, boulevard des Capucines, des conférences et consultations gratuites sur le diagnostic et le traitement des maladies, sans interrogatoire, par la science hygrométrique des mains. Cette science nouvelle mesure le déséquilibre de la dénutrition entre le côté droit et le côté gauche.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17019

N° 135. — SAMEDI 22 NOVEMBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 22 NOVEMBRE 1884. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Sclérose latérale amyotrophique. — Application de la méthode antiseptique au croup et à l'angine couenneuse. — Besoins et envies d'uriner. — Contribution à l'histoire de la thyroïdectomie. — Société de Chirurgie. — Chronique et nouvelles scientifiques.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Sclérose latérale amyotrophique.

Nos lecteurs connaissent déjà, tant par les leçons de M. Charcot que par les quelques faits particuliers de son service que nous avons publiés, ce type clinique spécial qu'il a détaché du groupe de l'atrophie musculaire progressive et qu'il a désigné sous le nom de sclérose latérale amyotrophique. On sait que ce type spécial d'affection du système nerveux est constitué anatomiquement par une sclérose symétrique des cordons latéraux et par une lésion des cornes antérieures, et cliniquement par une symptomatologie qui le fait participer à la fois de l'atrophie musculaire progressive et du tabes dorsal spasmodique. Deux groupes de symptômes, en effet, le caractérisent; ce sont des contractures spasmodiques des muscles et des amyotrophies. Enfin, dans cette affection, le bulbe lui-même devient secondairement ou par le fait même de la progression du processus morbide le siège d'une lésion semblable à celle des cordons latéraux et des cornes antérieures, particulièrement dans la sphère d'origine des nerfs grand hypoglosse, spinal et facial.

Depuis que M. Charcot a décrit cette affection comme type à part, elle est entrée dans les cadres de la pathologie nerveuse et elle est aujourd'hui l'objet d'une description distincte dans les ouvrages qui traitent spécialement des maladies de cet ordre. Quelques faits nouveaux ont été publiés depuis. Il en existe en ce moment un exemple très frappant et très complet dans le service de la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière, qui a fait le sujet de la première leçon de M. Charcot pour le semestre qui vient de commencer.

Un homme de trente et un ans, menuisier, est entré à la Salpêtrière en octobre dernier, malade depuis deux ans. Cet homme n'a pas d'antécédents héréditaires. Bien qu'il n'ait pas lui-même d'antécédents morbides, il y a cependant quelques circonstances particulières à relever dans son enfance, qui ne sont peut-être pas sans quelque lien avec son état actuel. Il était très impressionnable et très colère; un jour la vue d'une femme morte le frappa à tel point qu'il fut pris de convulsions hystériformes. Enfin il a été soumis, par le fait de son état, à une cause banale, l'action du froid humide, qui figure, au même titre que le traumatisme ou que la syphilis, parmi les causes occasionnelles de l'affection à laquelle il est en proie.

Il y a deux ans, après avoir reçu une averse, il rentra chez lui indisposé; il put reprendre néanmoins son travail, mais il ne tarda pas à s'apercevoir que ses membres devenaient raides, les jambes surtout; la marche s'en trouvait notablement ralentie; il mettait une heure à faire le chemin qu'il faisait habituellement en une demi-heure. Puis il s'aperçut un jour qu'il marchait sur la pointe des pieds, le talon ne portant pas sur le sol. Un peu plus tard, en 1883, les doigts des mains devinrent rigides à leur tour et il se trouva obligé de cesser son travail. Il entra alors à l'hôpital Lariboisière. En mars de cette année (1884), pendant que la rigidité des membres allait toujours croissant, un nouveau symptôme se manifesta : la difficulté d'articuler les mots et puis enfin de la difficulté dans la déglutition.

Comme on le voit, il y a eu trois phases très distinctes dans la progression des phénomènes morbides : 1° l'envahissement des membres inférieurs; 2° l'envahissement des membres supérieurs; 3° la manifestation des phénomènes bulbaires, troubles de la prononciation et de la déglutition.

Au milieu de tous ces phénomènes, l'état général restait bon; point d'accélération du pouls ni d'élévation de la température, intégrité des fonctions principales.

Voici l'état que présente actuellement ce malade, dont l'examen a été fait sous nos yeux : Les membres inférieurs ont conservé leur volume normal; ce n'est point à un excès de tissu graisseux qu'ils doivent ce volume, mais bien aux muscles eux-mêmes, dont on peut très bien distinguer à travers la peau les reliefs et même les mouvements fibrillaires. Ces membres sont dans un état de raideur, de rigidité constante, on a de la peine à les fléchir, et il faut déployer une grande force pour les porter soit dans l'abduction, soit dans l'adduction. Ces résistances ne viennent nullement des articulations, qui sont toutes libres, mais d'un état de contracture spasmodique; c'est une véritable parésie spasmodique. Les réflexes tendineux dans les deux membres inférieurs sont exagérés.

Il y a, en outre, à considérer un phénomène très caractéristique : c'est la trépidation que l'on imprime à tout le membre lorsqu'on relève brusquement l'avant-pied. Ce phénomène de la trépidation épileptoïde est un syndrome

commun, comme on le sait, à plusieurs affections de la moelle, notamment au tabes dorsal spasmodique, à la sclérose en plaques, etc. Mais ici il y a un fait qui caractérise tout à fait la sclérose latérale spasmodique et la distingue des autres affections, c'est l'isolement absolu de ces symptômes de parésie spasmodique dans les membres ; rien de semblable n'existe dans la vessie, ni dans le rectum, ni dans aucun viscère. La sensibilité cutanée reste également intacte. Aucun trouble trophique ; point d'escarre au sacrum ; aucune coloration violette des membres ; pas de sueur visqueuse, pas d'œdème.

La démarche du malade présente un caractère typique. D'abord elle est très difficile et ne peut s'effectuer qu'à la condition que le malade soit soutenu par un aide. Le talon étant fortement élevé, le malade marche en n'appuyant sur le sol que l'extrémité de l'avant-pied et les orteils. Il y a de plus un enchevêtrement des pieds qui augmente encore la difficulté de la marche. Le caractère particulier de cette démarche ressort très bien d'un tracé reproduit sur une longue bande de toile par l'empreinte coloriée qu'a laissée chacun des pas du malade.

Lorsque l'on passe à l'examen du membre supérieur, on se trouve en présence d'un ordre de phénomènes différents : ceux-ci sont atrophiés. L'atrophie est très appréciable surtout dans les muscles deltoïdes et dans les muscles de la main ; les éminences thénar et hypothénar ont presque disparu ; les doigts sont en forme de griffe, par suite de l'atrophie des muscles interosseux et de la prédominance d'action de leurs antagonistes les muscles fléchisseurs. Les muscles de la poitrine participent aussi à cette atrophie. Les réflexes tendineux, qui à l'état normal n'existent point aux membres supérieurs, existent très nettement chez ce malade. On voit qu'à côté de l'élément atrophique l'élément spasmodique est présent. On constate, en effet, dans tous les muscles, même ceux qui sont atrophiés, la conservation de la tonicité, entraînant un certain degré de rigidité des articulations et de résistance des muscles lorsque l'on veut étendre ou écarter les membres du corps, ce qui n'existe point dans l'atrophie musculaire progressive.

Rien d'anomal d'ailleurs dans la sensibilité cutanée, ni dans la sensibilité sensorielle ; il n'y a ni strabisme ni diplopie. Tous les organes des sens sont intacts.

La tête ne présente, au premier abord, rien de particulier ; les joues, les lèvres, le menton, ont leur aspect normal. Mais si l'on vient à déterminer chez cet homme une impression morale soit triste, soit gaie, l'expression de tristesse et de larmoiement ou l'épanouissement du rire restent quelque temps empreints sur la physionomie, alors même que l'impression qui les a mis en jeu est déjà effacée.

La langue n'est pas atrophiée. Cependant, lorsque le malade parle, il a du nasonnement, de la raucité de la voix et un certain degré de gêne dans la respiration, ce qui prouve un certain degré d'altération dans les muscles qui concourent à la phonation.

Enfin il y a une certaine difficulté dans la déglutition.

En résumé, si l'on a bien suivi la marche successive et les caractères des phénomènes qui viennent d'être rapidement passés en revue, on remarquera : 1° l'évolution de la maladie, qui a commencé par les membres inférieurs, qui s'est étendue ensuite aux membres supérieurs, puis en dernier lieu aux organes placés sous la dépendance du bulbe ;

2° Dans toutes les parties atteintes, on peut saisir aisément l'action de deux éléments morbides : l'élément spasmodique et l'élément amyotrophique. Dans les membres inférieurs, ainsi qu'à la face et à la tête, c'est l'élément spasmodique qui prédomine ; dans les membres supérieurs, c'est l'élément atrophique.

Ceci étant donné, quelle est l'affection à laquelle on a affaire chez ce malade ? Si l'on rapproche tous les phénomènes qui viennent d'être décrits du résumé sommaire de la sclérose latérale amyotrophique que nous avons rappelé au début de cet article, on se convaincra aisément qu'il n'y avait pas à hésiter.

Il s'agit là malheureusement d'une affection, dont la marche est presque inévitablement fatale, sur laquelle tous les efforts de la thérapeutique tentés jusqu'à présent sont restés inefficaces et dont le pronostic, par conséquent, est d'une extrême gravité.

Application de la méthode antiseptique au croup et à l'angine couenneuse.

En présence d'affections aussi graves et aussi meurtrières que le croup et l'angine couenneuse, on ne saurait trop multiplier les tentatives de traitement, pourvu qu'elles soient fondées sur des indications rationnelles et conduites avec prudence. C'est surtout aux agents antiseptiques et aux procédés inhalatoires que font généralement appel les expérimentateurs. Pendant que notre confrère M. Delthil réalisait la méthode dont on connaît les heureux résultats, M. le Dr Renou (de Saumur) faisait de son côté des essais dont les résultats paraissent également encourageants. Voici en quoi ils consistent :

M. Renou a fait choix dans la série antiseptique, des vapeurs d'acide phénique, d'acide salicylique et d'acide benzoïque mêlées. Il installe son malade dans une chambre convenablement aérée, chauffée entre 20° et 25°, en ayant le soin de veiller au renouvellement de l'air, d'éviter l'encombrement et surtout le trop grand dessèchement de l'air.

Il obtient la vaporisation par un ou deux de ces petits fourneaux à pétrole, en usage aujourd'hui dans les cuisines, sur lesquels il fait mettre un vase de la contenance d'un ou deux litres d'eau, rempli de la solution antiseptique. L'appareil est placé près du lit et la vapeur concentrée sur le malade par un rideau entourant le fourneau et la tête du lit.

Voici pour le mélange antiseptique la formule qu'il a adoptée :

Acide phénique.	280	grammes.
Acide salicylique.	56	—
Acide benzoïque.	112	—
Alcool rectifié.	468	—

Ce qui donne un litre d'une solution transparente, dont on verse toutes les trois heures une cuillerée à bouche (ou un verre à liqueur) dans les deux litres d'eau en ébullition sur le fourneau.

Chaque cuillerée à bouche représente :

Acide phénique.	5	grammes.
Acide benzoïque.	2	—
Acide salicylique.	1	—

Ce qui fait pour vingt-quatre heures une vaporisation de :

Acide phénique.	40	grammes.
Acide benzoïque.	16	—
Acide salicylique	8	—

Cette dose est considérée par M. Renou comme moyenne. Il est bien entendu qu'une certaine latitude doit être laissée à l'appréciation du médecin pour chaque cas.

Le malade est laissé dans ce milieu jusqu'à disparition entière des symptômes et deux ou trois jours après; s'il est trachéotomisé, jusqu'à guérison de la plaie.

Le traitement inhalatoire ou atmiatrique est secondé par l'alimentation et par l'usage du vin, du cognac et du café.

Si le tirage laryngien est ou devient considérable, si le jeu des muscles respiratoires est tel que la fatigue soit prochaine et la dépression épigastrique profonde, si l'hématose, en un mot, est compromise, on pratique dans cette chambre antiseptique la trachéotomie *in extremis*.

Malgré les conditions de l'air ambiant, on met au devant de la canule une demi-cravate également antiseptique (bande de ouate légèrement imbibée de quelques gouttes de la solution antiseptique, roulée dans la tarlatane posée au devant du cou). Cette cravate, la canule ôtée, reste le seul pansement de la plaie jusqu'à guérison.

M. Renou a été frappé de ce fait constant, qu'il attribue à l'absorption des acides phénique et salicylique, qu'au bout de vingt-quatre ou trente-six heures au plus, la température devient normale et la fièvre tombe.

Depuis un an que notre confrère emploie cette méthode, il a traité dix-huit cas de croup ou d'angine diphtéritique.

Voici comment se répartissent les dix-huit observations qu'il rapporte à l'appui de sa méthode :

1° Angine couenneuse et croup, trachéotomie, 7 cas, 7 guérisons ;

2° Angine couenneuse et croup, sans trachéotomie, 6 cas, 6 guérisons ;

3° Angine couenneuse simple, sans complication laryngienne, 3 cas, 3 guérisons ;

4° Deux cas d'angine couenneuse et croup non opéré, 2 cas, 2 morts, dans des conditions spéciales, qui auraient, suivant notre confrère, rendu la méthode inefficace.

Quoi qu'il en soit de ces deux derniers cas, cette petite statistique donnerait 16 succès sur 18 cas. Or, fait remarquer M. Renou, les cas analogues traités antérieurement à l'usage de cette méthode, opérés ou non, s'étaient tous terminés sans exception par la mort, et les cas analogues traités concurremment par d'autres procédés se terminaient également par la mort, dans le même milieu et dans la même région.

M. Renou a la bonne foi de se demander, à propos de ces succès, s'il ne s'est pas trouvé en présence d'une de ces séries fortuitement heureuses qu'il n'est pas rare de rencontrer soit dans le cours ordinaire d'une maladie endémique, soit même pendant le règne d'une épidémie dont l'intensité peut échapper à toute mesure. La chose serait à la rigueur possible, mais elle est peu probable si, comme il l'affirme, les malades traités en même temps par d'autres méthodes succombaient. Il y a donc lieu de faire appel à de nouvelles expérimentations ; et cet appel, nous le faisons à M. Renou lui-même et à ceux de ses confrères qui pratiquent dans la même région et dans les mêmes conditions de milieu. Le temps aidant, la question ne peut manquer d'avoir sa solution.

BESOINS ET ENVIES D'URINER

(Extrait d'une conférence clinique de M. le docteur Mallez, recueillie par M. le docteur Portalier.)

Il ne saurait échapper au praticien combien il lui importe d'être fixé à l'avance, ou de recueillir tout au moins des indices sérieux sur le lieu d'origine des troubles urinaires. Mais il est nécessaire pour cela que vous procédiez à un interrogatoire méthodique des malades et il est indispensable que le sens de certains termes, qui reviendront à tout moment dans vos questions, soit pour vous absolument précis. C'est ainsi que le médecin confond trop souvent deux mots, considérés à tort comme synonymiques dans le langage usuel, et dont je vais essayer de vous montrer la différence. Je veux parler de l'envie et du besoin d'uriner.

Les livres classiques ne font pas, que je sache, une distinction nette entre l'envie et le besoin, et il n'est certes pas un seul de vous qui n'ait dit maintes fois et indifféremment : J'ai envie ou j'ai besoin d'uriner.

Le besoin d'uriner est un acte physiologique, qui s'annonce un certain temps avant qu'il soit nécessaire de l'accomplir. Il a lieu chez l'adulte quand la vessie renferme de 300 à 400 grammes d'urine au maximum, c'est-à-dire environ quatre fois par jour. Il permet pendant un certain temps de choisir son heure. Quand on donne satisfaction à ce besoin, la totalité de l'urine renfermée dans la vessie en est chassée par les contractions des muscles vésicaux (*detrusor urinæ*).

Tout sujet adulte, en état de santé, doit en effet expulser l'urine de sa vessie jusqu'à 2 grammes, jusqu'à quelques gouttes près. L'envie au contraire est un acte pathologique, qui se reproduit plus ou moins fréquemment, la nuit aussi bien que le jour.

La quantité d'urine rendue chaque fois peut varier de 100 grammes à quelques cuillerées à café et même à quelques gouttes. Le caractère par excellence de l'envie est d'être un acte impérieux, qu'il faut accomplir sur-le-champ, non seulement sous peine pour le patient d'efforts douloureux, de rétention, mais encore sous la menace d'être dominé par cette envie et d'être forcé de lui donner satisfaction.

L'envie s'accompagne ordinairement d'une miction douloureuse ou pénible. On éprouve de la gêne, de la difficulté, de la cuisson, voire de la brûlure. Je m'adresse aux souvenirs de tous et je demande si l'appellation vulgaire de la blennorragie n'est pas une expression heureuse. Je ne saurais trop insister sur ce caractère de l'envie de dominer la volonté.

Je n'ai pas la prétention d'établir le diagnostic différentiel des affections des voies urinaires, d'après les seuls renseignements fournis par les malades sur la manière dont se fait leur miction. De ce qu'un médecin sait distinguer les envies des besoins d'uriner, il ne connaît pas par cela même la nature exacte de la maladie pour laquelle il est consulté, mais je désire démontrer par quelques exemples que le plus souvent il est bien de la sorte sur la voie du diagnostic. Certains états pathologiques généraux tels que le diabète, certaines néphrites, la néphrite interstitielle chronique par exemple, s'accompagnent de mictions fréquentes plus ou moins abondantes. Les malades atteints de ces sortes d'affections sont d'ordinaire polyuriques. Vous savez qu'ils peuvent rendre, dans les vingt-quatre heures, deux, trois et même quatre litres d'urine. Non seulement ces malades ont leur fonction rénale troublée, mais encore la plupart d'entre eux, tourmentés par une soif incessante, absorbent de grandes quantités de liquide et, par suite, doivent excréter beaucoup d'urine. Vous voyez un effet analogue se produire chez les sujets qui font usage de médicaments ou de boissons diurétiques. Dans ces différents cas, est-ce à du besoin ou à de l'envie d'uriner que nous avons affaire? Interrogez le malade, il vous répondra qu'en effet il est pris fréquemment de besoin ou d'envie d'uriner, mais que, quoi qu'il éprouve à tout instant une sensation de plénitude de la vessie, et par suite le désir de se soulager, ce besoin d'uriner n'est pas impérieux, dominateur ; le malade peut attendre ; il peut choisir son moment ; sa miction n'est ni

gênée ni douloureuse. Le besoin devient l'envie si l'attente pour uriner est trop longue. Peut-être ces malades résistent-ils moins facilement que l'homme en santé, mais en somme, comme le démontre pleinement la quantité émise à chaque miction, ils n'éprouvent que du besoin d'uriner.

Par ces réponses, vous avez l'attention portée de suite vers l'existence possible d'une maladie générale comme le diabète ou d'une altération de la partie supérieure de l'appareil urinaire.

Les affections de la vessie et de l'urètre donnent lieu au contraire à l'envie d'uriner. Si donc un individu se plaint d'uriner souvent, peu à la fois, le jour et la nuit, de ne pouvoir maintenir son envie plus d'une ou deux minutes, sous peine d'uriner forcément dans son lit, dans son pantalon, de souffrir soit pendant la miction, soit au début, soit à la fin, dites que cet homme a des envies et non plus des besoins d'uriner, et songez aussitôt à quelque trouble de la vessie, de la prostate ou de l'urètre.

Il va sans dire que pour assurer votre diagnostic, en dehors de l'interrogatoire méthodique et détaillé du malade, vous procéderez à certains examens, tels que celui de l'urine, et à certaines explorations dont je n'ai pas à m'occuper ici.

En considérant les causes d'excitation du réflexe urinaire produisant l'envie, nous les trouvons d'ordre divers, les unes agissant mécaniquement, comme la constipation habituelle, les autres agissant sur le système nerveux général, comme l'impression du froid, du froid humide aux pieds surtout, l'excitation vénérienne, la peur, la crainte seule chez les timides. L'envie relève encore de certains états névropathiques tels que l'hystérie, et de quelques altérations plus ou moins profondes du système nerveux, de la moelle épinière en particulier.

Vous connaissez tous aujourd'hui les envies des tabétiques, envies qu'il leur faut satisfaire d'une façon si immédiate que beaucoup d'entre eux se plaignent de mouiller d'urine leurs draps ou leurs vêtements.

Mais en général, exception faite pour les tabétiques, dans ces différents cas que nous venons de passer en revue et dans lesquels il n'existe pas d'altération proprement dite de la vessie ou de l'urètre, on se trouve en présence d'un sujet qui est forcé de vider de suite sa vessie, de la vider parfois fréquemment, mais qui, détail important, n'a point d'autres troubles de la miction.

On peut dire de l'envie d'une façon générale qu'elle est un besoin d'uriner factice. J'en excepte les cas de parésie ou de paralysie vésicale sur lesquels je reviendrai tout à l'heure.

Ne peut-on pas en effet la qualifier de besoin factice, quand on voit certains hommes être pris d'envie d'uriner parce qu'un de leurs compagnons urine devant eux comme on est pris d'envie de bâiller à la vue du bâillement d'une autre personne? Certaines gens même se créent à volonté des envies d'uriner pour s'assurer par exemple qu'ils urinent bien, qu'ils n'ont pas de rétrécissement. Ne nous arrive-t-il pas à tous d'uriner sans nécessité, dans la crainte qu'un besoin véritable ne nous prenne dans des circonstances où il nous sera délicat ou impossible de le satisfaire? Mais il ne faut pas oublier qu'on amène à la longue, par des mictions répétées et non réclamées par le besoin, une diminution permanente de la capacité de la vessie, et alors la capacité moyenne du récipient de l'urine étant diminuée, la quantité d'urine excrétée restant la même, il s'ensuit que la sensation du besoin d'uriner augmente de fréquence. Ce ne sont pas des envies, ce sont des besoins qui se répètent d'autant plus souvent que la vessie se rétrécit davantage. Toute cause mécanique diminuant la capacité vésicale produit le même résultat.

Mais je termine cette causerie déjà trop longue, et je me résume.

Le besoin reconnaît une cause unique, l'accumulation dans la vessie d'une certaine quantité d'urine, de 300 à 400 grammes chez l'adulte. La quantité d'urine voulue remplit-elle le réservoir vésical, l'acte de la miction se produit.

Dans l'envie, quelques gouttes, quelques grammes d'urine, jouent le rôle des 300 grammes habituels et provoquent une miction. Rappelez-vous que l'envie est caractéristique des affections aiguës, subaiguës et chroniques de la vessie, de la prostate ou de l'urètre, et de certains états pathologiques particuliers ou de certaines dispositions nerveuses individuelles que je vous ai signalés en passant. La surdistension des parois vésicales par l'urine, chez les malades dont la vessie est paresseuse ou paralysée, amène également à sa suite des envies terribles d'uriner.

Or, là, l'envie n'est plus produite comme tout à l'heure par la présence de quelques gouttes d'urine dans une vessie irritée. Il se produit, dans les débuts tout au moins, ce qui se passe quand on veut retenir trop longtemps un besoin normal, c'est que la volonté finit par être vaincue, et que la sensation vague du besoin se transforme en réclamation urgente de l'envie. Dans ces cas, en effet, de parésie vésicale et de surdistension de la vessie par l'urine, c'est la non-satisfaction de l'acte physiologique, le besoin, qui provoque l'acte pathologique, l'envie. Et vous savez qu'il suffit de retirer de la vessie son trop plein, c'est-à-dire souvent quelques grammes d'urine, pour satisfaire aussitôt l'envie du malade et calmer sa souffrance. C'est là ce que fait parfois la nature elle-même, et ce sont les malades qu'elle prend soin de soulager ainsi qui présentent ces phénomènes trompeurs d'incontinence d'urine, phénomènes trompeurs en ce sens que les malades ont la vessie plus que pleine et qu'ils n'urinent, comme on dit, que par regorgement.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE LA THYROÏDECTOMIE

Par M. le docteur Richelot.

M. Schwartz a publié deux observations de thyroïdectomie (voy. compte-rendu de la Société de chirurgie, *Gazette des hôpitaux*, p. 1052) :

Dans la première, il s'agit d'un *goitre unilatéral polykystique du côté droit simulant une tumeur indépendante du corps thyroïde.* Femme de quarante-neuf ans, tumeur grosse comme le poing, ne suivant pas les mouvements du larynx. A mesure qu'elle augmentait de volume, elle semblait se déplacer de haut en bas. M. Schwartz porta le diagnostic de goitre unilatéral développé dans une glande thyroïde accessoire; on pouvait admettre l'allongement progressif du pédicule et la migration de la tumeur de haut en bas pour expliquer son indépendance des voies aériennes.

La tumeur fut énucléée facilement; elle tenait par deux pédicules vasculaires que formaient les vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs; elle était formée, non par un lobule erratique de la thyroïde, comme on l'avait cru, mais par le lobe droit de la glande elle-même. L'absence totale de l'isthme du corps thyroïde (anomalie assez rare) avait permis au lobe hypertrophié de former une tumeur indépendante, à siège anomal et ne suivant pas les mouvements du tube trachéo-laryngien.

La seconde observation a pour titre : *Goitre hypertrophique folliculaire bilatéral; troubles fonctionnels; thyroïdectomie totale, guérison.* M. Schwartz a opéré devant des symptômes menaçants du côté de la respiration. Les suites furent très simples et la malade se leva le seizième jour.

Nous insisterons principalement sur deux points : l'*altération de la voix* et la *dyspnée post-opératoires.*

La malade eut la voix faible et altérée après l'opération; plus tard fut constatée la paralysie d'une corde vocale. En même temps elle avait de l'oppression et éprouvait le besoin de faire des inspirations profondes. La dysphonie et la dyspnée guérirent parfaitement.

1° L'*altération de la voix* après la thyroïdectomie est fréquente; l'aphonie, même complète, est ordinairement curable et n'a pas pour cause nécessaire la section des récurrents. Nous avons présenté à la Société, en 1881, une observation où l'aphonie fut complète, et la voix reparut au bout de quatre mois. Krishaber avait cru, dans ce cas, à la double section des récurrents, parce qu'il avait constaté la paralysie des cordes vocales; mais c'était une erreur d'interprétation. M. Terrillon, dans le rapport qu'il fit à cette époque sur notre observation, montra que le pronostic de l'aphonie est ordinairement bénin, et qu'elle se produit souvent en dehors de toute blessure des nerfs laryngés.

M. Julliard (de Genève) attribue l'altération de la voix aux irritations du nerf par les lavages, la dénudation ou les tiraillements; lui aussi l'a vue souvent guérir. On trouve encore des cas de raucités plus ou moins durables et d'aphonies temporaires dans un mémoire de MM. Jacques et Auguste Reverdin. Enfin, à l'aide d'un travail de M. Liebrecht, assistant à l'Université de Liège, qui contient les 322 opérations de goitre publiées jusqu'en 1883, Nous avons noté tous les cas où le nerf récurrent paraît avoir été blessé; puis, ajoutant à ces faits deux observations de M. Julliard et une dernière qui lui est propre, nous arrivons à la conclusion suivante : 9 cas bien authentiques où la section des récurrents est certaine; 4 cas où elle peut être admise, mais non démontrée; une ligature certaine, une autre supposée; 1 pincement. Dans tous les autres cas d'aphonie partielle ou complète, ayant duré plus ou moins longtemps, la blessure des nerfs laryngés ne peut être mise en cause. En résumé, toutes les violences portant sur le nerf récurrent peuvent amener l'altération de la voix, contusion, tiraillement, névrite de voisinage, compression par le tissu de cicatrice, sans que le nerf ait été sectionné.

2° La *dyspnée par lésion du récurrent* n'a pas encore été mise en lumière, tant les causes de la gêne respiratoire sont complexes : déformation et ramollissement de la trachée, médiastinite, complication pulmonaire, etc. En examinant les faits, on trouve que l'irritation du récurrent sans paralysie amène la dyspnée par le spasme laryngien et l'occlusion de la glotte. Mais quand il y a section des nerfs et paralysie des cordes vocales, la gêne respiratoire est plus difficile à comprendre. D'après les expériences classiques de Legallois et de Longet, d'après les communications de Krishaber à la Société de biologie, la paralysie des muscles laryngiens laisse la glotte ouverte et amène l'aphonie sans troubles respiratoires; s'il y a en même temps interruption des nerfs et asphyxie, les phénomènes sont dus à l'irritation du bout supérieur. Or, sur les quatre cas de sections bilatérales que nous connaissons, il y en a deux dont l'analyse ne prouve rien, et dans les deux autres (Julliard et Richelot), où la dyspnée fut mortelle, on trouva le bout supérieur d'un des nerfs coupés saisi dans une ligature. Ainsi donc il n'est pas démontré que la section pure et simple et la paralysie soient jamais la cause d'une dyspnée intense et grave pour la vie; mais des suffocations menaçantes ou mortelles ont suivi les irritations simples et les sections avec irritation du bout supérieur.

Conclusion : Si l'opération a été faite avec prudence, n'ayez pas peur de l'aphonie; neuf fois sur dix elle guérira. Mais à tout prix ménagez les récurrents; leur blessure peut amener des accidents mortels.

Les dangers inhérents à la thyroïdectomie, en particulier ces troubles trophiques bizarres qu'on a décrits sous le nom de « crétinisme opératoire » et qui sont la suite éloignée des extirpations totales, doivent nous engager à ne faire cette opération que sur des indications formelles. Sur 322 malades on a fait 30 fois la thyroïdectomie pour des « motifs d'esthétique » ou sur le « désir du patient »; chez 80 autres on ne mentionne même pas les motifs de l'intervention, c'est-à-dire que, dans un tiers des cas, l'opération semble mal justifiée !

Nous continuerons à faire la thyroïdectomie, totale s'il le faut, partielle si nous pouvons, sans abus comme sans frayeur exagérée. Nous l'avons acceptée avec mesure, traitée en hommes réfléchis, et, dans cette question comme ailleurs, la France n'a rien à perdre à rester le pays de la critique et du bon sens.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Injections d'éther iodoformé. — M. VERNEUIL, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Richelot et des réflexions présentées par M. Terrier, sur le développement de gaz dans les tissus à la suite d'injections d'éther iodoformé, déclare avoir lui-même observé bien des fois ce phénomène. Depuis un certain temps, il traite, par ce procédé, les abcès ossifluents; il a été très surpris, la première fois qu'il y a eu recours, de voir ce développement de gaz. Il s'agissait d'un énorme abcès de la cuisse, d'où étaient sortis plus de deux litres de pus; M. Verneuil injecta 150 grammes d'éther iodoformé, et aussitôt après la cuisse reprit le volume qu'elle avait avant l'évacuation du pus. Depuis ce temps, jamais ce ballonnement du foyer n'a manqué à la suite de ces injections; il dure de huit à douze jours; cela n'a d'ailleurs aucun inconvénient, et il y a même cet avantage que l'iodoforme se trouve ainsi maintenu en contact avec tous les points de la paroi.

Relativement au diagnostic différentiel entre les hypertrophies simples et les tumeurs malignes du corps thyroïde, M. Verneuil admet que le diagnostic du cancer peut être fondé, non seulement sur les douleurs irradiées dont a parlé M. Le Dentu, mais aussi sur les adhérences extrêmement précoces de la tumeur à la peau. Le diagnostic du cancer étant posé, il n'y a pas, selon M. Verneuil, à songer à la thyroïdectomie. Quant aux injections interstitielles préconisées par M. Luton (de Reims), M. Verneuil n'en est pas enthousiaste; cependant il reconnaît qu'elles peuvent rendre des services.

M. MARCHAND communiquera prochainement une observation de thyroïdectomie qu'il a pratiquée pour un carcinome de la thyroïde. Il y a quatorze mois qu'il a pratiqué cette opération, et il n'y a encore aucune trace de récidive.

M. MARC SÉE dit à M. Verneuil que, s'il n'a pas, comme lui, observé ce développement gazeux à la suite des injections d'éther iodoformé, cela tient à ce qu'il n'en injecte qu'une demi-seringue de Pravaz.

M. TERRIER réplique qu'il a constaté ce développement de gaz, avec le docteur Cornillon, après l'injection d'une demi-seringue de Pravaz.

M. BERGER demande à M. Verneuil si, après ces injections si considérables d'éther iodoformé, il n'a pas eu d'accidents d'intoxication iodoformée.

M. VERNEUIL répond qu'il n'a constaté que des accidents sans gravité.

Rupture de l'urètre. — M. CHAUVEL lit un rapport sur une communication de M. Barthélemy, médecin-major, relative à un cas de rupture du canal de l'urètre. Il s'agit d'une rupture déterminée par une chute à califourchon sur une barre de bois, ayant été traitée par une ponction hypogastrique, l'urétrotomie externe, et ayant été suivie de mort par infiltration urineuse et péritonite consécutive. M. Barthélemy, appelé auprès du blessé, pratiqua immédiatement une ponction hypogastrique, remplaça la canule du trocart par un tube à drainage et fit ultérieurement l'urétrotomie externe. Ces deux opérations consécutives ne parvinrent pas à empêcher l'infiltration urineuse des muscles et la mort par péritonite; cependant l'auteur conclut que cette conduite est préférable à celle qui consiste à faire immédiatement l'incision du périnée.

Telle n'est pas l'opinion de M. Chauvel, qui, se rangeant à l'avis de M. Guyon et de beaucoup d'autres maîtres, estime qu'il est infiniment préférable, au contraire, de faire immédiatement l'incision périnéale, de rechercher le bout supérieur de l'urètre et d'y placer une sonde à demeure.

M. DELENS admet l'indication et l'efficacité de l'incision périnéale immédiate; mais il fait observer qu'on éprouve parfois les plus grandes difficultés à trouver le bout postérieur de l'urètre dans les cas de rupture complète de ce canal. Or il ne voit pas d'inconvénients, en pareil cas, et ne trouve même que des avantages à pratiquer, pendant six, sept ou huit jours, la ponction exploratrice hypogastrique qui permet d'attendre le moment où l'on pourra faire aisément et sans danger l'urétrotomie externe.

M. MARCHAND croit que la section du périnée est bien préfé-

rable; dans plusieurs cas, il n'a pas eu la moindre difficulté à trouver le bout postérieur du canal de l'urètre. Il ajoute que, quand on se décide à faire la section du périnée, il y a tout avantage à ne pas vider la vessie par une ponction exploratrice.

M. BERGER dit que l'incision périnéale n'est jamais une aggravation et il ne sait pourquoi on ne la ferait pas. Il y a tout lieu de s'en tenir à la conduite dictée par M. Guyon. Dans un cas de rupture de l'urètre où il a fait ainsi l'incision immédiate du périnée sur le raphé, M. Berger a eu beaucoup de peine à trouver le bout postérieur de l'urètre. Dans un certain nombre de cas, on a vu la rétention persister après l'incision périnéale, sans cathétérisme du bout postérieur. C'est l'aspect de la muqueuse urétrale, un peu différent de celui des autres tissus, qui, selon M. Berger, peut le mieux servir de guide pour trouver ce bout postérieur. L'orifice est généralement sur un plan plus superficiel que celui où on le cherche. M. Berger se résume en disant que c'est à l'incision périnéale immédiate qu'il faut avoir recours.

M. CHAUVEL déclare n'avoir pas voulu prendre *ab ovo* la question du traitement des ruptures de l'urètre. Il n'a voulu qu'insister sur l'indication formelle de l'incision périnéale qu'il y a tout avantage à faire immédiatement.

Chlorhydrate de cocaïne. — M. TERRIER fait une communication sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique local dans les opérations pratiquées sur les yeux (voy. *Gazette des hôpitaux*, n° du 20 novembre 1884). Comme M. Panas, M. Terrier emploie une solution à 5 p. 100. Quatre gouttes instillées dans l'œil rendent la cornée absolument insensible. Dix-sept à dix-huit minutes après, la sensibilité est redevenue normale. La section de l'iris dans l'opération de la cataracte avec iridectomie est seule un peu douloureuse.

M. NICAISE a expérimenté sur quatre malades une solution à 2 p. 100 de chlorhydrate de cocaïne. Sur l'un d'eux, 3 gouttes de cette solution, instillées dans l'œil, ont donné une anesthésie incomplète. Dans les trois autres faits, l'insensibilité de la conjonctive et de la cornée a été complète après une ou deux minutes et elle a duré sept à huit minutes. Dans ces faits, M. Nicaise n'a constaté aucune dilatation de la pupille.

M. CHAUVEL rappelle qu'on emploie, depuis un certain temps, la cocaïne pour anesthésier le larynx.

M. TERRIER, contrairement à M. Nicaise, a constaté une plus grande dilatation de la pupille avec la cocaïne qu'avec l'atropine; il a même constaté que la dilatation obtenue avec l'atropine était augmentée par la cocaïne. Enfin on a dit que lorsqu'il y avait des phénomènes inflammatoires, cette substance perdait sa propriété anesthésique. M. Terrier l'a employée dans un cas où il y avait de l'inflammation et il avait pu constater que le malade avait été très notablement soulagé.

Statistique de la clinique chirurgicale de la Charité. — M. TERRILLON a dirigé ce service pendant deux mois et il a fait connaître la statistique générale de ce service pendant ce laps de temps.

Le mouvement des malades dans le service a été de 763 malades, sur lesquels ont été pratiquées 60 opérations importantes et nécessitant l'emploi du chloroforme, et 40 opérations moins sérieuses, auxquelles on peut ajouter 9 ponctions aspiratrices du genou pour affections diverses. Grâce aux soins avec lesquels furent faits les pansements, d'après la méthode de Lister, il n'y a eu que quatre morts parmi les malades opérés.

Un mourut à la suite d'une gastronomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage.

Deux à la suite d'opération pour hernie crurale étranglée et ancienne, par pneumonie ou péritonite.

Une après l'ablation du col de l'utérus pour épithélioma. On ne peut, dans ces cas, incriminer la méthode de pansement.

D'autres malades moururent dans le service par suite d'affections diverses, telles que : cancers, tuberculoses avancées, traumatismes généralisés, etc., mais pour lesquels la chirurgie ne peut intervenir.

Les principales opérations pratiquées dans le service peuvent se grouper ainsi :

Premier groupe. — Deux résections temporaires du nez pour épithélioma des fosses nasales et de l'orbite.

Trois ablations du sein, avec ganglions axillaires.

Trois sarcomes du cou : un superficiel, un profond et un de la parotide.

Une résection du nerf spinal (br. externe).

Deux hernies étranglées.

Une trépanation du maxillaire inférieur avec résection du nerf dentaire.

Deuxième groupe. — Une amputation de cuisse.

Une amputation de jambe.

Une amputation de bras.

Une amputation d'avant-bras.

Deux amputations de doigts.

Une ostéotomie pour genu valgum.

Une résection complète du radius.

Deux ablations totales des ganglions axillaires.

Une ablation d'un kyste volumineux du creux poplité et de deux kystes synoviaux de la gaine des radiaux.

Troisième groupe. — Une castration.

Deux hématocèles de la vaginale traitées par l'ouverture large et le grattage.

Trois urétrotomies internes.

Deux ablations du col de l'utérus.

Une périnéorraphie.

Quatrième groupe. — Trois grattages de ganglions tuberculeux suppurés.

Six grattages pour lésions osseuses chroniques.

Trois grattages pour abcès froids des parois thoraciques.

Ponctions articulaires pour hydarthrose ou hémohydarthrose ayant donné d'excellents résultats.

Enfin, des opérations moins importantes au nombre de 40.

M. BERGER demande à M. Terrillon s'il a eu des érysipèles graves. Pendant qu'il dirigeait le même service, M. Berger, malgré l'emploi rigoureux de la méthode antiseptique, en a eu plusieurs très graves, surtout après les amputations du sein.

M. TERRILLON répond qu'il n'a que trois cas bénins.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Les cholériques entrés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris pendant les deux journées du 19 et du 20 novembre 1884, sont au nombre de 50, dont 27 hommes et 23 femmes.

Le nombre des cas déclarés à l'intérieur de ces mêmes établissements, pendant ces deux jours, a été de 7, dont 4 hommes et 3 femmes. Sur ces 7 cholériques, 1 appartient encore au service hospitalier (1 infirmière de Saint-Antoine).

Pendant le même laps de temps, le chiffre des décès a été de 45 : soit 22 hommes et 23 femmes. Parmi ces derniers, il faut compter 1 homme de service de la Salpêtrière, mort le 19 et dont le début de la maladie remonte au 13 novembre.

Enfin 55 cholériques, entrés antérieurement, sont sortis guéris. Parmi ceux-ci, nous comptons 1 infirmière de la Maternité et 1 infirmier des Tournelles, qui étaient tombés malades le 11 novembre, ainsi qu'un infirmier de Saint-Antoine.

En résumé, grâce à la décroissance qui s'accentue de jour en jour dans la marche de l'épidémie, il ne restait plus en traitement dans les divers hôpitaux de Paris, ce matin 21 novembre, que 274 malades atteints de choléra, qui se répartissent ainsi :

Hôtel-Dieu, 15; Pitié, 7; Charité, 21; Saint-Antoine, 61; Necker, 2; Cochin, 40; Beaujon, 14; Lariboisière, 24; Tenon, 16; Laennec, 8; Bichat, 20; les Tournelles, 1; Saint-Louis, 30; Maison municipale de santé, 1; Salpêtrière, 5; Enfants-Malades, 2; Trousseau, 1; Mariniers, 6.

Dans la banlieue de Paris, le nombre des cas signalés dans les dernières quarante-huit heures a été de 13, et celui des décès de 3. Ces 13 cas et ces 3 décès se divisent ainsi : Saint-Ouen, 6 cas et 1 décès ; Bobigny, 2 cas ; Boulogne, 1 cas ; Bagnolet, 1 cas et 1 décès ; Bondy, 1 cas ; Courbevoie, 2 cas et 1 décès.

— Par décrets, en date du 20 novembre 1884 :

M. Lannegrace, agrégé, est nommé professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

M. Testut, agrégé, est nommé professeur d'anatomie à la Faculté de médecine et pharmacie de Lille.

M. Godfrin, docteur ès sciences, est nommé professeur de matière médicale à l'École supérieure de pharmacie de Nancy.

M. Parmentier, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier.

M. Sabatier, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse.

—Par arrêté ministériel, en date du 20 novembre 1884, la chaire de clinique des maladies des enfants de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— La première épreuve du concours pour les prix de l'internat des hôpitaux civils de Paris s'est terminée hier.

Ont été déclarés admissibles :

1° Première division. — Médaille d'or : MM. Babinski, Charrin, Darier, Duflocq, Gallois, Gilbert, Lannois, Lebreton, Œttinger, Queyrat, Richardière et Tuffier.

2° Deuxième division. — Médaille d'argent : MM. Achard, Barbillion, Berbez, Boiffin, Brunon, Clado, Doyen, Dubreuilh, Ferteil, Hallé, Hartmann, Marfan, Ménétrier, Mérigot de Treigny, Roger et Toupet.

— Par décision ministérielle du 17 novembre 1884, M. Poncet, médecin principal de première classe, directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie, a été nommé à l'emploi de professeur d'anatomie à l'École de médecine et pharmacie militaire.

— Par arrêté ministériel en date du 10 novembre 1884, MM. Gillet de Grandmont et Pruvost ont été nommés officiers d'Académie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17025

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Étude statistique sur le choléra dans les hôpitaux civils de Paris, depuis le début de l'épidémie jusqu'à ce jour. — Hôtel-Dieu. Épithélioma ou scrofulide. — Société de Biologie. — Variétés. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX CIVILS DE PARIS, DEPUIS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE JUSQU'A CE JOUR (1).

Par M. Émile Rivière.

I

En présence de l'émotion qui, dès l'annonce des premiers cas de choléra, s'est emparée de la population parisienne et quelque peu aussi des nombreux étrangers déjà venus prendre leurs quartiers d'hiver dans la capitale ;

En présence de la crainte manifestée de tous côtés de voir l'épidémie acquérir rapidement une intensité et une gravité semblables à celles qu'elle a malheureusement présentées l'été dernier dans la cité toulonnaise ;

Confiants aussi dans la bénignité relative qu'elle devait affecter à Paris, nous avons pensé qu'il serait peut-être utile, intéressant, de soumettre à l'Académie les résultats de l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés dès les premiers jours et jusqu'à hier même sur la marche du choléra dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Ces résultats sont, — nous nous empressons de le dire tout de suite, — des plus rassurants, et les chiffres que nous demandons à l'Académie la permission de lui présenter, sont de la plus rigoureuse exactitude ; ils sont l'expression absolue de la vérité, de toute la vérité et rien que la vérité.

II

C'est le mardi 4 novembre 1884 que le premier cas de choléra, suivi de décès, a été signalé à Paris. Nous ne parlons pas ici, bien entendu, des faits qui se sont produits tant dans la ville que dans la banlieue, du 26 juin au 14 octobre dernier, malgré le lien qui les rattache peut-être à l'épidémie actuelle et que nous nous proposons ultérieurement de rechercher.

Ce premier décès a été constaté immédiatement par M. le préfet de police, accompagné de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, directeur du service des cholériques. C'est celui d'un garçon de lavoir, demeurant passage Saint-Pierre, rue Saint-Antoine, n° 132.

(1) Communication lue à l'Académie des sciences dans la séance du 24 novembre 1884.

C'est le lendemain, 5 novembre, que les premiers cholériques sont entrés dans les hôpitaux de Paris. Le nombre des malades admis ce jour-là a été de 6, dont 5 hommes et 1 femme. Les hommes ont été répartis immédiatement dans les hôpitaux Tenon et Saint-Antoine. La femme est restée à la Salpêtrière.

Sur ces 6 premiers cas, 4 appartenaient au XIe arrondissement et 3 d'entre eux à la rue Sainte-Marguerite, qui dès ce moment allait devenir le foyer le plus sérieux de l'épidémie. Deux de ces malades habitaient la même maison, le n° 11 ; ils exerçaient tous deux la profession de chiffonnier. Quant aux deux autres cas, ils provenaient l'un du XIIe arrondissement et l'autre du XIIIe. Ce dernier est celui d'une aliénée de la Salpêtrière et s'est développé dans l'intérieur même de cet établissement.

De ces 6 premiers cas, 5 ont été suivis de décès ; le seul qui ait survécu est celui de la rue Sainte-Marguerite, n° 40. Les 5 décès ont eu lieu dès le lendemain 6 novembre.

Tel a été le début de l'épidémie.

III

Depuis lors, et jusqu'à hier matin 23 novembre 1884, nous avons pu établir, grâce à l'obligeance bien connue de M. le secrétaire général de l'administration de l'Assistance publique et de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, la statistique suivante des cas, décès et guérisons, admis ou survenus dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, et commencer à dresser une série de tableaux que nous nous réservons de publier ultérieurement (1).

Le nombre des cas de choléra admis dans les hôpitaux et hospices civils de la capitale a été, du 5 au 23 novembre au matin, ou mieux au 22 novembre minuit, de 912 dont 553 hommes et 359 femmes (2).

Le nombre des cas déclarés à l'intérieur de ces mêmes établissements a été de 59, dont 26 hommes et 33 femmes. Parmi ces malades, 18 appartiennent au personnel hospitalier. Ce sont :

Religieuses	1
Infirmiers.	3

(1) Nous continuerons également cette statistique jusqu'à la fin de l'épidémie, de façon à donner l'histoire complète du choléra en 1884 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

(2) Nous comprenons chaque fois, bien entendu, dans les groupes hommes et femmes, les enfants, en les répartissant pour chacun d'eux selon leur sexe.

Infirmières	8
Nourrices sédentaires	1
Agent comptable	1
Gens de service	4

Le chiffre total des cas de choléra traités dans les hôpitaux jusqu'à hier matin, c'est-à-dire pendant 18 jours, a donc été de 971, dont 579 hommes et 392 femmes.

Sur ces 971 cas, la mortalité a été de 511 décès, soit 302 hommes et 209 femmes. Les guérisons définitives, c'est-à-dire le nombre des cholériques sortis guéris, a été jusqu'à présent de 239, dont 129 hommes et 110 femmes.

Il restait donc, hier matin 23 novembre 1884, en traitement dans les divers hôpitaux et hospices civils, dont les noms suivent, 221 cholériques, soit 147 hommes et 74 femmes.

Ces cholériques se répartissent de la manière suivante :

Hôtel-Dieu	17	Tenon	7
Pitié	7	Laennec	7
Charité	12	Bichat (1)	20
Saint-Antoine	40	Tournelles	1
Necker	2	Mariniers (2)	8
Cochin	38	Saint-Louis	21
Beaujon	13	Salpêtrière	3
Lariboisière	24	Trousseau	1

Quelques faits intéressants nous paraissent ressortir des chiffres que nous avons relevés et des documents qui nous ont été communiqués. Nous demandons à l'Académie la permission de les exposer brièvement devant elle.

L'administration de l'Assistance publique ayant bien voulu mettre à notre disposition la liste des entrées pendant les premiers jours, avec le nom, l'âge, la profession et la demeure des malades, M. le docteur Dujardin-Beaumetz ayant eu aussi la gracieuse obligeance de nous communiquer des listes semblables pour les jours suivants, nous avons pu dresser une série de tableaux récapitulatifs touchant chacune de ces indications.

En voici le résumé :

1° *Au point de vue de l'âge,* nous voyons que le fléau a frappé de préférence les individus, hommes ou femmes, âgés de 31 à 40 ans, puis les hommes de 41 à 50 ans, et les femmes de 26 à 30 ans; enfin, en troisième ligne, les hommes de 26 à 30 et les femmes de 41 à 50 ans. Passé l'âge de 60 ans, nous ne trouvons qu'une soixantaine de cas, dont 14 de 71 à 80 ans et deux au-dessus de 80 ans. Ces deux derniers sont des femmes : l'une de 82 ans, et l'autre de 85 ans.

Au-dessous de 20 ans, nous avons relevé 109 cas, dont 66 appartiennent au sexe masculin et 43 au sexe féminin. Dans 32 cas, il s'agissait d'enfants âgés de 1 à 10 ans, et 5 fois d'enfants qui n'avaient pas dépassé la première année. Le plus jeune d'entre eux avait 3 semaines, il était entré à l'hôpital Bichat, avec sa mère atteinte elle-même de choléra.

2° *Au point de vue du sexe,* nous remarquons que le nombre des cholériques du sexe masculin l'emporte de beaucoup sur celui des cholériques du sexe féminin : la proportion est de 60,64 hommes et de 39,36 femmes sur 100 malades *entrés*. Par contre, sur 100 cas *déclarés* à l'intérieur de l'hôpital, la proportion serait de 55,93 pour les femmes et de 44,07 seulement pour les hommes.

(1) L'hôpital Bichat a été ouvert le 11 novembre 1884.

(2) Les Mariniers n'ont été ouverts aux cholériques que le 17 novembre 1884.

3° *Au point de vue de la population,* le nombre total des cas déclarés ou entrés dans les hôpitaux, comparé à celui des habitants qui constituent la population parisienne d'après le dernier recensement quinquennal (soit 2,239,928 habitants), nous donne une proportion de 4,38 cas sur 10,000 habitants.

4° *Au point de vue des professions,* nous avons constaté que parmi les professions les plus décimées par le choléra viennent en première ligne celle de journalier (176), puis celle de domestique (108). On trouve ensuite, mais à une grande distance de celles-ci, les professions de couturière, lingère, brodeuse et modiste (53), blanchisseur (32), les ouvriers en métaux (25), dont 2 tourneurs en cuivre, les maçons (17), les charretiers (13), les cordonniers (11), les chiffonniers (8), etc.

5° Quant à la répartition par arrondissements des cas traités dans les hôpitaux, le XIe arrondissement est celui qui a été le plus éprouvé ; il a eu, en effet, 161 cas, tandis que ceux qui viennent immédiatement après, le XIXe d'abord, le Ve et le XIIe ensuite, n'en présentent plus que 91,78 et 77. Par contre, les arrondissements qui en ont envoyé le moins, ont été les XVIe avec 5 cas, le VIIIe avec 8 cas, et le IXe avec 11 cas.

Ils peuvent d'ailleurs être classés dans l'ordre suivant, d'après le nombre des cholériques admis dans les établissements hospitaliers (1) :

XIe arrondissement	161 cas.	IIe arrondissement	35 cas.
XIXe —	91 —	XVe —	33 —
Ve —	78 —	XVIIIe —	29 —
XIIe —	77 —	VIIe —	27 —
IVe —	73 —	Ier —	20 —
Xe —	49 —	XVIIe —	18 —
XIIIe —	48 —	XIVe —	14 —
IIIe —	45 —	IXe —	11 —
VIe —	40 —	VIIIe —	8 —
XXe —	38 —	XVIe —	5 —

6° Comme faits particuliers se rattachant aux cas déclarés dans l'intérieur des hôpitaux, nous signalerons principalement celui de l'aliénée de la Salpêtrière, atteinte le 5 novembre dans l'intérieur même de cet établissement, alors qu'on ne connaissait encore qu'un seul cas de choléra dans tout Paris ; 2° celui de deux infirmières de la Maternité, qui ont été frappées par le fléau dans cet établissement, l'une le 10, l'autre le 11 novembre, bien qu'il n'y existât alors et qu'il n'y ait été constaté, antérieurement ni depuis cette époque, aucun autre cas.

7° Jusqu'à présent, le nombre des décès comparé à celui des cholériques entrés ou déclarés dans les hôpitaux, nous donne la proportion, relativement minime eu égard aux épidémies précédentes, de 52,62 pour 100. Mais nous devons à la vérité de dire que ce chiffre n'est encore qu'un chiffre provisoire, un certain nombre de cholériques, parmi ceux qui sont actuellement en traitement, devant, selon toutes probabilités, succomber aux atteintes du mal. Néanmoins la proportion que nous donnons ici n'en saurait être notablement modifiée.

Quant aux décès selon les sexes, nous trouvons une mortalité proportionnelle un peu plus grande pour la femme que pour l'homme : les chiffres sont de 52,33 hommes décédés

(1) Une quarantaine de malades ont été enregistrés sans domicile connu.

sur 100 malades, et de 53,31 femmes sur 100 malades également.

En résumé, nos relevés jour par jour du nombre des malades entrés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, du chiffre des cas déclarés à l'intérieur, du chiffre aussi des décès et des guérisons, nous montrent :

1° Que l'épidémie a suivi une courbe très rapidement ascendante du 5 novembre, jour où les 6 premiers cas sont entrés dans les hôpitaux, au 11 novembre, où le chiffre des malades entrés ou déclarés a été de 132 ;

2° Que le choléra a suivi, au contraire, une courbe descendante depuis le 12 novembre jusqu'au 22 du même mois, sauf deux légers relèvements : le premier le 13, où le nombre des cas a été de 93 au lieu de 84 la veille ; le second le 17 novembre, où ce nombre a été de 41 au lieu de 37 le 16 novembre ;

3° Que le chiffre des décès a suivi une marche progressive jusqu'au 12 novembre, où il s'est élevé à 60, chiffre maximum qu'il ait atteint dans une seule journée, pour redescendre depuis lors, peu à peu chaque jour, le 15 novembre excepté, où la courbe s'est relevée de 42 à 49.

Nous remarquons aussi que les décès les plus nombreux correspondent à peu près constamment aux lendemains des entrées les plus nombreuses. Il semble que, dans les cas devant se terminer par la mort, les malades succombent dans les 18 ou 24 heures qui suivent leur arrivée à l'hôpital.

4° Enfin que les premiers malades guéris définitivement ont quitté l'hôpital le 8 novembre 1884 et que ces sorties ont commencé à s'accentuer depuis le 14. Les chiffres sont, en effet, de 20, 18, 14, 34, 23, 31, 24, 35 et 22, pour les journées des 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 et 22 novembre.

De tous les chiffres que nous venons de soumettre à l'Académie, il nous paraît résulter les conclusions suivantes :

1° Que l'épidémie cholérique qui a éclaté à Paris le 4 novembre 1884 a été jusqu'à présent d'une bénignité relativement grande, tant comme nombre de cas constatés ou déclarés dans les hôpitaux que comme décès survenus.

2° Qu'elle est en pleine décroissance depuis plusieurs jours déjà.

3° Que les conditions atmosphériques dans lesquelles nous nous trouvons actuellement permettent d'espérer que l'épidémie s'éteindra sur place dans un délai que nul ne saurait certainement préciser, mais que l'on peut raisonnablement entrevoir comme assez prochain. Cela ne veut pas dire qu'à un moment donné une recrudescence ne puisse avoir lieu soit à la suite de quelque modification climatérique, soit aux approches du printemps.

4° Que les malades atteints, — et ceci nous a été confirmé pour la ville par notre excellent maître et ami M. le docteur Dujardin-Beaumetz, — ont été, pour l'immense majorité, sinon même pour la presque totalité, des gens affaiblis par des maladies chroniques antérieures, ou des individus épuisés par des excès de tout genre, ou bien encore plongés dans la misère physique et la misère physiologique la plus profonde, et vivant dans un milieu plus ou moins sordide loin des conditions hygiéniques les plus élémentaires.

Nous aurons l'honneur de soumettre à l'Académie, dans une communication ultérieure, si elle veut bien nous le permettre, la suite de cette étude statistique que nous nous efforcerons de tenir chaque jour au courant de tous les faits relatifs à l'épidémie actuelle.

HOTEL-DIEU. — M. Humbert.

Épithélioma ou scrofulide.

Avant de pratiquer, soit aujourd'hui, soit un de ces prochains jours, l'ablation d'une partie de la face du malade de la salle Saint-Jean, j'ai à vous parler de l'affection grave dont il est atteint et dont le diagnostic n'a pas laissé que d'être très difficile.

Ce malade est un homme de quarante-quatre ans, qui s'est toujours très bien porté et chez lequel nous ne trouvons aucun antécédent personnel ou héréditaire. Il y a dix-huit mois, il lui a poussé un petit bouton sur la lèvre supérieure, donnant lieu à quelques démangeaisons, à une petite gêne; il l'a gratté, irrité, excorié, si bien que ce bouton a fini par s'ulcérer et que peu à peu le mal a envahi toute la lèvre supérieure. Au mois de février, cependant, il a cessé de progresser et le malade se trouve aujourd'hui à peu près tel qu'il était à cette époque.

La lèvre supérieure sous l'effet du processus morbide a entièrement disparu; ce qu'il en reste actuellement, c'est-à-dire son bord adhérent, est le siège d'une ulcération très bien limitée, à bords taillés à pic. En dehors, les tissus avoisinants sont parfaitement sains, et, fait particulier à noter, le mal est si bien limité qu'il n'y a aucune transition entre les parties saines et les parties atteintes. C'est là, je le répète, un point très important et qui est encore prouvé par ce fait, que si l'on prend entre les doigts la portion restante de cette lèvre supérieure, on voit ses bords saillants parfaitement indurés, tandis qu'au-dessus et tout à l'entour, les tissus sont tout à fait souples, sains et normaux. Cependant le bord est légèrement décollé au niveau de la commissure gauche où il semble que le mal tende à envahir la joue.

De plus, depuis quelque temps, il existe sur la lèvre inférieure une petite ulcération et, à son voisinage, de petites nodosités sous-muqueuses qui paraissent être en voie d'évolution.

Les ulcérations, tant de la lèvre supérieure que de l'inférieure, ont un aspect blafard, sanieux; elles ne sont pas recouvertes de bourgeons charnus et ne donnent lieu à aucun écoulement sanguin.

En résumé, il s'agit d'une destruction de la lèvre supérieure, survenue en dix-neuf mois, c'est-à-dire ayant évolué d'une façon très lente, relativement du moins pour la nature de la maladie, et n'ayant déterminé aucun retentissement sur l'état général, lequel est resté bon. Enfin ajoutons que nous ne trouvons rien dans le voisinage; les ganglions sont parfaitement sains, aucun d'eux n'est engorgé.

A quelle affection avons-nous donc affaire ? Le diagnostic est difficile. S'agit-il d'un épithélioma ? Nous l'avons cru tout d'abord, puis un nouvel examen nous l'a fait rejeter à peu près complètement, parce que la lèvre supérieure n'est pas le siège habituel des épithéliomas, tandis que sur la lèvre inférieure on l'observe fréquemment. Pour ma part, depuis vingt-deux ans que je suis dans les hôpitaux, je n'en ai jamais rencontré un seul cas. De plus, l'ulcération destructive est limitée par des bords très nets; elle ne repose pas sur une tumeur, tandis que l'épithélioma est une tumeur qui s'ulcère et quelquefois bourgeonne et végète ou repose sur une base très indurée. De plus encore, l'épithélioma n'a généralement pas de bords aussi nets, aussi surélevés au-dessus de l'ulcération, ni décollés. Enfin les épithéliomas affectent une marche rapide, ne mettent pas dix-neuf mois à se

développer, ne s'arrêtent pas à un moment donné pendant plusieurs mois comme cela a eu lieu ici, et s'accompagnent d'engorgement ganglionnaire.

Par tous ces motifs, j'ai donc repoussé toute idée d'un épithélioma. En tous cas, s'il s'agissait de cette affection, elle affecterait des allures assez singulières. Mais si ce n'est pas un épithélioma, que pourrait-ce être? Une affection syphilitique ou tuberculeuse? Il serait possible, à la rigueur, que nous fussions en présence d'une ulcération syphilitique, bien qu'ordinairement ces ulcérations offrent d'autres caractères objectifs, qu'elles s'étendent plus en surface, qu'elles revêtent l'aspect serpigineux, qu'elles se cicatrisent sur un point tandis qu'elles évoluent sur un autre, que leurs bords ne sont pas décollés, etc., etc. Il est vrai que les descriptions des livres ne sont pas toujours semblables à la réalité clinique. Mais, d'autre part, nous ne trouvons sur notre malade aucune trace d'une affection syphilitique ancienne ou actuelle. De plus, l'iodure de potassium, qui est la pierre de touche en pareil cas, n'a eu aucun effet sur lui. Par tous ces motifs, j'élimine encore l'idée de la syphilis. Reste alors la scrofule, le tubercule.

Comme aspect, à un second examen, la lésion offre bien les caractères de ces ulcérations tuberculeuses dont le siège de prédilection est la face et particulièrement le voisinage des ailes du nez, de la lèvre supérieure. Elle a quelque peu l'aspect d'un lupus : ulcération irrégulière, bords minces, décollés sur une partie de leur étendue, à fond non bourgeonnant ni fongueux; mais à surface sanieuse, grisâtre, mollasse, laissant écouler un liquide séro-purulent, sans induration à la base. Il est vrai qu'elle n'est pas recouverte de croûtes; mais à la rigueur cela pourrait tenir au pansement. De plus la marche est lente; il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. En un mot, après avoir minutieusement examiné à maintes reprises notre malade, nous en étions presque arrivés à émettre le diagnostic de scrofulide tuberculeuse. Cependant une dernière épreuve était nécessaire pour confirmer ou infirmer le diagnostic, l'épreuve microscopique. J'ai fait prendre un petit morceau de la tumeur et l'ai soumis à l'examen de M. Malassez, qui m'a répondu qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Pourtant, tout en m'inclinant devant son autorité en pareille matière, je restais encore dans le doute, tant les allures de la maladie me paraissaient singulières. Enfin j'adressai mon malade à M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, pour savoir s'il ne s'agissait pas de quelque lupus. Sa réponse fut négative : pour lui, comme pour M. Malassez, j'avais affaire à un épithélioma et force me fut d'écarter mon second diagnostic pour revenir à mon opinion première.

En résumé, nous avons dans cette observation un fait rare comme siège du mal, rare comme lenteur d'évolution avec un état stationnaire anomal de cinq mois, rare enfin par l'absence de tout envahissement ganglionnaire. Cet épithélioma de la lèvre supérieure n'a pas encore été décrit, il est très distinct des épithéliomas de la lèvre inférieure et se rapprocherait plutôt des épithéliomas cutanés de la face auxquels on a donné le nom de *Noli me tangere*.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 22 novembre 1884. — Présidence de M. Mathias Duval.

La cocaïne. — M. LABORDE fait connaître les résultats d'expériences qu'il a faites sur l'action physiologique du chlorhydrate ou du sulfate de cocaïne. Il résulte de ces expériences que les faits qui ont été récemment signalés, en particulier par les ophtalmologistes, relativement à l'action anesthésique locale de cette substance sur la muqueuse oculaire ne sont qu'un épisode de l'histoire physiologique de la cocaïne. En effet, cette substance injectée sous la peau ou dans les veines, à la dose de 1 à 2 centigrammes, détermine d'abord de l'hyperesthésie, souvent même, selon la dose, des phénomènes convulsifs, une attaque épileptiforme, de la mydriase, et enfin une analgésie complète.

Ces résultats sont des plus intéressants au point de vue pratique. M. Laborde poursuit cette étude et en fera connaître ultérieurement les nouveaux résultats.

L'ozonéine. — M. ONIMUS, après avoir expérimenté ce liquide sur des substances organiques altérées, a fait des recherches sur son influence sur les animaux. Il importait tout d'abord de savoir si ce corps avait une action toxique et si son emploi thérapeutique pouvait présenter des dangers.

M. Onimus a commencé par faire des injections sous-cutanées sur des cochons d'Inde et sur des lapins, et il n'a pu obtenir aucun phénomène d'empoisonnement. Sur un lapin, après avoir injecté neuf seringues de Pravaz, c'est à peine s'il y a eu une tendance à la parésie des membres postérieurs. Chez le cochon d'Inde, il en a été de même. Chez des grenouilles qu'il a maintenues dans ce liquide, il a obtenu au bout de quelques minutes un ralentissement considérable dans les mouvements, une diminution de la sensibilité et de l'action réflexe, et finalement l'arrêt de la respiration. Le cœur continue à battre, et cela encore une heure après que la grenouille ne donne plus aucun signe de vie, mais l'excitabilité de la moelle, comme celle des nerfs et des muscles, est presque complètement abolie.

Si, au moment où les phénomènes d'empoisonnement se manifestent, alors même que l'animal a perdu l'usage de ses membres, on remplace l'ozonéine par de l'eau ordinaire, peu à peu la respiration revient, et la grenouille, au bout d'un temps plus ou moins long, recouvre ses mouvements et sa sensibilité; mais elle reste très longtemps à reprendre sa vivacité primitive. M. Onimus a lui-même avalé quelques grammes de ce liquide et, à l'exception d'une légère sensation de plénitude de la tête, il n'a éprouvé aucun effet, le pouls est resté le même et la respiration n'a pas changé.

Le docteur Médard a, sur lui-même, fait des expériences plus nombreuses, car non seulement il a avalé un grand verre à bordeaux de ce liquide, mais il s'est fait des injections hypodermiques. Il n'a constaté aucun changement appréciable sous le rapport de la respiration et de la circulation. C'est à peine si les battements artériels ont paru plus pleins. Enfin du côté du système nerveux il n'a éprouvé qu'un très léger bourdonnement dans les oreilles.

On voit donc que ce liquide n'a qu'une très faible action toxique sur les mammifères et il faut des doses considérables pour produire un trouble fonctionnel, et sur les animaux inférieurs, s'il finit par tuer, c'est en agissant sur le système nerveux; la circulation n'est que fort peu influencée.

Au point de vue thérapeutique, l'ozonéine peut donc être non seulement employée comme médicament externe, comme cela a eu lieu avec succès à Toulon et comme cela a lieu actuellement dans les services de M. Dujardin-Beaumetz et de M. Cuffer, mais on ne doit pas craindre de l'administrer à l'intérieur en injections hypodermiques et même en injections intra-veineuses.

A l'hôpital Beaujon, M. le docteur Gombault a bien voulu autoriser M. Onimus à l'employer en injections hypodermiques sur des cholériques. La première fois, chez un malade dont le pronostic était des plus graves, l'interne M. Crespin fit coup sur coup deux injections hypodermiques; le malade est aujourd'hui hors de danger. Chez un autre cholérique qui était agonisant, les mêmes injections ramenèrent chaque fois un peu de vitalité, mais le malade finit par succomber. Il eût été peut-être préférable, dans ce cas, d'injecter directement le liquide dans les veines.

Nous croyons devoir ajouter que ce liquide est formé par un

mélange d'eau et d'essence de térébenthine qui renferme par litre *neuf milligrammes* de gaz ozone, car il transforme en acide arsénique (AsO^5) 55 milligrammes arsenieux d'acide (AsO^3).

Influence des aliments azotés sur le développement et les maladies du foie. — M. MAUREL, se basant sur ce fait démontré par l'observation clinique qu'une alimentation azotée est une cause prédisposante des affections du foie, a fait une série d'expériences très simples : il a nourri des lapins exclusivement avec du fromage, tandis que d'autres lapins, pris comme témoins, étaient soumis au régime végétal ordinaire. Après dix mois, un lapin nourri de fromage pesait 1780 grammes; son foie pesait 87 grammes, tandis qu'un autre lapin, soumis à l'alimentation végétale habituelle, pesait 1210 grammes et son foie 37 grammes. Ces expériences ont été variées et répétées un grand nombre de fois; elles ont toujours donné les mêmes résultats.

M. CHARLES RICHET fait observer que dans le fromage il n'y a pas seulement des matières azotées, mais aussi des matières grasses dont il faut tenir grand compte dans les résultats constatés par M. Maurel.

Antagonisme du grand sympathique et du pneumogastrique. — M. D'ARSONVAL présente une note inédite de Claude Bernard sur l'antagonisme entre le grand sympathique et le nerf pneumogastrique dans l'abdomen.

De la non-inoculabilité du pus du bubon chancreux. — M. STRAUS a fait, dans le service de M. Mauriac, des recherches sur 42 malades atteints de bubon chancreux à diverses périodes. Contrairement à l'opinion soutenue en 1838 par M. Ricord qui admettait l'inoculabilité du pus du bubon chancreux, dans aucun de ces 42 cas M. Straus n'a pu obtenir aucun résultat positif; toutes les cultures qu'il a faites avec ce pus sont demeurées absolument stériles. Le pus de ces abcès ganglionnaires s'est toujours montré dénué de micro-organismes. Enfin toutes les inoculations qu'il a faites sur les malades eux-mêmes avec ce pus sont toujours restées sans effet.

Ricord, dans son Traité de l'inoculation, en 1838, admettait que l'inoculation du pus d'un bubon restait souvent stérile, surtout au moment de l'ouverture ; il expliquait ce fait en disant que le pus de la profondeur était seul inoculable tandis que le pus superficiel ne l'était pas. Or M. Straus s'est efforcé de recueillir du pus profond et il a pu constater qu'il était tout aussi inoffensif que le pus superficiel.

Comment expliquer l'affirmation de Ricord relativement à l'inoculabilité du pus d'un bubon chancreux? Sans doute par ce fait que ce pus devient virulent par suite du voisinage du chancre infectant.

Pour éviter cette cause d'erreur, M. Straus a isolé chaque fois le bubon par un pansement occlusif en l'isolant complètement du chancre voisin. Dans ces conditions, le pus du bubon s'est toujours montré inoffensif et non inoculable.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XXVIII

Le Guipuscoa, dont nous traversons successivement les localités de Villabuena, Villafranca, Tolosa, Villaréal, Ansuela, Mondragon, Salinas, commence à Irun et finit à quelque distance de Vitoria. C'est un pays entièrement montueux : les vallées sont bien cultivées et assez populeuses; les villages sont bien bâtis, en pierre : dans chacun d'eux, il y a un édifice affecté au jeu de paume et souvent d'une architecture élégante. La route qui traverse toute cette contrée est très remarquable, elle est digne des voies romaines, très solide, pourvue de chaque côté d'un trottoir formé par de larges pierres de taille : il y a aussi d'espace en espace des bornes, surtout au voisinage des précipices; les ponts sont nombreux, tous construits solidement, en pierre. Dans les maisons, l'hygiène est complètement négligée; l'écurie est ordinairement le premier appartement de la maison : il n'y a qu'une seule cheminée, c'est celle de la cuisine, et elle mérite une description. Le foyer est un très grand carré élevé d'un pied au-dessus du sol ; le feu est établi au centre et on s'assied sur les bords ; la cheminée est une pyramide immense en bois faite dans le genre de celles de nos forgerons : elle reçoit toute la fumée qui ne se répand point dans la cuisine et les appartements adjacents; la cuisine est vraiment inhabitable pour un Français, on est asphyxié par la fumée et nos estomacs sont révoltés par la manière sale dont on y prépare les mets. Le pain, dans le Guipuscoa, est blanc comme le marbre dont il a la compacité et la pesanteur ; il faut avoir les facultés digestives les plus énergiques pour le chylifier. Le bétail y est en général de petite taille. Après la jolie ville de Vitoria, nous entrons dans la Vieille-Castille : à Miranda, nous traversons le Ebro sur un beau pont en pierre et nous passons la nuit au triste village de Poncorvo qui est encaissé au milieu des rochers les plus affreusement déchirés. Là, mon palefroi me donna les plus vives inquiétudes, qui heureusement diminuèrent par la substitution de l'avoine à l'orge qui, avec la paille hachée, est la seule nourriture des chevaux en Espagne. A Briviesca, nous fûmes témoins d'un commencement d'émeute populaire. Dans la soirée du 4 avril, j'arrive à Burgos, capitale de la Vieille-Castille : toute la contrée de cette province est formée de collines généralement bien cultivées : la plaine est absolument rase, sans arbres ni maisons, ce qui lui donne la ressemblance avec quelques parties de la Provence; il n'y a guère que du froment et de l'orge, presque pas de vignes malgré les conditions topographiques qui favoriseraient leur culture; on laboure avec la charrue et des bœufs. La neige paraît encore sur la chaîne des monts Cantabres. L'ancienne capitale de la monarchie castillane est précédée d'une plaine immense comparable à la Crau de Provence, unie comme une glace, inculte, graveleuse, herbeuse, offrant quelques *chênes verts* épars çà et là et le *ciste à feuilles de laurier :* cette plaine est peuplée d'une si grande quantité de lapins qu'il suffit d'aller à la chasse au bâton pour en tuer plusieurs en quelques heures : je rencontrai des soldats de la garnison de Burgos qui en rapportait trois ou quatre chacun. Le vin, dans les localités parcourues jusqu'à présent, était noir avec un retour amer et nauséabond : on le conserve dans des outres en peau de chèvre : c'est par la combinaison des principes organiques de la peau avec le goudron qui la revêt que cette boisson contracte sa détestable saveur.

Burgos, où je séjournai vingt-quatre heures, m'a paru être une fort jolie ville, fort gaie quoique place forte : le quai de la petite rivière d'Arlanzon est la promenade la plus fréquentée; elle s'étenp entre deux ponts en pierre. La cathédrale gothique est surmontée de vingt-quatre aiguilles très ornementées : l'intérieur de l'église est d'une grande magnificence, les autels sont tous étincelants d'or et d'argent. La porte de la ville connue sous le nom de *Arco de Santa-Maria* offre sur la façade intérieure des sculptures et des statues gothiques représentant différents personnages : Charles V, Philippe II, le Cid, etc. La ville est dominée par une forteresse située au sommet d'un monticule. A Burgos, les femmes ont la démarche aisée, la taille svelte, un air de coquetterie qui les feraient prendre pour des Parisiennes si elles en avaient le costume et la couleur. Le 6 avril, au lieu de suivre la grande route qui conduit à Madrid par Valladolid, je pris celle plus directe qui passe à Aranda de Duero : ce chemin de traverse parcourt un pays en général désert, inculte et des plus arides : cependant les environs de Lerma, arrosés par la rivière de l'Arlanza, offrent un bassin assez fertile, de même que les bords du Duero près d'Aranda. Les défilés montueux où l'on s'engage après avoir quitté les vignobles qui avoisinent Aranda sont, en quelques endroits,

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 novembre 1884.

peuplés de *genévriers phéniciens* (Juniperus phœnicea) dont la taille gigantesque m'en imposa d'abord pour des *cyprès* ou des *thuyas de la Chine :* j'en ai vu dont la cime pyramidale s'élevait à 15 ou 20 pieds et dont le tronc avait 12 à 15 pouces de diamètre : on ne saurait se faire une idée de l'extrême âpreté de tout ce pays; les bourgades rares qu'on y rencontre présentent l'aspect le plus pauvre, le plus sinistre, on traverse par le col ou Puerto de Somo Sierra la grande chaîne granitique de ce nom qui sépare les deux Castilles. Je frémis quand je songe à combien de malheureux Français a été fatale cette gorge longue et étroite que termine un village des plus sombres. Lors de mon passage dans ces lieux sauvages, la guerre n'avait pas encore éclaté : je fus logé chez un pauvre laboureur qui me fit bon accueil ; mais j'ai inscrit dans mon journal un véritable dithyrambe sur la nuit lamentable pendant laquelle j'ai servi de pâture à la variété la plus grosse, la plus cruelle, la plus sanguinaire des puces : au lever du soleil, j'allai me consoler avec la botanique de l'outrage que m'avait fait l'entomologie.

Aussitôt qu'on a franchi Somo Sierra, on entre dans la Nouvelle-Castille ; une végétation plus avancée y annonce une température plus élevée que dans les pays déjà parcourus : ce changement d'aspect est pleinement expliqué par la direction de la chaîne ou Sierra Guadarrama qui réfléchit de ce côté les influences australes : au village de Buytrago, je rencontrai les équipages du roi d'Espagne; S. M. C. arriva deux heures après moi, venant de Madrid : je me trouvai logé tout à côté de la maison fort bourgeoise qui lui servit de palais : sa voiture fort mesquine était attelée de mules blanches. Le roi alla à l'église après son dîner : il était vêtu en uniforme des gardes du corps, taille moyenne, barbe noire, regard triste, physionomie de bonté. Entre Buytrago et Cavanilla, il y a des montagnes granitiques qui me parurent fort remarquables par des amas de blocs énormes entassés pêle-mêle et très souvent arrondis. Les environs de Saint-Augustin offrent des coteaux assez riches de culture : mais au delà, toute la campagne jusqu'à Madrid est absolument rase, monticuleuse, sans arbres ni arbrisseaux, presque sans habitations : je suis surtout surpris de ne pas rencontrer des oliviers sur un sol qui serait très favorable à leur culture. Quand on aperçoit Madrid, on est frappé de la multitude de ses clochers : j'en comptai soixante-huit bien distincts. A Chammartin, tout près de la ville, il y avait un camp français de 8,000 à 10,000 hommes; aux portes de la ville et dans plusieurs rues je rencontre des sentinelles françaises : on se croirait moins en Espagne qu'en France : c'était le 12 avril, j'étais harassé lorsqu'après ma visite officielle au commandant de la place et au commissaire des guerres, j'aboutis à un logement très convenable Calle Angosta San-Bernardo, nº 52. J'y fus très bien accueilli par mes hôtes et j'y demeurai les quatre mois de mon séjour dans la capitale de l'Espagne.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

336. M. Eymeri. — Du cascara sagrada (Rhamnus purshiana). Étude clinique et thérapeutique. — 337. M. Grenier. Études sur les affections qui peuvent simuler la coxalgie. — 338. M. Ambresin. Quelques considérations sur les opacités de la cornée. — 339. M. Mercat. La fréquence de la colique hépatique chez l'enfant. — 340. M. Jaséwicz. Considérations sur le traitement rationnel des fièvres exanthématiques zymotiques. — 341. M. Gourdin. Contribution à l'étude de l'œdème des nouveau-nés. — 342. M. Soula. Contribution à l'étude de la migraine. Migraine et arthritisme. — 343. M. Marsat. Contribution à l'étude botanique, physiologique et thérapeutique de l'*euphorbia pilulifera.* — 344. M. Santelli. Du traitement de la sciatique par les pulvérisations du chlorure de méthyle. — 345. Mlle Mesnard. De l'influence de quelques lésions syphilitiques du col de l'utérus sur l'accouchement. — 346. M. Herveou. Contribution à l'étude du traitement des hémorragies post-partum par les injections intra-utérines d'eau chaude à 40º, à 50º, et les bains chauds à 34º.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 novembre 1884, M. Hamon-Dufougeray, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé au même grade dans la réserve de l'armée de mer.

— Voici les questions données aux dernières épreuves du concours pour la nomination à une place de prosecteur des hôpitaux de Paris :

Épreuve de physiologie : 1º De l'accommodation de l'œil aux distances; 2º Circulation fœtale.

Épreuve de pathologie externe : 1º Phlegmon périnéphritique; 2º Hernie ombilicale.

Composition écrite : Anatomie pathologique des hématocèles.

Épreuve de dissection : 1º La région de la nuque.

Opérations : 1º Ligature de l'artère humérale au pli du coude; 2º Désarticulation du poignet.

— La première épreuve du concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminée vendredi soir. Les questions qui ont été données sont :

1º Muscles et aponévroses de la paroi antéro-latérale de l'abdomen; 2º Os maxillaire inférieur; 3º Rapports de l'estomac; 4º Veines superficielles des membres supérieurs; 5º Muscle psoas-iliaque; 6º Articulations du coude.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Fonssagrives, ancien médecin en chef de la marine, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, qui a succombé aux atteintes du choléra; de M. le docteur Mouret, médecin des hospices de Monistrol (Haute-Loire); de M. le docteur Damon, de Saint-Just en Chevalet (Loire), et de M. le docteur Morin (de Paris).

— *Hôtel-Dieu de Reims.* — Sont nommés à la suite des concours : 1º Internes : MM. Mugnerot et Simonin; — 2º Externes : MM. Rebière, Coffard et Robin.

— Il résulte d'un rapport adressé au préfet de la Loire-Inférieure par M. le docteur Chartier, président de la commission des épidémies, que, du 16 octobre au 12 novembre, il y a eu, dans la ville de Nantes, 210 cas cholériques, dont 93 ont été suivis de mort.

— Pendant le cours de l'épidémie cholérique qui a ravagé récemment et avec tant de violence la ville de Naples, 20 médecins sur 139 ont succombé aux atteintes du choléra.

— *Collége de France.* — M. Brown-Séquard, professeur de médecine, est autorisé à se faire remplacer par M. d'Arsonval.

M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés, est autorisé à se faire remplacer par M. François Franck, directeur adjoint du laboratoire de physiologie de l'École pratique des Hautes-Études.

M. André, docteur ès sciences, est nommé préparateur de la chaire de chimie organique, en remplacement de M. de Forcrand, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Bessac est maintenu dans les fonctions de préparateur du laboratoire de physique.

M. Vallas, aide d'anatomie, est chargé, jusqu'au prochain concours, des fonctions de prosecteur, en remplacement de M. Parizot, appelé à d'autres fonctions.

M. Rochet (Victor-Alexandre) est chargé, jusqu'au prochain concours, des fonctions d'aide d'anatomie en remplacement de M. Vallas, provisoirement appelé à d'autres fonctions.

M. Albertin (Alphonse-Henri) est chargé, jusqu'au prochain concours, des fonctions d'aide d'anatomie, en remplacement de M. Cénas, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Baraban, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chargé d'un cours d'histologie.

M. Garnier, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chargé d'un cours de chimie médicale et toxicologie.

— *Faculté libre de médecine et de pharmacie de Lille.* — M. le docteur H. Duret, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie générale.

M. le docteur Delassus, chef des travaux anatomiques, est nommé professeur suppléant avec les mêmes fonctions.

M. le docteur Pierre Bernard est nommé maître de conférences chargé du cours de zoologie médicale.

—*École de médecine de Dijon.*— M. Parisot, suppléant de pathologie et de clinique externes, est chargé en outre du cours de clinique externe à ladite École, en remplacement de M. Brulet, décédé.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Le laboratoire d'enseignement de botanique (organographie et physiologie végétales), dirigé par M. le professeur Ph. van Tieghem, sera ouvert pendant le premier semestre de l'année scolaire 1884-1885, tous les jours, de onze heures à quatre heures, excepté le lundi et le mardi, du 1er décembre 1884 au 1er avril 1885. Pendant le second semestre, du 1er avril 1885 à la fin de l'année scolaire, il sera ouvert seulement le jeudi et le vendredi aux mêmes heures.

Une leçon pratique aura lieu chaque jeudi, à neuf heures du matin, pendant la durée du cours qui commencera le samedi 29 novembre. Quant au laboratoire de recherches, il est ouvert tous les jours et toute l'année.

Les élèves qui désirent prendre part aux travaux sont priés de se faire inscrire à l'avance au laboratoire, 63, rue de Buffon.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De la forme de l'excavation pelvienne considérée au point de vue obstétrical, par le docteur Alphonse Boissard, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-4° avec 50 planches de grandeur naturelle. — Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Essai sur la dilatation adynamique de l'estomac (forme douloureuse), par Enrique de Argaez, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre correspondant de l'Académie des sciences de Cadix. Gr. in-8° jésus. — Prix : 4 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, par le docteur Paul Coudray, ancien interne des hôpitaux, ancien aide d'anatomie de la Faculté. 1 vol. in-8° de 108 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Asselin et Houzeau.

La vérité sur le choléra, précautions à prendre pour éviter sûrement le fléau et moyens radicaux pour le guérir, par un ancien médecin de la marine. In-8°. — Prix : 50 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17037

N° 137. — JEUDI 27 NOVEMBRE 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 27 NOVEMBRE 1884. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — M. Fonssagrives. — Hôpital Saint-Louis. La période préataxique du tabes d'origine syphilitique. — Fistules urétrales non urinaires. — Académie de Médecine. — Instruments et Appareils. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été employée tout entière par des scrutins pour l'élection d'un membre dans la section d'accouchements en remplacement de M. Depaul et pour la nomination d'un vice-président en remplacement de M. Fauvel, et par la fin de la lecture du rapport annuel de M. Féréol sur les épidémies.

Nous avons assisté rarement à une élection aussi unanime que celle de M. Charpentier, l'unanimité moins trois voix au premier tour. Nous connaissions beaucoup de sympathies dans le corps médical pour M. Charpentier; elles viennent de se manifester d'une manière éclatante à l'Académie.

Quant au nouveau vice-président, M. Bergeron, c'est aussi à la presque unanimité qu'il a été nommé.

Après la lecture du rapport de M. Féréol, l'Académie s'est formée en comité secret pour le vote des conclusions.

M. FONSSAGRIVES

M. Fonssagrives, dont la *Gazette* a appris avant-hier la mort à ses lecteurs, était une personnalité trop marquante pour que nous ne devions pas rappeler ici ses principaux titres à l'estime et aux regrets de tous.

Élève de l'École de médecine navale de Rochefort, en 1839, nommé au concours chirurgien de 3e classe de la marine, en 1841, M. Fonssagrives a successivement conquis, après de nombreux voyages maritimes et des stations dans des régions lointaines, les grades de médecin de 2e classe, de chirurgien-major, de médecin de 1re classe, de second médecin en chef, et par différents concours successifs, les places de médecin-professeur aux Écoles de médecine navale de Brest ~~et de Cherbourg.~~

En 1864, M. Fonssagrives, ayant été appelé à recueillir la succession de F. Ribes dans la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de Montpellier, reçut à cette même époque, comme récompense de ses services, le titre de premier médecin en chef de la marine (hors cadre). Lorsqu'il y a quelques années il a renoncé à l'enseignement, il a reçu, en échange de sa démission, le titre de professeur honoraire, ne se séparant pas ainsi complètement de l'École qui avait été le théâtre de ses succès.

Écrivain fécond, disert, au style facile et élégant, érudit autant que savant et praticien, M. Fonssagrives, pendant le cours de ses deux carrières successives, comme médecin de la marine et comme professeur universitaire, a publié un nombre considérable d'ouvrages de grand et de petit format : les uns, exclusivement scientifiques, pleins de ses observations personnelles, dans lesquels s'allient dans une sage pondération les recherches modernes à l'esprit de la tradition; les autres, véritables œuvres de vulgarisation, contenant des enseignements utiles surtout aux familles, mais qui ne sont certainement pas à dédaigner pour les médecins eux-mêmes.

Nous citerons notamment sa thèse inaugurale très remarquée, ayant pour titre : *Histoire médicale de la campagne de la frégate à vapeur* l'Eldorado *sur les côtes occidentales d'Afrique;* son mémoire de 1852 sur la *colique nerveuse endémique des pays chauds* (colique sèche), qui a été le point de départ d'une polémique retentissante sur la véritable nature et l'origine de cette affection, à la suite de laquelle l'opinion a fini par donner raison à ses contradicteurs, — jugement qu'il a loyalement accepté lui-même depuis. Nous citerons encore son *Traité d'hygiène navale* (1856), couronné par l'Institut; son *Hygiène alimentaire des malades, des convalescents et des valétudinaires* (1861 et 1866); sa *Thérapeutique de la phtisie pulmonaire* (1865). Nous citerons enfin ses *Entretiens familiers sur l'hygiène* (1869); son *Livret maternel; rôle des mères dans l'éducation des enfants; la vaccine; la maison; l'hygiène et l'assainissement des villes*, etc.

A ces œuvres, dont les unes sont devenues classiques et les autres populaires, il faut ajouter les articles que M. Fonssagrives a fournis au *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales,* tels que les mots importants : Alimentation, Climat, Hygiène navale, et un très grand nombre d'articles de thérapeutique, de matière médicale, d'hygiène et de bromatologie.

M. Fonssagrives joignait à son titre de correspondant de l'Académie de médecine, le même titre auprès de la Société royale médico-chirurgicale de Turin, des Sociétés royales de Stockholm, de Lisbonne, de l'Académie de Madrid, de la Havane, etc. Il était officier de la Légion d'honneur, chevalier des ordres de Notre-Dame-de-la-Conception de Villaviciosa, de la Rose du Brésil, de Saint-Stanislas et de Sainte-Anne de Russie.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

La période préataxique du tabes d'origine syphilitique (1).

II

Après les symptômes de parésie vésicale sans rétention d'urine ou avec rétention absolue, sur lesquels nous n'avons pas à revenir aujourd'hui, nous trouvons les symptômes d'incontinence urinaire. Ces symptômes sont un phénomène commun, il est vrai, mais ce serait une grave erreur que de considérer cette incontinence comme analogue à ce qu'elle est dans certaines affections de la vessie, c'est-à-dire comme une incontinence permanente dans laquelle l'urine s'écoule constamment goutte à goutte. Ici il n'en est pas ainsi : le phénomène morbide est intermittent; il se produit par instants et à des moments donnés. Souvent même il est exclusivement nocturne. Cette incontinence est toujours partielle, incomplète, c'est-à-dire que le malade ne rend qu'une faible partie de l'urine contenue dans sa vessie ; enfin il y a émission accidentelle de quelques gouttes d'urine qui s'écoulent involontairement, de telle sorte que de temps en temps le malade sent sa chemise mouillée. Ce petit filet d'urine se produit le plus souvent à propos d'un besoin qui n'a pas pu être satisfait immédiatement, ou bien le matin au réveil, avant que le malade ait le temps de prendre son vase de nuit, ou bien encore pendant le sommeil; enfin il se produira encore quelquefois au milieu de la journée à propos d'une émotion, d'un effort, d'un mouvement précipité, de l'impression ressentie en plongeant les mains dans l'eau froide par exemple.

Ce symptôme a l'air en soi de bien peu de chose ; eh bien! non, c'est un phénomène majeur, au contraire, des plus graves, car, exception faite de quelques affections de la vessie, on n'arrive pas ainsi sans avoir quelque chose du côté de la moelle ou du cerveau ; c'est même un symptôme presque caractéristique du tabes. Aussi y a-t-il un très grand intérêt à ce que le médecin en soit renseigné de bonne heure; malheureusement les malades, pour la plupart humiliés d'uriner ainsi à chaque instant involontairement, en parlent d'autant moins qu'ils n'en connaissent pas l'importance.

Passons maintenant à la pollakysurie, aux besoins impérieux, au ténesme. Un grand nombre de malades se plaignent, au début de leur affection, d'envies fréquentes d'uriner, de besoins impérieux, c'est-à-dire séance tenante, besoins dont la répétition constitue le ténesme. De nombreux exemples de pareils faits inaugurant le tabes ont été recueillis. Je pourrais vous citer celui d'un de mes clients qui, certain jour, a été pris, sans cause appréciable, d'envies fréquentes d'uriner se renouvelant à chaque instant et durant deux ou trois jours. Sous l'influence d'un bain, ces envies cessent ; puis elles recommencent au bout de deux ou trois semaines. Inquiet, se croyant atteint de la pierre, il va trouver un chirurgien ; celui-ci ne trouve pas de calcul, bien entendu, et ne sait trop à quoi attribuer ces accidents. Enfin ce ne fut qu'au bout de plusieurs mois que les douleurs fulgurantes apparurent, ces envies fréquentes d'uriner furent reconnues comme le premier symptôme préataxique d'une affection tabétique qui allait plus tard évoluer.

Quant à l'anesthésie vésicale, elle consiste en ceci que le malade perd la sensation du besoin d'uriner, il laisse ainsi sa vessie se distendre et s'il ne s'imposait des efforts de miction, il n'urinerait pas. Quelquefois à l'anesthésie vésicale vient s'ajouter l'anesthésie urétrale, de telle sorte que les malades ne sentent même pas s'ils urinent et pour savoir quand ils ont fini, sont forcés d'y regarder.

La cystalgie et les coliques vésicales sont des phénomènes douloureux assez rares. Ils sont parfois des plus légers et le passage de l'urine brûle, pour ainsi dire, le canal de l'urètre; ou bien ce sont des spasmes du col vésical qui se produisent pendant ou après la miction; ou bien encore c'est une cystalgie obscure : le malade sent sa vessie, il éprouve la sensation d'un poids, d'une brûlure ou d'une cuisson. Enfin les douleurs peuvent revêtir le caractère de coliques vésicales intenses, de souffrances aiguës à exacerbations paroxystiques qui font, pour ainsi dire, le pendant de coliques néphrétiques, de coliques hépatiques ou de coliques gastriques par leur apparition soudaine et par leur brusque disparition et par l'acuité de la douleur. C'est ainsi que tout à coup, sans cause aucune, les malades éprouvent une douleur très vive dans la région du bas-ventre, douleur continue avec des exacerbations paroxystiques atroces à l'hypogastre avec irradiation vers l'urètre, le périnée, le rectum, s'accompagnant d'un ténesme des plus douloureux, de besoins impérieux d'uriner. Le malade fait alors des efforts plus ou moins considérables pour quelques gouttes d'urine seulement, lesquelles déterminent la sensation de brûlure du canal de l'urètre. Le phénomène dominant, dans ces cas-là, est l'intensité inouïe de la douleur, véritable crise horrible, et le malade se tord, fou de douleur.

Ces coliques durent un temps variable, depuis un quart d'heure jusqu'à un, deux et même quelquefois trois jours, puis elles s'apaisent soudain, comme par enchantement. Aussi ne faut-il pas s'étonner que ces coliques soient prises souvent pour autre chose que ce qu'elles sont réellement, soit pour des coliques néphrétiques, soit pour une cystite aiguë, soit pour une pierre dans la vessie. Des coliques de ce genre se rencontrent dans la période préataxique du tabes, sous la forme de crises passagères, séparées par des intervalles irréguliers, tantôt longs, tantôt courts.

En résumé, donc, le tabes peut avoir un début vésical et ce début peut se formuler dans les quatre propositions suivantes :

1° Ce sont très habituellement des troubles dans la fonction vésicale;

2° Ces troubles sont très variés de forme, les plus communs sont la paresse de la vessie; la pollakysurie se rencontre moins fréquemment; plus rares sont l'anesthésie et les coliques vésicales ;

3° Il se peut que des symptômes de ce genre soit l'exorde du tabes;

4° Dans tous les cas, ces symptômes sont souvent les premiers perçus par les malades s'ils ne sont pas les premiers en date, et peuvent révéler ainsi l'existence d'une affection non encore reconnue : de là l'importance de les diagnostiquer le plus promptement possible.

Après l'étude des troubles vésicaux de la période préataxique du tabes vient l'histoire du tabes à début génital. En effet, les troubles des fonctions génitales figurent aussi dans la période préataxique du tabes. Ces troubles sont multiples et assez différents pour pouvoir être classés en deux groupes : le premier, caractérisé par les symptômes d'une pseudo-excitation génitale; le second, au contraire, par des phénomènes de dépression génitale.

(1) Suite. — Voir le numéro du 20 novembre 1884.

Les premiers consistent : *a.* en une surexcitation passagère de l'appétence sexuelle ; *b.* en pollutions. Cet éréthisme vénérien chez les tabétiques existe réellement, mais il est assez rare et l'on a exagéré à tort sa fréquence. Ainsi, pour ma part, je ne l'ai rencontré que quatre fois sur 217 malades. Ils consistent en ce que, à un moment donné, les malades ont des érections beaucoup plus fréquentes que de coutume, érections qui ne sont motivées ni par des désirs ni par des besoins, érections nocturnes surtout, fatigantes et énervantes. J'ai vu ainsi des malades traverser toute une période d'éréthisme vénérien pendant laquelle ils avaient des érections à tout propos. Mais généralement ces périodes sont de courte durée, de quelques mois seulement. Elles présentent aussi deux phases : la première, dans laquelle les malades ont beaucoup d'érections utilisables ; la seconde, dans laquelle les érections sont absolument platoniques, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent faire face au coït. Puis cette période passe et est remplacée par la débilitation génésique.

Quant aux pollutions d'origine tabétique, c'est-à-dire l'émission involontaire du sperme avec ou sans érection, elles sont aussi presque toujours nocturnes. Elles se produisent à propos d'une émotion, d'une surprise, d'un mouvement précipité ; elles ont lieu par crises ou par accès. Ainsi les malades peuvent rester plusieurs mois ou plusieurs semaines sans en avoir ; puis, tout à coup, ils en ont plusieurs en quelques jours, voire même quelquefois 2, 3, 4 dans une seule nuit ; il semble alors qu'une pollution en appelle une autre. Ces pollutions, je le répète, ne répondent à aucun besoin, elles ne sont pas motivées, elles ne reconnaissent aucune cause : ni continence, ni excitations, ni rêves érotiques. Elles viennent même aussi après un coït qui a satisfait les désirs de l'individu. En somme, ce sont des pollutions à froid, sans surexcitation génésique, sans éréthisme vénérien. Elles sont un symptôme d'incontinence spermatique, comme l'écoulement d'urine est un symptôme de l'incontinence urinaire, les vésicules séminales se contractant pour évacuer le sperme qu'elles renferment comme la vessie l'urine qu'elle contient.

Ce phénomène est non seulement fréquent dans la période préataxique du tabes, mais il est quelquefois exordial, c'est-à-dire un phénomène de début. La conclusion pratique de tout cela, c'est qu'il est d'un intérêt majeur de bien connaître ces faits, d'en connaître l'origine de telle sorte que lorsqu'un médecin est consulté pour des pollutions ayant pour caractère de survenir par accès, avec insistance, sans être en rien motivées, sans cause, il doit aussitôt se méfier du tabes.

Voilà ce que j'avais à dire pour la pseudo-excitation génésique dont la fréquence est bien moindre que la débilitation ou la dépression génésique.

Le tabes conduit rapidement à cette dépression et à l'impuissance. Quelquefois même celles-ci sont le symptôme initial de la maladie. Elles consistent en ce que les érections normales sont de moins en moins fréquentes, de plus en plus difficiles, puis incomplètes, ébauchées, réduites enfin à une simple turgescence sans rigidité de l'organe, à une débilité virile de plus en plus grande, et les éjaculations, lentes d'abord, finissent par faire absolument défaut, puis l'impuissance devient définitive. Cette dépression génésique s'accompagne quelquefois de phénomènes particuliers curieux : 1° Ce sont des éjaculations rapides et prématurées dans la première seconde du rapport sexuel, quelquefois même avant tout rapport. Il est vrai que ce symptôme n'est pas absolument pathognomonique du tabes et qu'il se rencontre aussi chez certains névropathes, chez certains hypocondriaques. 2° C'est la perte du sentiment voluptueux dans les rapports sexuels : l'éjaculation devient indifférente au malade, parfois désagréable, voire même pénible, douloureuse.

Quoi qu'il en soit, d'après ce que je viens d'exposer, il y a une véritable atteinte au sentiment viril dans la période préataxique, quelquefois même dès le début du tabes. Certains auteurs se contentent de dire qu'il y a débilité génésique, mais ce n'est là qu'une partie de la vérité. Pour moi, il n'y a pas que la puissance virile d'altérée ; mais aussi les désirs et les besoins sont affaiblis. La preuve en est dans ce fait que des malades, jadis très ardents, restent, dès qu'ils sont sous l'influence du tabes, pendant plusieurs mois sans vouloir ou désirer même ébaucher le moindre rapport sexuel. Ainsi le tabétique peut moins et désire moins.

FISTULES URÉTRALES NON URINAIRES (1)

Par M. le docteur RELIQUET.

II

Dans l'observation que j'ai à relater maintenant, il s'agit de l'inflammation suppurée d'une glande périphérique à l'urètre, placée à la base de la verge, près du scrotum du côté gauche, suivie de fistule urétrale non urinaire, qui, en raison de l'état général du malade, a été très difficile à guérir.

OBS. III. — M. X..., environ trente ans, atteint d'une affection nerveuse qui nécessite l'usage quotidien du bromure de potassium à doses variables, grand, maigre, extrêmement impressionnable. A toujours eu le prépuce très étroit. La verge étant au repos, il lui était très difficile de découvrir le gland. A la suite d'un coït, datant de quinze jours, ce prépuce s'est gonflé, est devenu rouge. Son orifice laisse écouler une grande quantité de pus séreux. En écartant le plus possible le limbe gonflé de l'orifice prépucial, on voit le méat qui présente une échancrure transversale sur sa lèvre droite. Au palper on sent les tissus indurés au niveau du méat.

M. X... consulte son médecin en province, qui conclut à un chancre du méat. Devant cette échancrure transversale du méat dont je voyais les bords rouges et gonflés, je crus, moi aussi, à un chancre du méat. La surface lisse, quoique très rouge et sans trace d'érosion de muqueuse, me laissa un peu d'hésitation ; mais en réalité je crus à une ulcération. En dehors de la douleur produite par le contact de l'urine, il y avait un peu de gêne pour uriner ; le malade faisait un notable effort. En tous cas, je proposai immédiatement la circoncision.

A ce moment, à la base de la verge à gauche et en bas, à la naissance des bourses, il y a une tuméfaction profonde, grosse comme le pouce, globuleuse, sensible au toucher, sans adhérence à la peau, adhérente à la verge. Elle est le siège de douleurs pulsatiles. C'est un abcès.

Le 29 avril, la circoncision est faite. Immédiatement je reconnais qu'il n'y a pas de chancre. Le méat a la disposition congénitale suivante : il a la forme d'un T renversé ; le méat normal vertical tombe sur le milieu de la fente transversale. Le frein ne s'insère pas sur le milieu de cette lèvre inférieure transversale : il est de la placé en dehors de la ligne médiane, à gauche, presque au niveau commissure gauche.

Ce méat a ses bords rouges gonflés ; il s'en écoule du pus, mais en écartant ses trois lèvres, on ne voit pas d'ulcération.

Les jours suivants, le gonflement du méat et l'écoulement diminuent. Je vois sur la lèvre droite du méat, à 2 millimètres en

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 novembre 1884.

dehors, un petit orifice d'où semble sortir un liquide. Je comprime transversalement et je vois sortir par cet orifice une forte goutte d'un liquide blanc légèrement louche. Voilà une glande anomale ou tout au moins anomalement placée.

La plaie de la circoncision est pansée avec de l'eau phéniquée au 6/1000e. La cicatrisation marche très lentement, mais sans incident. Le malade prend toujours son polybromure.

La tuméfaction à la base de la verge augmente, devient de plus en plus douloureuse. Je l'ouvre, il s'écoule un demi-verre de pus avec quelques mucosités sans caractères particuliers. Je fais tous les jours des injections dans la cavité avec de l'eau phéniquée au 6/1000e. Jamais le liquide ne passe par l'urètre. Je maintiens avec soin de la charpie phéniquée dans l'orifice cutané, et après trois semaines la cicatrisation est complète.

Je croyais la guérison définitive malgré une légère tuméfaction limitée et périphérique aux corps spongieux, qui se continuait avec l'induration propre de la cicatrice de l'abcès, laquelle était très faible. Jusque-là, je croyais à un abcès périphérique de l'urètre non glandulaire.

Quatre jours après cette cicatrisation, la tuméfaction périphérique au corps spongieux qui existe sur une longueur de 2 centimètres, à partir de la naissance des bourses est plus forte, douloureuse à la pression. En la comprimant on fait sortir par le méat du pus assez liquide (ce qui ne s'était jamais produit en comprimant le premier abcès), il semble que ce pus arrive dans l'urètre près du méat.

Alors je fais dans l'urètre une injection, à grande eau, d'une solution d'eau boriquée au 40/1000e. Celle-ci revient absolument limpide, sans trace de grumeaux ou de filaments muco-purulents. Aussitôt l'injection faite, je comprime la tuméfaction périphérique du corps spongieux, et il sort par le méat le même pus, en tout semblable à celui fourni par la compression faite avant l'injection. Ainsi le liquide injecté dans l'urètre ne pénètre pas dans le foyer purulent.

Je tente l'action des balsamiques, qui reste sans résultat. Alors je mets le malade au rhum créosoté (7 grammes de créosote pour 500 grammes de rhum, une cuillerée dans un verre d'eau en mangeant).

Tous les jours je comprimais la tuméfaction qui se vidait par l'urètre, mais le lendemain tout s'était reproduit. Après quinze jours, voyant que les médicaments étaient sans action, je ne fis plus la compression, je ne vidai plus la tuméfaction par l'urètre. Le gonflement reparaît vite, il est surtout très marqué en avant de la cicatrice. Après quatre jours l'abcès s'ouvre spontanément tout contre cette cicatrice. Le 17 juin le liquide purulent qui s'en écoule n'offre pas de caractère particulier, sauf un peu d'odeur putride.

Je fais des injections avec de l'eau phéniquée au 6/1000e.

Le 19 février, j'engage dans la plaie un stylet qui remonte très haut en avant en longeant l'urètre, sans rencontrer d'obstacle. Je substitue à ce stylet une canule d'argent de même volume ; par elle j'injecte de l'eau phéniquée au millième, qui sort abondamment par le méat en entraînant des filaments et de petites masses de muco-pus.

Jamais l'urine n'a passé par la plaie.

Tous les jours je fais l'injection en me servant de la canule, et toujours le liquide passe en abondance par l'urètre, entraînant les mucosités purulentes.

Le 22 juin, je me borne à engager l'extrémité de la canule de la seringue dans l'orifice cutané, et le liquide pénètre et sort par l'urètre de la même façon.

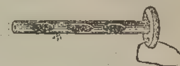
La tuméfaction des corps spongieux diminue de plus en plus, ainsi que la quantité de pus qui s'écoule.

Les tissus périphériques sont toujours très souples ; jamais l'urine ne passe par le trajet fistuleux.

L'ouverture cutanée est d'abord maintenue par une mèche de charpie imbibée d'eau phéniquée.

Le 27 juin, je mets un tube-drain en caoutchouc, que j'engage de 3 centimètres dans le trajet. Trois fois par vingt-quatre heures on fait des injections d'eau phéniquée par ce drain, qui toujours reviennent par l'urètre.

Les indurations périphériques aux corps spongieux diminuent de plus en plus, en même temps le trajet se rétracte. Je mets un drain d'un moindre diamètre, mais son calibre est insuffisant pour laisser sortir le muco-pus. Je le remplace, le 13 juillet par une canule (fig. 27) en argent, qui a 1 millimètre et demi de diamètre, présentant de larges yeux latéraux. Par elle on continue les injections qui, comme toujours, passent par l'urètre.


Fig. 27.

Bientôt le gonflement du trajet fistuleux périphérique à la canule diminue beaucoup. Le liquide des injections n'entraîne que très peu de muco-pus. La pression n'en évacue presque pas.

Mais ce n'était pas encore la guérison.

Le 16 juillet, il y a gonflement du côté droit de la verge, avec œdème du fourreau de ce côté. La pression sur ce gonflement ne fait rien sortir ni par la plaie ni par l'urètre.

Depuis longtemps je voulais faire supprimer ou tout au moins interrompre le bromure. Mais ce malade craignait beaucoup de voir reparaître ses accidents nerveux, dont il a eu plusieurs accès depuis que je le traite. M. le professeur Charcot, qui avait conseillé le bromure, voit le malade et permet d'interrompre le bromure.

Le 20 juillet, l'œdème du côté droit a diminué ; le gonflement est très limité et devient de plus en plus fluctuant et sous-cutané.

J'ouvre ce petit abcès le 21 juillet. Il en sort une mucosité purulente épaisse et filante. Je mets un petit bout de drain dans la plaie et je lave avec de l'eau phéniquée boriquée.

J'injecte dans ce nouvel abcès ce liquide, dont pas une goutte ne passe dans le trajet fistuleux ou dans l'urètre.

Le 22 juillet, du côté de l'ancien abcès, les tissus périphériques à la canule étant tout à fait souples, la cavité suppurante qui existe depuis si longtemps me semble réduite à un simple trajet. J'enlève la canule.

Le lendemain, 23 juillet, le trajet fistuleux est tout à fait fermé et le nouveau petit abcès de droite est près de s'oblitérer.

Il persiste un écoulement de muco-pus assez épais par l'urètre, qui en sort à des moments assez éloignés, sous la forme de petite masse.

En comprimant le gland pour faire sourdre sur la lèvre gauche du méat, par le petit orifice glandulaire anomalement placé, il ne sort qu'un liquide blanc clair.

Depuis le second abcès, pour lutter contre la sécrétion des glandes de l'urètre, le malade a pris constamment une cuillerée de rhum créosotée au 7/500e dans un verre d'eau, en mangeant, mais rien n'y a fait. Tant que le malade a été sous l'action du bromure, les sécrétions ont continué et les cicatrices ne se terminaient pas.

Ainsi voilà un fait où l'abcès d'une glande périphérique à l'urètre, anomalement placée en avant du scrotum, devient une fistule urétrale non urinaire, exactement comme dans le cas d'abcès de la glande de Cowper.

Ainsi il y a des fistules qui laissent passer le liquide injecté par l'orifice cutané jusque dans l'urètre et qui ne permettent pas à l'urine de passer de l'urètre dans leur trajet, dans leur cavité, et de sortir par l'orifice cutané.

Le fait d'une injection qui, poussée dans un orifice cutané du périnée, passe par l'urètre et remonte par le méat, ne permet plus de conclure à l'existence d'une fistule urinaire.

Mais comment cela existe-t-il ? A quel mécanisme est dû ce fait ?

Les glandes de Cowper ont un canal excréteur très long.

Ces glandes sont placées de chaque côté en arrière et au-dessus de l'extrémité du bulbe et au-dessous de la portion membraneuse de l'urètre. De leur face antéro-inférieure partent leurs conduits excréteurs ; les deux conduits

indépendants se dirigent en avant, traversent obliquement les couches externes de l'urètre, puis arrivent sous la muqueuse de ce canal, vont parallèlement en avant pour s'ouvrir sur la face inférieure de la cavité du bulbe, à des niveaux différents, mais presque toujours à 2 centimètres en avant de l'orifice du collet du bulbe. Comme le dit M. Sappey, les orifices de ces conduits excréteurs dans l'urètre, presque toujours indépendants, sont très petits, impossibles à voir sur la muqueuse.

D'après ces dispositions anatomiques, on comprend que tout ce qui dilatera l'urètre en distendant la cavité du bulbe comme l'urine, au moment de sa sortie pendant la miction, comprimera ces canaux dans toute l'étendue de leur trajet sous-muqueux, lequel a presque toujours 2 centimètres de long. De plus l'orifice très étroit n'est pas direct, il traverse la muqueuse obliquement. De là encore une nouvelle cause d'oblitération par la dilatation de l'urètre, la lèvre antérieure de l'orifice étant appliquée sur la postérieure par cette dilatation même.

De cette disposition anatomique il résulte que, dans l'état physiologique, l'urine ne peut jamais pénétrer dans les conduits excréteurs des glandes de Cowper, et que les produits de sécrétions de ces glandes n'est jamais évacué pendant que le jet d'urine passe par l'urètre, et que ce canal complètement passif, ayant ses parois complètement relâchées, est dilaté par la colonne d'urine.

Pour que le produit de ces glandes passe dans l'urètre, s'évacue, il faut que l'urètre ne soit pas distendu et que les masses glandulaires contenant la sécrétion soient directement comprimées. C'est justement ce qui arrive physiologiquement pendant l'érection et l'éjaculation, par la contraction de tous les muscles du périnée, et spécialement par celle des bulbo-caverneux qui, appliqués directement contre ces glandes, les compriment énergiquement sur le bulbe. Celui-ci est un excellent point d'appui étant gonflé et dur, étant en érection.

Dans les cas pathologiques, lorsque la glande est le siège d'une inflammation qui augmente sa sécrétion en dehors des fonctions génésiques, la distension des cavités glandulaires se produit, ce qui provoque une douleur locale bien déterminée, en même temps que le gonflement de la glande. C'est seulement dans ces conditions pathologiques qu'il est possible de sentir la glande par le palper, d'en déterminer le volume et la position exacte, surtout en explorant, l'indicateur étant dans l'anus et le pouce sur le périnée. Ainsi on saisit la glande malade et on en détermine très exactement sa position sur le côté du bulbe.

Très souvent la compression de la glande fait sortir par l'urètre le liquide qui la distend. Alors on voit un liquide muqueux, filant, épais, plus ou moins coloré en jaune, ou présentant des stries jaunes, ainsi que cela s'est produit chez mon malade (observ. II), pendant la lithotritie, avant le phlegmon qui nécessita l'ouverture avec le bistouri. Chez ce malade, il n'aurait pas été impossible de guérir la cowpérite, ainsi que j'en ai observé plusieurs faits, sans opérations, si les manœuvres obligées de la lithotritie n'étaient pas venues irriter la glande déjà enflammée et en provoquer le phlegmon.

Le liquide accumulé dans la glande de Cowper malade est aussi expulsé spontanément, en dehors du coït, mais toujours par la compression due à la contraction de tous les muscles du périnée et surtout à l'action des bulbo-caverneux. soit au moment du coup de piston de la fin de la miction, soit par la contraction spontanée de tous ces muscles en dehors de tout acte physiologique. Dans ce dernier cas, le liquide est évacué à un moment quelconque, — en marchant surtout, — par une contraction brusque de tout le périnée qui rappelle au malade une sensation analogue, quoique très éloignée, à celle d'une éjaculation. J'ai observé un malade où ces différents modes d'évacuation du liquide accumulé dans les glandes ont été très nets.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 novembre 1884. — Présidence de M. Alph. GUÉRIN.

CORRESPONDANCE

Elle comprend : 1° plusieurs communications relatives au choléra ; — 2° une lettre de M. Javal, qui se porte candidat dans la section de physique et de chimie ; — 3° une lettre de M. le maire de Puteaux qui, en son nom et au nom du Conseil municipal, remercie l'Académie de la décision qu'elle a prise relativement à l'épuration des eaux de la Seine, et qui concorde avec le vœu émis par le susdit Conseil.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Fonssagrives, mort du choléra à Auray.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements. La liste de présentation portait :

En première ligne, M. Charpentier ; en deuxième ligne, M. Pinard ; en troisième ligne, M. Budin ; en quatrième ligne, M. Ribemont-Dessaignes ; en cinquième ligne, M. Martineau.

Le nombre des votants étant de 79, la majorité est 40.

M. Charpentier obtient 76 suffrages et M. Martineau 3.

En conséquence, M. Charpentier est proclamé élu.

L'Académie procède à l'élection d'un vice-président.

Le nombre des votants étant de 79, la majorité est 40.

M. Bergeron obtient 73 suffrages ; M. Jules Guérin, 3 ; M. Noel Gueneau de Mussy, 2 ; M. Hérard, 1.

En conséquence, M. Bergeron est proclamé vice-président pour l'année 1884.

M. BERGERON remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui ont fait en l'appelant au fauteuil de la vice-présidence.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Galvanocautère à accumulateurs

Par M. le docteur Jules CHÉRON,

Docteur ès sciences, médecin de Saint-Lazare.

En 1821, Récamier et Pravaz utilisèrent, les premiers, les propriétés calorifiques du courant de la pile en faisant des tentatives de destruction du cancer utérin à l'aide d'un fil de platine porté au rouge. L'appareil ne prit une forme réellement pratique qu'à partir de 1854, époque à laquelle parut le premier ouvrage important sur la galvanocaustie thermique, dû à Middeldorpf, de Breslau.

Dès ce moment, la pile de Grenet et ses dérivés ouvrirent une ère nouvelle à ce moyen chirurgical.

De 1854 à 1874, l'instrumentation de la galvanocaustie thermique fit de remarquables progrès que vint enrayer la création du thermocautère du docteur Paquelin, application ingénieuse de l'élévation de température produite sur la mousse de platine par les vapeurs combustibles. La commodité de cet instrument, son faible poids et son peu de volume, ont séduit, à juste titre, les chirurgiens et les médecins, et malheureusement les grandes propriétés fondamentales de la galvanocaustie thermique ont été

laissées dans l'ombre. Cependant ce n'est qu'avec la galvanocaustie thermique qu'on peut placer le cautère à froid et le porter au rouge une fois en place. En outre, l'exiguïté des cautères galvaniques peut être poussée très loin, et les effets du rayonnement sont, par suite, réduits au minimum. De plus, le cautère galvanique peut prendre la forme d'une anse simple ou double et lui seul a de semblables propriétés. Enfin avec la galvanocaustie on peut obtenir une température plus élevée qu'avec aucun autre moyen. Il n'est pas jusqu'aux caractères de l'escarre faite par le galvanocautère qui ne différencient ce dernier du cautère actuel. En effet, d'après les expériences de M. Bœckel, que nous avons souvent répétées, l'escarre du galvanocautère est mince, dure, s'éliminant lentement, avec une zone inflammatoire presque nulle, pouvant même être cachée dans les cavités closes sans produire le moindre accident.

Pour pratiquer des opérations sur l'utérus, telles que l'ignipuncture, l'amputation du col, l'exérèse du cancer, le curettage de la cavité utérine, l'ablation des polypes fibreux, etc., l'emploi du galvanocautère est incomparable, tant au point de vue de la facilité opératoire que des résultats. Il y a donc lieu de ne pas abandonner un moyen aussi précieux, comme l'ont d'ailleurs compris quelques chirurgiens.

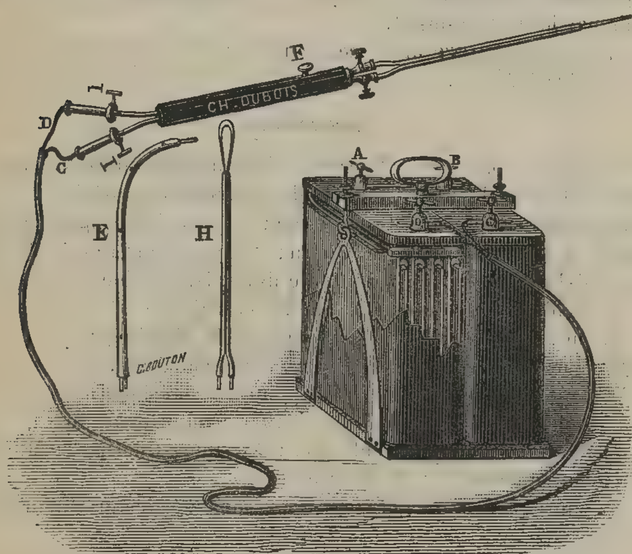


Fig. 28.

A. Accumulateurs dont la paroi antérieure est enlevée pour montrer la disposition des lames.
F. Pédale du manche porte-cautère.
E. H. Cautères.
D. C. Conducteurs dont les extrémités I I sont fixées au manche.

La première tentative d'application des accumulateurs électriques à la chirurgie fut faite par M. Trouvé, à l'aide de la pile secondaire de M. Planté, accumulateur en surface qui ne peut rougir qu'un petit cautère, tout au plus, pendant sept à huit minutes. La modification apportée à la pile secondaire de Planté par M. Faure, créateur des accumulateurs en profondeur ou à oxydes, en ouvrant une ère nouvelle aux applications industrielles de l'électricité, permet aujourd'hui de rendre à la galvanocaustie thermique la place qui lui est due (1). L'accumulateur Faure a subi des perfectionnements successifs qui ont eu pour résultat une capacité plus grande dans la puissance d'emmagasinement et une réduction de poids et de volume.

Un ingénieur fort distingué, M. Paul Gadot, nous a construit les accumulateurs qui représentent la partie active de notre galvanocautère. Une légère modification nous a permis de les rendre étanches, condition essentielle d'un appareil médical de ce genre.

Nous avons fait disposer par M. Ch. Dubois, constructeur d'instruments de chirurgie, ces accumulateurs dans une boîte avec les différents cautères. Il est facile de les en sortir, soit pour les employer, soit pour les recharger.

L'intensité du courant fourni par chacun de ces accumulateurs est de 20 ampères; la force électromotrice est de 2 volts 1/4 pour chacun d'eux. — Les cordons conducteurs, réunis dans une gaine de caoutchouc, ne sont ni lourds ni embarrassants comme les anciens cordons des piles à galvanocaustie.

Pour les opérations pratiquées sur l'utérus et pour la plupart de celles faites sur la peau, tumeurs, etc., il suffit de l'appareil à deux accumulateurs. Dans le cas de cautères ou d'anses de dimensions excessives, on se sert tout simplement de trois ou même de quatre accumulateurs réunis en tension. Pour la chirurgie des cavités telles que l'oreille, la gorge, le nez, un accumulateur est suffisant.

L'éclairage de ces mêmes cavités, si utile et si facile aujourd'hui depuis l'invention des lampes à incandescence, s'obtient aussi avec ces accumulateurs plus commodément qu'avec les piles au bichromate. A notre clinique et dans la pratique, nous éclairons le spéculum à l'aide d'un de ces accumulateurs qui peut entretenir une lampe à incandescence de deux bougies pendant dix heures en moyenne.

Quant à la durée de la décharge de ces accumulateurs, elle est inversement proportionnelle à la quantité d'électricité absorbée par le cautère employé. Les cautères ordinaires (flèche, couteau, anse galvanique) absorbent une quantité d'énergie électrique égale à 25 à 28 ampères-heure; l'accumulateur dont la puissance n'est que de 20 ampères-heure épuisera donc son approvisionnement en quarante à quarante-cinq minutes. Sauf des cas assez rares, il n'est pas d'opération dans laquelle l'emploi du courant galvanothermique ait une durée *effective* aussi longue. Rien n'empêche d'ailleurs, si les conditions opératoires l'exigent, de tenir en réserve un second groupe tout prêt.

Dans le cas de l'éclairage médical, la lampe n'ayant besoin pour fonctionner que d'une énergie s'élevant à peine à 1 ampère-heure, la durée de la provision électrique sera, on le voit, de dix à vingt heures selon que l'on emploiera 1 ou 2 accumulateurs.

On sait que l'énergie de la pile chirurgicale au bichromate de potasse se proportionne à l'immersion plus ou moins grande des lames, zinc et charbon, dans le liquide actif. Il n'en est plus de même pour l'accumulateur dont la décharge est sensiblement uniforme du commencement à la fin. Or, la température chirurgicale par excellence étant celle du rouge sombre, on doit s'attacher à maintenir les cautères à ce degré-là.

Cette condition, facile à remplir, comme nous le disions plus haut, avec les piles au bichromate, ne peut guère s'obtenir avec les accumulateurs que des deux manières suivantes :

1° Soit à l'aide d'un rhéostat. — Cet instrument est surtout utile dans le cas où l'on a une faible énergie à développer; tel est le cas des petits cautères ou de la lampe médicale. Dans le cas des grands cautères, nous lui préférons l'appareil suivant qui ne permet aucune transformation inutile du courant.

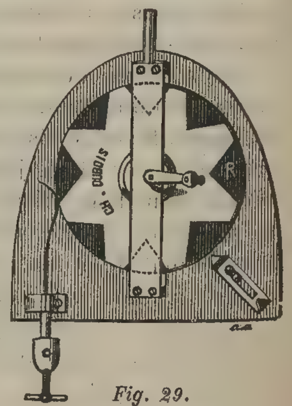


Fig. 29.

2° Une roue analogue à la roue de Masson est intercalée dans le circuit dans la boîte et, sa rotation plus ou moins rapide modérant plus ou moins l'écoulement du courant, on maintient de la

(1) Un otologiste de Bruxelles, M. Bayer, dans une communication au congrès de Copenhague, a fait ressortir les avantages qui pourraient résulter pour la médecine et la chirurgie de l'emploi des accumulateurs. Seulement les accumulateurs dont il a préconisé l'usage sont d'un poids double de ceux que nous employons. Il ne donne d'ailleurs aucun détail relativement à leur emploi et à la durée de leur débit.

Dans une note antérieure, M. Bayer rapporte une expérience faite par lui, à l'aide d'un accumulateur Faure du poids de 8 kilogrammes, d'après laquelle cet appareil ne semblerait pas bien supérieur en débit à l'accumulateur de M. Planté.

sorte les cautères à la température voulue (rouge sombre, rouge cerise, rouge blanc, etc.).

Quand les accumulateurs ont épuisé leur provision, la recharge peut se faire de deux façons :

1° Soit à l'aide des machines dynamo-électriques, chez le fabricant d'accumulateurs ; 2° soit, dans le cabinet du praticien, à l'aide de trois ou quatre éléments de pile d'une force électromotrice un peu supérieure à celle des accumulateurs et d'un débit moyen de 12 ampères-heure par kilogramme de plaque.

Nous avons créé un dispositif commode et durable en faisant usage de la pile au sulfate de mercure. Afin que cette note ne prenne pas des dimensions trop considérables, nous nous proposons d'en faire le sujet d'une communication ultérieure.

En résumé, le galvanocautère à accumulateurs, tout en conservant toutes les propriétés de la pile à galvanocaustie thermique, fait disparaître ses plus graves inconvénients. Il n'est pas douteux que l'avenir de ce remarquable moyen chirurgical réside tout entier dans l'utilisation bien comprise des accumulateurs.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Depuis notre dernier numéro, le mouvement des hôpitaux civils de Paris touchant l'épidémie nous donne les chiffres suivants pour les journées du 23 et du 24 novembre réunies :

Entrées : 27 malades, 13 hommes et 14 femmes. Décès : 21, dont 11 hommes et 10 femmes. Malades sortis guéris, 42 : soit 28 hommes et 14 femmes. Aucun cas intérieur n'a été constaté. Restent en traitement, dans les divers hopitaux civils de Paris, 185 malades.

— La première épreuve du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central vient de finir.

Seuls ont été admis à subir la seconde épreuve : MM. les docteurs Ballet, Barié, Bourcy, Brault, Brocq, Bruchet, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Jean, Josias, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Leduc, Leroux, Liandier, Lorey, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Netter, Renault, Robin, Siredey, Talamon et Variot.

— A la suite d'un brillant concours M. Charles Walther a été nommé prosecteur des hôpitaux de Paris.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. le docteur Simon, ancien préparateur de thérapeutique, est nommé chef de clinique médicale.

— Le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 24 novembre 1884, vient d'approuver les plans et projets de l'installation d'un amphithéâtre pour le service de la clinique chirurgicale, à la Charité. Le projet présenté par l'administration consiste à approprier à cette destination le premier et le deuxième étages du bâtiment en façade sur la rue Jacob, à gauche de l'entrée. La dépense est évaluée à la somme de 23,194 fr. 94 c., imprévus et frais d'agence compris.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux, commencera le dimanche 30 novembre 1884, à neuf heures du matin, des conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses par la métallothérapie, 9, rue de Chanaleilles, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17049.

N° 138. — SAMEDI 29 NOVEMBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 29 NOVEMBRE 1884. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr.	». — 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Syphilis cardiaque et rénale. — Du pansement après les tailles périnéales. — Des injections hypodermiques d'eau de mer albumineuse chez les cholériques. — Goitre sarcomateux énorme; extirpation; guérison parfaite pendant plus de trois ans, puis récidive du sarcome dans la cicatrice; nouvelle extirpation et guérison. — Société de Chirurgie. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Syphilis cardiaque et rénale.

Un homme, âgé de quarante-sept ans, est entré dans le service de la clinique médicale de l'hôpital Necker, pour une affection légère en apparence, mais grave en réalité, et par sa complexité et par sa nature même. Cet homme est malade depuis quatre ans et demi environ; il est entré à plusieurs reprises dans différents hôpitaux pour des malaises ou des troubles divers, probablement analogues à ceux qui l'ont amené dans le service.

Il y est entré avec de la courbature, des douleurs de reins, de la toux avec expectoration filante, mais sans fièvre. Le pouls est peu fréquent, mais un peu tendu. A l'exploration on constate que le cœur est un peu gros, sa pointe bat un peu au-dessous de la sixième côte, mais avec une médiocre intensité. Le premier temps est précédé d'un léger bruit de souffle.

Dans les poumons, on trouve peu de chose, quelques râles muqueux disséminés seulement. L'appétit est conservé; les garde-robes sont normales. Enfin il porte sur une jambe une cicatrice profonde, adhérente, nacrée, qui a tous les caractères d'une ancienne syphilide; et aux bourses le reste d'une épididymite. Cet homme, questionné sur ce point, répond qu'il a eu effectivement la vérole, il y a environ une quinzaine d'années, et qu'il a été soigné à plusieurs reprises depuis cette époque, à l'hôpital Saint-Louis, pour cette affection. Ses urines, examinées, sont pâles, limpides et contiennent une petite proportion d'albumine.

De l'ensemble de ces symptômes il résulte que cet homme présente en même temps une affection rénale, plus un léger degré d'hypertrophie du cœur, sans lésions d'orifices.

Quel rapport peut-on établir entre ces trois états morbides, l'affection rénale, l'affection cardiaque et la syphilis dont ce malade a été atteint? C'était ce qu'il s'agissait de chercher.

L'étude et la solution de ce problème pathologique ont fait le sujet de l'une des leçons cliniques de M. le professeur Potain.

Un syphilitique n'est pas exempt de lésions cardiaques; par conséquent le fait seul de la coïncidence ne suffirait pas ici à résoudre la question. Quelles sont les lésions que la syphilis détermine dans le myocarde? Existe-t-il des caractères qui permettent de différencier les végétations du myocarde syphilitique de celles qui ne le sont pas?

On a décrit deux sortes de lésions syphilitiques du myocarde se présentant sous les formes anatomiques diffuse et circonscrite que l'on a rencontrées dans les muscles de la vie animale. Mais ces deux formes se montrent parfois réunies.

La myocardite syphilitique diffuse, suivant M. Lancereaux, accompagne presque toujours les dépôts gommeux du cœur. Il rapporte à l'appui un cas observé par Virchow, présentant à la fois une myocardite gommeuse du cœur droit et une myocardite simple du ventricule gauche. M. Lancereaux a observé lui-même cette altération diffuse en l'absence de dépôts gommeux; elle était caractérisée par la présence d'un tissu fibreux blanchâtre, parsemé sur quelques points de taches jaunâtres, formant dans la paroi ventriculaire des intersections jusqu'à un certain point comparables à celles qu'on voit dans quelques muscles. Le cœur était augmenté de volume.

La myocardite gommeuse se distingue des autres lésions cardiaques non syphilitiques, de celles qui sont d'origine rhumatismale, par exemple, en ce que ce sont les parois des cavités du cœur qui en sont le siège habituel, les valvules et les orifices restant le plus souvent intacts.

La myocardite gommeuse, surtout quand il s'y ajoute une myocardite diffuse, contribue à l'augmentation du volume du cœur par l'épaississement de la paroi ventriculaire et par la dilatation consécutive du ventricule lésé (voir *Traité historique et pratique de la syphilis*, par E. Lancereaux, 1874).

C'est ce dernier effet seul qui est bien appréciable chez le malade de M. Potain. On comprend combien pendant la vie il est difficile d'évaluer et d'apprécier le siège exact et l'étendue de ces lésions, qu'on ne peut que soupçonner seulement. C'est le rapprochement de l'hypertrophie cardiaque, avec absence de lésions manifestes des valvules et des orifices, de l'affection syphilitique et la coïncidence de sa première apparition avec les manifestations de la période tertiaire de la syphilis, qui a fait naître dans l'esprit de M. Potain les premières présomptions en faveur de ce diagnostic.

Une autre circonstance vient en quelque sorte corroborer ce diagnostic, en mettant en présence une deuxième lésion concomitante, dont l'origine syphilitique est tout aussi probable : c'est l'affection rénale dont il a été question

plus haut. On a déjà vu que cet homme émettait des urines pâles, décolorées, albumineuses. Ajoutons ici qu'il éprouve de fréquentes envies d'uriner, au point qu'il est obligé de se lever plusieurs fois la nuit; et il ne s'agit pas ici, qu'on le remarque, d'un fait de sénilité, cet homme n'ayant que quarante-sept ans. On ne peut non plus invoquer un rétrécissement urétral qui n'existe pas; le malade urine d'ailleurs facilement et sans douleur. Il existe manifestement chez lui une néphrite catarrhale ou interstitielle.

Étant donné que l'hypertrophie cardiaque pouvait être rapportée à la syphilis et que cet homme était en même temps atteint de néphrite, était-on suffisamment fondé à rattacher cette dernière à la même origine? M. Potain ne s'est pas cru autorisé à affirmer cette relation d'une manière formelle; mais il la considère comme très probable.

Si nous consultons encore sur ce point les auteurs qui ont étudié spécialement ce point de pathologie, notamment Rayer, Freerichs et M. Lancereaux, également cités par M. Potain, nous trouverons déjà de nombreuses présomptions en faveur de cette relation. L'influence de l'affection vénérienne constitutionnelle sur les lésions rénales avait paru si frappante à Rayer, malgré les difficultés suscitées par la complexité fréquente des causes, qu'il n'avait pas hésité à attribuer, au moins en grande partie, le développement de la maladie des reins à la cachexie vénérienne.

Freerichs a reconnu que les individus atteints de syphilis sont fréquemment frappés d'albuminurie. Pour M. Lancereaux, le problème est complexe et souvent embarrassant. « Tantôt, dit-il, on voit se déclarer l'albuminurie chez des personnes qui ont été en puissance de syphilis, sans qu'il y ait de liaison directe ou du moins nettement établie entre la maladie générale et l'albuminurie; tantôt, au contraire, l'affection rénale revêt des caractères qu'il est difficile, sinon impossible, de ne pas rattacher à la syphilis. » Elle se manifeste alors sous les mêmes formes anatomiques, diffuse ou circonscrite que l'on rencontre dans d'autres organes, dans le foie ou dans le cœur, par exemple.

Mais si l'anatomie pathologique du rein syphilitique est faite ou à peu près, il s'en faut que le diagnostic en soit facile.

On comprend, en effet, combien le diagnostic doit être difficile à préciser, en raison des difficultés de l'exploration du rein. Les symptômes par lesquels elle peut se traduire sont eux-mêmes très vagues, ne consistant le plus souvent qu'en une albuminurie en général peu intense, comme elle l'est dans le cas de cet homme, s'accompagnant ou non d'un peu d'anasarque, ce qui n'a pas lieu ici. Mais malgré ces difficultés, et bien que la néphrite chez ce malade ne parût se distinguer par aucun caractère spécial des néphrites communes, vulgaires, considérant aussi que, d'après les statistiques, la proportion de néphrites d'origine syphilitique par rapport aux autres était d'environ un tiers, M. Potain a pensé qu'on était fondé ici à la considérer comme probablement liée à la syphilis, au même titre que la lésion cardiaque.

Il ne reste plus, pour confirmer ce diagnostic, que le contrôle ou l'épreuve par le traitement antisyphilitique, véritable pierre de touche. C'est ce qui va être fait. Mais le traitement dans ce cas doit être énergique, à doses élevées et longtemps continué pour être efficace. Ce malade va être soumis, en conséquence, à l'usage des frictions mercurielles et de l'iodure de potassium et au régime lacté.

Sans doute, la médication mercurielle et iodurée amenant parfois la guérison d'affections autres que l'affection syphilitique, l'épreuve pourrait n'être pas rigoureusement décisive. C'est, dans ce cas, une question de temps. Si, sous l'influence de la médication, les phénomènes morbides sont promptement modifiés, on aura une présomption de plus en faveur de l'origine syphilitique. Mais en admettant même qu'on obtienne en peu de temps cette modification favorable, est-on fondé à espérer chez ce malade une guérison complète, aussi complète du moins qu'il est permis de l'espérer en pareille circonstance?

Il y a dans la science des exemples de guérison. MM. Lancereaux, Lorain, Fournier, en ont rapporté. Le pronostic, bien que grave en soi à cause de l'importance fonctionnelle des organes atteints, le malade se trouvant placé entre les dangers d'une asystolie d'une part et ceux d'une urémie de l'autre, est cependant un peu atténué ici par les chances de succès possible du traitement spécifique.

D'un autre côté, les lésions soit du cœur, soit des reins, ne sont-elles pas trop avancées déjà pour que ce traitement puisse en enrayer les progrès et les réintégrer dans un état fonctionnel à peu près normal?

C'est ce que nous apprendra l'avenir.

Du pansement après les tailles périnéales.

La question du pansement dans les différentes tailles périnéales n'a cessé de préoccuper les chirurgiens. Les plus habiles ont eu de ce fait des mécomptes, quelle que fût la méthode employée. Pendant l'exposition de 1878, Lister, de passage à Paris, avouait ses tentatives infructueuses dirigées dans le but d'appliquer la méthode antiseptique à la lithotomie sous-pubienne. C'est à ce desideratum que répond, ce nous semble, le procédé de pansement que nous allons décrire, d'après une note très intéressante qui nous est communiquée par M. le docteur P. Portalier.

Rappelons tout d'abord en quelques mots l'observation du malade sur lequel nous l'avons vu appliquer.

Il s'agit d'un homme de soixante ans, de bonne constitution, le nommé J. F..., employé au ministère des finances. Cet homme est adressé, dans le courant d'octobre 1884, à la clinique de la rue Christine, par M. le docteur Delaunay. Il présente les symptômes rationnels d'un calcul vésical. L'exploration directe, au moyen de la sonde à brusque courbure, permet en effet de reconnaître la présence dans la vessie d'une pierre plate, à peu près circulaire, mesurant environ quatre centimètres dans tous ses diamètres. Ce calcul repose à plat sur le bas-fond vésical, en arrière du sommet du trigone. Il est défendu en quelque sorte contre le bec des sondes et les mors du lithotriteur par les deux lobes latéraux, hypertrophiés, de la prostate, lesquels font saillie dans la cavité vésicale. La taille est décidée et M. le docteur Mallez pratique, le 22 octobre, la taille prérectale par la méthode dite de Nélaton, avec toutes les précautions antiseptiques usitées.

L'extraction du calcul se fit assez rapidement malgré la circonstance anatomo-pathologique que nous venons de signaler et qui rendait difficile le chargement de ce calcul. La perte de sang qui accompagna l'opération fut peu considérable. Une sonde de gros calibre fut introduite par la plaie dans la vessie, dont on fit immédiatement le lavage à l'aide d'injections boriquées. Dès la seconde injection le liquide ressortait assez clair pour que le pansement définitif pût être appliqué.

Voici ce pansement tel que l'a imaginé M. le docteur Jardin :

On prépare à l'avance quinze à dix-huit petites éponges de la grosseur d'une aveline, et on les fixe le long d'un fil à un centimètre environ de distance les unes des autres. L'ensemble de la série de ces éponges ainsi attachées figure un chapelet ou une queue de cerf-volant. Chaque éponge a été trempée dans la solution forte phéniquée, puis bien exprimée.

Avec les deux ou trois premiers doigts de la main droite on introduit les éponges l'une après l'autre le long de la sonde au fond de la plaie où le doigt indicateur de la main gauche les guide et les tasse successivement autour de la sonde jusqu'à ce que toute la plaie en soit bourrée. On laisse à l'extérieur une dernière éponge qui s'applique sur les lèvres mêmes de l'incision périnéale. Ces éponges, comprimées par les parois de la plaie, offrent le double avantage d'une part de fixer la sonde qu'elles isolent, en l'embrassant de tous côtés, et d'autre part, d'agir comme agent hémostatique des plus sérieux par le fait de la pression excentrique douce et continue qu'elles exercent sur toute la surface de la plaie et par le contact intime avec cette même surface saignante de la solution forte phéniquée dont elles ont été imbibées. Plusieurs larges couches de ouate phéniquée ou salicylée, au centre desquelles on a percé un trou destiné à livrer passage à l'extrémité externe de la sonde, sont ensuite appliquées sur le périnée et maintenues en place, par un bandage en T. Les résultats de ce pansement sont les suivants :

Les lois de l'antisepsie la plus sévère sont observées. Il ne se produit d'écoulement sanguin ni au dedans de la plaie ni au dehors. Le malade n'accuse point de ténesme. La sonde à demeure est parfaitement maintenue fixée dans la vessie, qu'il est facile au chirurgien de vider et dont il peut faire le lavage à volonté. Enfin on évite l'irritation de la plaie par le suintement de l'urine.

Le pansement ouaté est changé tous les jours, et c'est généralement dans le courant de la troisième journée après l'opération que les éponges sont enlevées ainsi que la sonde. L'enlèvement des éponges est des plus faciles. En tirant doucement celle qui pend hors de la plaie, on entraîne toutes les autres. S'il en est une qui résiste, il suffit, pour la décoller, de l'imbiber d'eau phéniquée tiède. Tel est le mode de pansement qui a été employé pour le malade qui fait le sujet de cette observation. Cet homme est aujourd'hui guéri.

On objectera que, dans ce cas particulier, le succès de cette méthode de pansement peut à la rigueur s'expliquer par les faibles dimensions de la plaie opératoire, le calcul, nous l'avons vu, étant d'assez petit volume, et que tout autre pansement eût sans doute de même réussi ou que ce même pansement eût échoué comme tant d'autres si la plaie avait présenté une plus grande étendue. Mais les chirurgiens qui usent depuis des années déjà de ce procédé, l'ont employé avec un succès égal dans tous les cas de taille périnéale, avec des incisions de 5 et de 6 centimètres, pour des calculs beaucoup plus volumineux que celui dont il est ici question.

Nous disons donc, en terminant, qu'il est aujourd'hui permis de juger de cette méthode, non pas sur quelques faits heureux isolés, mais sur les résultats, favorables pour la plupart, fournis par la statistique déjà longue de deux chirurgiens expérimentés.

Des injections hypodermiques d'eau de mer albumineuse chez les cholériques.

A propos de la communication que M. le professeur Hayem vient de faire à l'Académie de médecine sur les injections intra-veineuses d'eau salée qu'il a pratiquées aux cholériques de son service, MM. A. Bottard, P. Vallin et A. Caron nous adressent la note suivante :

« Délégués par l'administration préfectorale pour soigner les cholériques à Yport (Seine-Inférieure), nous avions songé aux injections d'eau salée, mais il fallait nous préoccuper du mauvais esprit d'une population à demi sauvage qui n'aurait pas manqué de considérer nos insuccès comme des fautes et nous aurait accusés de tuer les malades. De plus, nous n'avions à notre disposition que la seringue de Pravaz. Aussi avons-nous modifié nos projets.

Au lieu de faire des injections intra-veineuses d'eau salée, nous avons fait des injections hypodermiques de la solution suivante :

Eau de mer filtrée. . . .	100 grammes.
Blanc d'œuf. . . . . Nº	1.
Sulfate de soude.. . . .	0gr,50.

Battez et filtrez. (Formule A. BOTTARD.)

Voici comment nous avons procédé :

Le liquide était injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres à l'aide de la seringue de Pravaz ; nous nous servions simultanément de cinq canules.

Comme la résorption se faisait rapidement, nous pouvions, par la même canule, restée en place, injecter la valeur de trois ou quatre seringues au même endroit. La quantité injectée chaque fois était de 50 grammes. On répétait l'opération jusqu'à trois ou quatre fois dans la journée.

Nous avons expérimenté sur cinq malades, tous dans un état excessivement grave. Dans deux cas, les injections ont été faites, pendant la période algide, sur des personnes d'une mauvaise constitution et débilitées par la misère et les privations de toutes sortes ; dans un autre cas, il s'agissait d'un vieillard alcoolique, athéromateux, usé ; l'injection a été faite au début même de la maladie. Enfin, dans les deux autres cas, les injections ont été faites, à la fin de la période algide, sur des malades alcooliques qui étaient dans un état d'adynamie très prononcé. — De ces cinq malades, les deux derniers ont guéri, les autres ont succombé. Mais il faut noter que, chez tous, les injections ont produit une amélioration très sensible.

Les indications qui nous déterminaient à intervenir sont, entre autres, la faiblesse du pouls et la sécheresse de la langue. Les effets étaient très prompts à se produire. Une demi-heure après l'injection de 50 grammes de notre solution, le pouls reprenait de la force et la langue devenait humide ; le malade ressentait un fourmillement général et accusait une sensation de bien-être et de chaleur. — Nous n'avons rien remarqué de particulier au sujet de l'influence de ces injections sur la diarrhée, les vomissements ou les crampes.

L'effet ainsi produit était passager, et lorsqu'il avait cessé de se produire, nous recommencions l'opération : le même résultat se reproduisait. La quantité totale de sérum artificiel (1), ainsi injecté, a varié de 100 à 200 grammes par jour : quantité minime, il est vrai, si elle est comparée à celle

(1) Le sérum artificiel ne saurait être conservé d'un jour à l'autre.

injectée par M. Hayem dans les veines. Mais aussi ne faut-il pas attribuer une partie des bons effets produits à la présence de l'albumine dans le liquide injecté?

Nous n'avons eu à observer aucun accident à la suite de ces piqûres.

Aussi, étant donné d'une part les heureux résultats obtenus, d'autre part l'innocuité et la simplicité de l'opération, nous conseillons ces injections, mais en se réservant d'opérer à la fin de la période algide, au moment où les malades entrent dans cet état d'adynamie profonde qui suit une réaction incomplète et qui est souvent le prélude de la mort. Dans les deux cas excessivement graves que nous avons traités de la sorte, nous attribuons, en grande partie, à nos injections, la guérison de nos malades.

GOITRE SARCOMATEUX ÉNORME

EXTIRPATION. — GUÉRISON PARFAITE PENDANT PLUS DE TROIS ANS. — PUIS RÉCIDIVE DU SARCOME DANS LA CICATRICE. — NOUVELLE EXTIRPATION ET GUÉRISON.

Par M. le docteur Eug. Boeckel
chirurgien de l'hôpital civil de Strasbourg.

Les sarcomes développés dans la glande thyroïde ne sont pas très fréquents ; mais ce qui est plus rare, c'est qu'après l'extirpation d'un sarcome la guérison se maintienne parfaite en apparence pendant plus de trois ans et que la récidive survienne encore au bout de ce laps de temps.

C'est à ce titre que je fais connaître cette observation.

Déjà, en 1879, j'ai publié, dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 15 octobre, une observation de sarcome de la thyroïde guéri par l'extirpation, mais suivi, peu de mois plus tard, de métastase pulmonaire.

M. Tillaux et d'autres chirurgiens ont publié également des observations de sarcome, sans toutefois nous faire connaître le sort ultérieur de leurs opérés.

Observation. — Mme G..., de Thann, âgée de quarante-huit ans, encore réglée, mère de plusieurs enfants, est d'une bonne constitution, mais d'un tempérament très lymphatique.

D'après les renseignements fournis par son beau-frère, médecin lui-même, elle porte un goitre depuis plus de dix ans, et y éprouve de temps à autre, des exacerbations qui le font brusquement augmenter de volume. Il se produit alors une forte tension du cou, des battements violents dans les carotides, un certain degré d'exophtalmie, de la perte d'appétit et de l'amaigrissement.

Ces crises durent de cinq à six jours, puis les accidents se calment petit à petit, mais chaque fois le lobe gauche de la glande thyroïde reste un peu plus gros qu'avant l'accès.

Le professeur Schützenberger, et plus tard le professeur Brouardel, de Paris, considérèrent cette affection comme une espèce de goitre exophtalmique. Les préparations iodées sous n'importe quelle forme ne furent jamais supportées; on administra le bromure, l'arsenic, mais le seul traitement qui produisit quelque amélioration fut l'hydrothérapie.

En novembre 1880, après les fatigues d'un déménagement de Paris à Mulhouse, le goitre augmenta, de nouveau, beaucoup de volume. La malade alla consulter un professeur qui manipula assez rudement la tumeur et déconseilla toute intervention, y compris les injections iodées.

Dès le surlendemain de cette exploration un peu violente, la circonférence du cou avait augmenté de 4 centimètres. Il survint des douleurs, de la difficulté dans la déglutition, et la voix faiblit.

En février 1881, il se déclare de la fièvre allant jusqu'à 39°,8 le soir; en même temps les téguments du cou s'empâtent et rougissent légèrement. Le docteur Kœchlin, de Mulhouse, soupçonnant un foyer purulent, fait une ponction exploratrice qui reste négative. Il me conduit alors la malade à la maison des diaconesses de Strasbourg, où je la vois, le 3 mars, dans la matinée.

L'examen fait voir que le cou est occupé par une énorme tumeur arrondie, lisse, qui est enclavée entre le maxillaire inférieur et la clavicule gauche, au point de restreindre beaucoup l'ouverture de la bouche. Elle est plus saillante à gauche qu'à droite, recouvre le larynx qu'on ne peut sentir, mais laisse néanmoins la respiration assez libre, sans cornage. Par contre, elle gêne beaucoup la déglutition, principalement des liquides, tandis que les purées passent mieux. Elle mesure 14 centimètres de haut sur 18 de large ; sa consistance est élastique, presque fluctuante sur quelques places ; peu de douleur à la pression. Les téguments qui la recouvrent sont rosés, empâtés et laissent voir des veines dilatées, notamment la jugulaire externe. La carotide gauche est refoulée au bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien, où on la voit battre.

En raison du volume de la tumeur, qui gêne déjà la déglutition et qui pourrait menacer la respiration d'un instant à l'autre; en raison aussi de la forte fièvre existant depuis une quinzaine de jours et des indices de suppuration intérieure, je me décide à tenter l'extirpation le même jour. L'incision large, qui seule pourrait entrer en parallèle, me paraît au moins aussi grave que l'extirpation et beaucoup moins sûre dans ses effets.

Opération le 3 *mars* 1881, à deux heures de l'après-midi, avec l'aide des docteurs Kœchlin et Frey ; M. Kaltenthaler est chargé de l'anesthésie qui s'obtient facilement.

Je commence par mettre la veine jugulaire externe à nu, à un centimètre au-dessus de la clavicule gauche, et je la coupe entre deux ligatures. De là, l'incision remonte le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien gauche et se recourbe sous l'angle de la mâchoire jusqu'à l'artère faciale. De l'autre côté, l'incision est conduite à travers la fourchette sternale et remonte de 3 centimètres le long du sterno-mastoïdien droit, circonscrivant ainsi un vaste lambeau qu'on dissèque et relève en y comprenant tous les muscles de la région. Les vaisseaux divisés sont liés ou pincés. La tumeur est alors largement à nu ; à son bord postérieur on voit la veine jugulaire interne grosse comme le pouce. Une dernière enveloppe, fortement œdématiée, et constituée sans doute par du tissu thyroïdien, est coupée à un centimètre de cette veine ; et l'on tombe sur une surface lisse qui se laisse assez facilement énucléer avec le doigt, après ligature des artères thyroïdiennes déjà divisées en branches assez nombreuses.

La tumeur se détache aisément du larynx; un petit prolongement sort de derrière la fourchette sternale. Elle représente un ovoïde assez régulier, à surface intacte, mesurant 12 centimètres dans son plus grand diamètre, sur 11 et 10 dans les deux autres. La plaie qui reste est anfractueuse; on excise une petite portion de l'enveloppe pour la faire examiner. Puis la cavité est lavée à la solution phéniquée forte et le lambeau refixé en place par des sutures qui comprennent les muscles et entre lesquelles on introduit trois tubes à drainage. — Pansement antiseptique compressif avec interposition d'une éponge, fortement serrée au moyen d'une bande amidonnée, afin d'appliquer bien exactement le lambeau dans toute l'étendue de la plaie. La malade a perdu très peu de sang.

Sur la coupe, l'intérieur de la tumeur est en voie de fonte putride, de couleur grisâtre. Examinée par le professeur de Recklinghausen, elle est formée par des amas de grandes cellules, qui occupent la place des alvéoles. Au centre, il y a un tissu réticulaire rempli par ces mêmes cellules. Dans l'enveloppe, on reconnaît distinctement le tissu thyroïdien, avec des alvéoles remplies de matière colloïde sans traces de néoplasme.

Diagnostic histologique : sarcome de la glande thyroïde.

Le 4 *mars,* à quatre heures du matin, la malade se réveille avec de l'oppression et des râles trachéaux ; elle se plaint que son bandage est trop serré. Effectivement, quand on l'a enlevé et remplacé par un autre moins compressif, ces accidents disparaissent et la journée est bonne ainsi que la nuit suivante.

La température, qui était de 39°,8 avant l'opération, tombe le même soir à 38°,4, chiffre qu'elle ne dépasse plus et qui oscille à partir du quatrième jour entre 36°,8 et 37°,8.

La guérison de la plaie se fait à peu près sans suppuration et sans autre incident que de l'anorexie et de la diarrhée.

Le 13 *mars*, dixième jour, le lambeau est soudé et bien affaissé dans ses trois quarts supérieurs. Il est encore induré le long de la clavicule, où se trouvaient les tubes.

Le 17 *mars*, quatorzième jour, le cou est redevenu tout mince, la suppuration réduite à quelques gouttes provenant des trajets des tubes.

Vers la fin du mois, l'opérée rentre chez elle parfaitement guérie.

Pendant les trois années suivantes, je la revis de temps à autre, et constatai la bonne santé générale et l'absence de récidive. Le cou était même resté déprimé à la place occupée jadis par la tumeur et la cicatrice de la grande incision très peu apparente.

A la fin de *mai* 1884, Mme G... s'aperçut subitement, en passant la main sur son cou, de l'existence d'une nouvelle tumeur, grosse comme une petite noix et située à 3 centimètres au-dessous de la clavicule sous l'ancien lambeau.

La terreur d'une opération l'empêcha de me consulter avant la fin de juin; il n'y avait cependant qu'un conseil à donner, c'était d'enlever le mal le plus vite possible.

L'opération fut pratiquée le 12 *juillet* 1884, à la maison des diaconesses, avec l'aide de MM. les docteurs Faudel et Kestner.— Par une incision à lambeau concentrique à la première, mais beaucoup plus petite, je mets la tumeur à nu et je l'énuclée, à coups de bistouri, du tissu cicatriciel auquel elle adhère fortement. La plaie est suturée et guérit en quelques jours par première intention.

La tumeur a le volume d'un petit œuf de poule, limité par une enveloppe fibreuse. Le professeur de Recklinghausen lui trouve, en général, une structure analogue au néoplasme primitif, sauf qu'il n'y constate aucune trace de tissu thyroïdien. Par contre, on y rencontre quelques cavités rondes, à parois bien dessinées, remplies de sang et tapissées par des cellules géantes très épaisses et riches en protoplasme.

Dans le reste de la tumeur, il n'existe que des cavités irrégulières, bondées de ces grosses cellules géantes. Le stroma fibreux est peu abondant, renfermant des cellules de pigment brun et des vaisseaux sanguins qui ont donné lieu, par-ci, par-là, à des points hémorragiques.

Les cellules géantes présentent tantôt des noyaux, tantôt des vacuoles souvent si abondantes que leur protoplasme paraît transformé en un feutrage de filaments. — Nulle part on ne trouve de matière hyaline brillante, ni de colloïde.

Diagnostic histologique : sarcomes à grandes cellules.

Pour expliquer cette récidive locale au bout de trois ans de guérison apparente, il faut admettre que, lors de la première opération, deux ou trois cellules du néoplasme sont restées greffées sur un point de la plaie et qu'elles ont mis tout ce temps à se multiplier assez pour constituer une tumeur. Aussi, s'il survenait un jour une nouvelle récidive, il faudrait cautériser la plaie avec du chlorure de zinc au lieu de la réunir pour tâcher de détruire les derniers germes.

Au point de vue opératoire, je recommanderai les grands lambeaux à base supérieure pour l'extirpation des tumeurs volumineuses du cou, de préférence aux incisions linéaires même composées. La section des muscles, y compris celle du sterno-mastoïdien, ne donne lieu à aucun inconvénient ultérieur, surtout si on la pratique à la base du cou, au niveau des insertions musculaires. Par contre, la formation d'un lambeau donne le plus de jour et permet de disséquer avec sécurité une région aussi scabreuse que le cou.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Influence du choléra sur le pronostic opératoire. — **M. DESPRÉS,** malgré l'apparition du choléra dans les salles de la Charité, a continué à pratiquer des opérations dans son service et il a pu constater que les suites de ces opérations graves n'ont été nullement influencées par l'épidémie cholérique. Il a pratiqué, dans l'espace de ces six dernières semaines, sept opérations graves qui ont toutes été très bien supportées et dont les suites ont été aussi satisfaisantes que possible, alors que dans le même temps mouraient dans la salle deux malades atteints de choléra. Ces opérations sont les suivantes : deux ablations de tumeurs du sein, dont une avec des ganglions axillaires, deux castrations, une ablation de tumeur épithéliale de la grande lèvre, une suture du périnée, une ablation de la langue. Un seul de ces sept malades a été pris de diarrhée rebelle vingt jours après son opération, diarrhée cholériforme qui a fini par céder à une médication énergique. Aucun des autres malades n'a eu le moindre accident. Il n'y a pas eu d'érysipèles parce qu'il n'y a pas eu de brusques variations de la température. En résumé, le pronostic des opérations n'a été nullement aggravé par l'épidémie cholérique.

Traitement du trichiasis et de l'entropion par la cautérisation. — **M. TERRIER** fait un rapport sur deux travaux, l'un de M. Vieuss (de Perpignan), l'autre de M. Trousseau, relatifs au traitement de l'entropion et du trichiasis par l'emploi du thermocautère.

M. Vieuss, qui a exercé pendant plusieurs années en Algérie, avait l'habitude d'opérer le trichiasis par la suture de Gaillard, lorsqu'il vit un Arabe qui avait été opéré par un médecin indigène par la cautérisation avec le fer rouge suivant une ligne parallèle au bord libre des paupières. Les résultats obtenus chez ce malade encouragèrent M. Vieuss à adopter cette manière de faire, en substituant seulement le thermocautère au fer rouge et en faisant les raies de feu perpendiculairement au bord libre.

M. Trousseau a appliqué la même opération au traitement de l'entropion. Il a recueilli dix observations, dont sept lui sont personnelles et trois sont empruntées à M. Terrier. Il reconnaît que ce procédé n'est pas applicable à tous les cas.

M. le rapporteur fait suivre ce court résumé des observations de MM. Vieuss et Trousseau, d'un historique complet du traitement de ces affections par la cautérisation : Celse, le premier, parle de l'emploi du fer rouge pour le traitement de l'entropion. Puis vient Paul d'Égine et ensuite Albucasis, qui consacre deux chapitres à ce mode de traitement. Rhazès, à son tour, conseille la cautérisation des bulbes pour remédier au trichiasis. Ambroise Paré combine l'arrachement des cils avec la cautérisation des bulbes à l'aide d'un petit cautère. Dionis préconise également l'arrachement et la cautérisation. Percy est pour le procédé de Celse. Avec Boyer, la cautérisation est abandonnée pour la méthode sanglante. Delpech revient à l'incision parallèle au bord libre avec le cautère actuel. Jobert de Lamballe a publié trois observations suivies de succès. L'ouvrage de Nélaton, le *Compendium*, font un historique incomplet de la question. La plupart des ophtalmologistes, pendant un certain temps, sont opposés à la cautérisation; Desmarres père préfère l'excision; Fano trouve qu'il est très difficile de protéger l'œil. Le thermocautère est employé pour la première fois dans le traitement du trichiasis par M. Galezowski, en 1875. Cusco propose un procédé qui consiste à faire, avec le thermocautère, une incision tout à fait superficielle et parallèle au bord libre. Enfin M. Terrier fait cette incision plus ou moins profondément, voire même jusqu'au cartilage, tarse compris, selon l'importance du trichiasis.

En résumé, M. le rapporteur profite de ces deux travaux pour mettre en relief l'importance de la cautérisation dans le traitement de l'entropion et du trichiasis. Il fait en outre observer que

c'est là un vieux procédé et que l'opération proposée par M. Vieuss ne diffère de ce procédé qu'en ce qu'il fait les cautérisations perpendiculairement et non parallèlement au bord libre de la paupière. Enfin il croit ce procédé préférable à la cautérisation directe des bulbes pileux, qui est extrêmement délicate et difficile.

M. MONOD croit qu'il est préférable de suivre le conseil de Cusco, de ne pas dépasser la peau. En effet, dans un cas de ce genre, il a cru devoir inciser assez profondément et il a transformé un entropion en un ectropion.

M. TRÉLAT admet avec M. Terrier que la cautérisation des bulbes pileux est extrêmement difficile, que le procédé de Caron de Villars est irréalisable. Cette opération n'est praticable qu'à la condition que l'opérateur soit muni de deux fortes loupes sur les yeux et d'un galvano cautère assez petit pour pouvoir pénétrer dans un bulbe pileux. Si l'on n'a pas cet outillage, c'est une folâtre prétention que de vouloir cautériser un bulbe pileux.

M. PERRIN a rencontré les mêmes difficultés que M. Trélat pour la cautérisation des bulbes pileux par le procédé de Caron de Villars. Mais, muni d'une double loupe et d'un thermocautère extrêmement fin, construit expressément dans ce but, on peut arriver à pénétrer dans le bulbe, et M. Perrin a obtenu de très bons résultats de cette manière de faire, pourvu qu'il n'y eût que cinq ou six bulbes de pris.

M. TERRIER répond à M. Monod qu'il a probablement fait son incision trop profondément, à M. Trélat qu'il préfère comme lui le galvanocautère au thermocautère pour la cautérisation des bulbes pileux, qu'enfin cette cautérisation, comme l'a dit M. Perrin, n'est praticable que dans des cas de trichiasis limité.

Suites éloignées de l'ostéo-myélite de l'adolescence. Amputation sus-trochantérienne. — M. VERNEUIL fait une communication relative à un cas d'amputation sus-trochantérienne, nécessitée par les suites éloignées d'une ostéo-myélite de l'adolescence.

Au cours des opérations, dit-il, il arrive souvent que l'on est amené à employer des procédés exceptionnels. C'est ainsi que, dans le cas dont il s'agit, étant décidé à pratiquer une amputation de la cuisse au-dessous du grand trochanter, je m'aperçus que la portion du fémur laissée en place était malade et je dus reporter mon amputation à l'union du col du fémur, avec la masse trochantérienne, en dehors de l'articulation coxo-fémorale. Le malade fut traité par le pansement antiseptique ouvert et guérit très bien. Il s'agit d'un Français qui fut élevé à Londres. A dix-neuf ans il fit une chute sur le genou. Il avait eu auparavant une blennorragie; mais il n'y a pas lieu d'y attacher une grande importance. Deux mois après cette chute éclatent soudainement certains accidents inflammatoires tellement violents qu'un chirurgien anglais, Laurence, dut pratiquer d'emblée l'amputation de la cuisse. La cicatrisation fut très longue; elle dura plus de six mois et à plusieurs reprises furent éliminés des séquestres, d'abord circulaires, puis longitudinaux. Ce malade ne put se servir d'appareils prothétiques que deux ans après l'opération.

A l'âge de vingt-cinq ans, il eut quelques ulcérations, quelques accidents secondaires syphilitiques qui n'eurent aucun retentissement sur le moignon. En 1876, vingt-six ans après son opération, ce malade fit une chute grave sur son moignon; il eut des douleurs et il se forma un abcès très volumineux d'où il sortit 1 litre de pus très fétide. On incise, on cherche un séquestre, on n'en trouve pas; le malade met deux mois à guérir. En 1878, un abcès se reforme sans cause apparente; on l'ouvre et il guérit assez rapidement. En 1880, nouvel abcès, incision, guérison plus lente. En 1882, le malade fait une chute sur sa jambe de bois qui est brisée; le moignon s'enflamme; il apparaît alors une succession d'abcès qui ne guérissent plus. On lui propose de faire la résection du fémur; il refuse et entre à la Pitié le 15 août 1884. Il est maigre, pâle, présente un aspect cachectique; les téguments sont œdématiés. Il présente tous les symptômes d'une septicémie chronique. Le moignon est sillonné de fistules nombreuses, violacées; beaucoup ont un aspect de vieilles traces syphilitiques; il y a un réveil de syphilis. Traitement spécifique, pansements à l'iodoforme; la suppuration tarit. Le fémur est très volumineux. Le traitement spécifique est mal supporté et reste sans résultats. Je propose une intervention chirurgicale; je croyais pouvoir faire alors l'amputation sous-trochantérienne; j'ai dû porter plus haut l'amputation. Celle-ci a été faite dans les mêmes conditions qu'une désarticulation de la hanche.

M. Verneuil présente, d'une part, le malade aujourd'hui complètement guéri et, d'autre part, les pièces anatomiques où l'on voit qu'il s'agissait d'une hyperostose générale avec oblitération complète du canal médullaire. Aucun séquestre, aucune nécrose; deux cavités centrales renfermant du pus concret. L'affection avait duré trente-quatre ans. Ce malade, qui a paru complètement guéri pendant assez longtemps, avait donc conservé des traces d'ostéo-myélite.

M. Verneuil passe en revue les différents modes de traitement qui ont été proposés contre les affections de ce genre : larges incisions, trépanations, amputations dans la continuité ou dans la contiguïté. Ce fait semble prouver que l'intervention la plus large est celle qui donne le plus de chances. Ici l'amputation sus-trochantérienne a donné de bons résultats.

Déformation des membres dans la pachyméningite cervicale. — M. TERRILLON communique l'observation d'une malade de M. Charcot, à la Salpêtrière, qui était atteinte d'une pachyméningite cervicale, affection qui, après avoir déterminé de la contracture, de la paraplégie, avait amené une déformation telle du membre que cette malade est restée pendant deux ans les cuisses fléchies sur le bassin et les jambes sur les cuisses. Peu à peu la situation s'améliora, mais les jambes restèrent fléchies sur la cuisse. Les genoux présentaient un empâtement très dur, la peau était adhérente. Tous les muscles postérieurs de la cuisse étaient tendus comme des cordes. M. Terrillon pratiqua la section du tendon de ces muscles postérieurs, fit le redressement, appliqua un appareil, et aujourd'hui cette malade se tient debout, marche et est complètement guérie.

M. TRÉLAT a souvent émis cette opinion, à l'occasion de cas de ce genre, qu'il fallait avoir grand soin de maintenir les articulations dans de bonnes conditions, ne pas laisser les malades se fléchir. C'est surtout de la chirurgie préventive qu'il faut pratiquer en pareil cas.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Pendant les trois journées des 25, 26 et 27 novembre, les entrées, dans les hôpitaux civils de Paris, de malades atteints de choléra, ont diminué encore d'une façon nouvelle : les chiffres sont de 12, 3 et 4, soit 19 en trois jours.

L'un de ces cas présente ceci de particulièrement intéressant, qu'il s'agit d'une infirmière attachée au service des convalescents envoyés dans les baraquements d'Aubervilliers, et atteinte du choléra dans lesdits baraquements ; elle a été transportée à l'hôpital Bichat.

Pendant le même laps de temps, les décès ont été de 10, 5 et 2, soit 17 ; et les sorties se sont élevées au chiffre de 58.

Il ne restait donc plus en traitement dans les divers hôpitaux et hospices civils de Paris, ce matin 28 novembre 1884, que 129 cholériques.

— Par décret, en date du 7 novembre 1884, M. le docteur Pascalis est nommé médecin du bureau de bienfaisance du IIe arrondissement de Paris.

— Par décret, en date du 26 novembre 1884, M. Moniez, docteur en médecine, docteur ès sciences, est nommé professeur d'histoire naturelle à la Faculté mixte de médecine et pharmacie de Lille (chaire nouvelle).

— Par arrêté ministériel, en date du 24 novembre 1884, un concours pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes à l'École de médecine et de pharmacie d'Alger s'ouvrira, le 1er juin 1885, devant la Faculté de médecine de Montpellier.

— *Faculté de médeciue de Montpellier.* — M. Guy, aide d'anatomie, est chargé des fonctions de prosecteur à ladite Faculté, en remplacement de M. Gilis, provisoirement appelé à d'autres fonctions.

M. Cros est chargé des fonctions d'aide d'anatomie, en remplacement de M. Guy, provisoirement appelé à d'autres fonctions.

— *Hôpitaux de Nancy.* — A la suite de concours ont été nommés :

1° Internes titulaires, MM. Haushalter, Étienne et Marlier; internes provisoires, MM. Cherpittel et Licht. — 2° Externes, MM. Licht, Évrard, Michel, Watrin, Vitoux, Clément, Wentzinger et Lœuillet.

— *Faculté des sciences de Dijon.* — M. Forquignon, docteur ès sciences, est chargé d'un cours complémentaire de chimie.

— *École supérieure de pharmacie de Paris.* — M. Grimbert est nommé préparateur des travaux pratiques de première année, en remplacement de M. Fourmont, décédé.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Ph. van Tieghem commencera le cours de botanique (organographie et physiologie végetales), le samedi 29 novembre 1884, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Il traitera de la morphologie et de la physiologie des cryptogames, et en particulier des champignons et des algues. Les leçons du jeudi seront des leçons pratiques, et auront lieu au laboratoire de botanique, 63, rue de Buffon.

— *École pratique des Hautes-Études.* — Le laboratoire de botanique (classification et familles naturelles) de M. le professeur Bureau sera ouvert au Muséum, le lundi et le mardi, de onze heures à quatre heures, du 1er décembre 1884 au 31 mars 1885. A partir de cette dernière dale et jusqu'à la fin de l'année scolaire, il sera ouvert tous les jours, sauf le jeudi et le vendredi, aux mêmes heures.

Les étudiants qui se proposent d'y travailler peuvent se faire inscrire de midi à quatre heures aux galeries de botanique du Muséum. Les herbiers de cet établissement leur seront ouverts tous les jours. Les conférences commenceront au printemps en même temps que les cours.

— M. le docteur H. Picard commencera son cours sur les maladies de l'appareil urinaire, le lundi 1er décembre, à huit heures du soir, amphithéâtre n° 1 de l'École pratique (rue de l'École-de-Médecine), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17054.

40

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

1

Cachets digestifs H. Mourrut

PEPSINE ET DIASTASE

PURETÉ GARANTIE. — EFFICACITÉ CERTAINE.

« Eviter les préparations similaires à base alcoolique, l'alcool précipitant de leur dissolution les ferments digestifs. » (BOUCHARDAT, *Annuaire*, 1880, p. 138; Académie de médecine, 12 août 1879.)

Phie CHAMPIGNY, rues de Berlin et de Clichy, 39. 10, rue du Port-Mahon, et principales pharmacies.

143

Véritables Grains de Santé

DU DOCTEUR FRANCK (*Codex no* 603).

Aloès et Gomme-Gutte

Le plus commode des Purgatifs, très imités et contrefaits.

Exiger le mot véritable sur l'étiquette, imprimée en *4 couleurs* et sur des *boîtes bleues*.

Dépôt : Phie LEROY, 2, r. Daunou, et toutes phies.

91

Tamar indien Grillon

FRUIT LAXATIF RAFRAICHISSANT

contre *Constipation* et affect. qui l'accompagnent : *Hémorrhoïdes, bile, migraine, manque d'appétit, embarras gastrique,* etc., sans aucun drastique : Aloès, podophile, scammonée, r. de Jalap, etc. Ph. GRILLON, 28, r. Grammont, Paris. Bte, 2 f. 50.

33

Diathèse urique

Goutte, gravelle, rhumatisme, diabète, albuminurie, coliques néphrétiques, coliqes hépatiques

Carbonate de Lithine.
Citrate de Lithine.
Benzoate de Lithine.
Salicylate de Lithine,
Bromhydrate de Lithine.

Ces sels granulés effervescents étant très solubles, la Lithine est sûrement assimilée.

Exiger la signature : Ch. Le Perdriel

Paris, 11, rue Milton et dans les pharmacies.

99

Médicaments diastasés

du Dr V. BAUD.

La préparation de ces produits consiste à mettre en jeu la vie végétale substituée aux manipulations incertaines du laboratoire, en assurant la pureté de la diastase.

Faire absorber à des graines de cresson une solution titrée de *fer*, d'*arséniate* ou d'*iode*, déterminer dans ces graines la production d'une abondante diastase par la germination, de façon que la solution médicamenteuse ainsi digérée par la graine devient *diastasée* et surtout très *assimilable*, les propriétés offensantes de l'agent chimique ayant disparu.

Il ne reste plus qu'à enrober ces graines, qui forment le noyau d'une petite dragée, et le malade peut avaler le médicament dans son laboratoire, sans craindre de fatigue pour l'estomac ou l'intestin.

Paris, 22 et 19, rue Drouot.

Sur la demande du médecin, il sera envoyé un flacon échantillon.

Dr V. Baud

25

Appareils en feutre plastique

moulés pour chaque cas spécial de *skoliose, kyphose, coxalgie, luxation, mal de Pott,* etc. Conformément à des mesures à nous fournir, collection de bulletins et échantillon de feutre gratis et franco.

Ramie à pansement hygroscopique.

Ramie phéniquée, salicylique, boratée.

Véritables bandes du docteur Martin pour la guérison d'ulcères chroniques.

Fabrique internationale d'objets de pansement, à MONTPELLIER. Directeur : H.-Th. BAESCHLIN.

109

LA PLUS PUGATIVE DES EAUX MINÉRALES.

Pullna (Bohême). GRANDS PRIX : Philadelphie 1876, Paris 1878, Sydney 1879. Melbourne 1880, Londres (Cong. méd. univ.) 1881, Trieste 1882, Vienne 1883, Amsterdam 1883.

27

Elixir chlorhydro-pepsique Grez

(*Amers et ferments digestifs.*)

Expérimenté avec succès dans les hôpitaux. dans *dyspepsies, diarrhées chroniques, vomissements, anémie, troubles digestifs de l'enfance*, etc. PARIS, phie GREZ 34, rue de la Bruyère.

39

Vin du docteur Forestier

TONIQUE RECONSTITUANT PAR EXCELLENCE

Au Quinquina, Pyrophosphate de fer, Oranges amères et Malaga.

Voir : Traité de Thérapeutique, *Trousseau et Pidoux*. — Commentaires du Codex, *Gubler*. Paris, ph. BOSREDON. r. des Francs-Bourgeois, 41.

84

Chatel-Guyon GUBLER

KISSINGEN FRANÇAIS

Etablissement thermal, Bains à eau courante, Hydrothérapie, etc. — Casino, Cercle, Concerts Théâtre, Musique dans le Parc.

LA SOURCE GUBLER

désignée pour l'exportation parmi les 21 sources que l'Etablissemeut possède, est universellement employée par le monde médical contre les affections de :

ESTOMAC, FOIE, INTESTINS.

13

Peptones de viande

du docteur KOCHS

Solution d'un problème scientifique depuis longtemps cherchée : l'albumine peptonisée réunie aux matières extractives de la viande en un produit alimentaire de premier ordre, naturel, incorruptible, agréable au goût, s'absorbant immédiatement dans l'organisme humain sans le concours de l'action digestive de l'estomac.

Expérimenté dans les hôpitaux de Paris Londres, Berlin, Vienne, etc.; spécialement recommandé aux personnes affaiblies ou digérant mal, aux anémiques, aux dyspeptiques, aux convalescents.

DÉPÔT CENTRAL :

A Paris, rue Meyerbeer, 5.

Boîte en fer blanc de	1 000 gr.	18 fr.
Pot de porcelaine de	225 —	5 »
Pot de porcelaine de	100 —	2f 50
Tablettes en étui.		5 »
Pastilles en boîte.		1f25

79

TRAITEMENT DES

Maladies consomptives

PAR LA MUSCULINE GUICHON ET LES POTIONS ALCOOLIQUES graduées (formules du Dr Fuster) préparées à la Trappe des Dombes (Ain).

S'adresser au Frère Procureur, à Notre-Dame des-Dombes, par Villars (Ain), et chez tous les droguistes et les Pharmaciens.

23

Capsules Lagasse

A LA GEMME DE PIN MARITIME

Hydro-gemmine Lagasse

EAU DE PIN GEMMÉ CONCENTRÉE.

Rhumes, toux, catarrhes, bronchites, affections des reins, catarrhes utérins, uréthrite.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

2

Aseptol **Acide orthoxyphénilsulfureux**

préparé par E. GAUTRELET

pharmacien-chimiste de 1re classe, ex-interne et lauréat des hôpitaux et de l'École de pharmacie de Paris.

Premier prix. — Médaille d'or

L'**Aseptol** ou acide orthoxyphénilsulfureux, est aujourd'hui reconnu comme le plus puissant des antiseptiques. Il a sur l'acide phénique l'avantage d'être soluble, presque inodore et non toxique.

L'**Aseptol** remplace avec avantage l'acide phénique dans toutes ses applications : pansements de toute sorte, même ceux de l'oculistique; applications sur les muqueuses dans le muguet et la diphtérie; injections vésicales et vaginales; pansements chirurgicaux dits de Lister, partout enfin où l'on emploie l'acide phénique et les antiseptiques.

L'**Aseptol**, comme structure chimique, est analogue à l'acide salicylique. Il a l'aspect d'un liquide sirupeux à réaction franchement acide, et cristallise à 8 degrés.

On emploie l'**Aseptol** à la façon de l'acide phénique, et en pouvant élever les doses d'une façon considérable, tant pour l'usage interne que pour l'usage externe.

Le flacon, **3** fr. **50**. — Le kilog., **10** fr.

Vente en gros : 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, et 23, rue d'Hauteville, Paris.

65

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

22

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE POITRINE.

Sirop et pâte Pierre Lamouroux

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

24

CHLOROSE, ANÉMIE, LYMPHATISME.

Sirop et dragées AU PROTO-IODURE DE FER DE Gille

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE..	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les maladies de la mémoire : Troubles morbides multiples ; conditions pathogéniques et étiologiques ; valeur diagnostique et pronostique. — CLINIQUE DE MONTEVIDEO. Observation prouvant l'utilité de la revue générale de tous les organes du corps pour arriver au diagnostic. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les maladies de la mémoire.

TROUBLES MORBIDES MULTIPLES ; CONDITIONS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES ; VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE.

I

Les troubles de la mémoire tiennent une grande place en pathologie mentale. Ils constituent, en effet, l'accompagnement habituel des divers désordres de l'intelligence. Selon qu'il y a excitation ou dépression cérébrale, la mémoire s'exalte ou s'affaiblit. Bien plus, dans un certain nombre de cas, sur lesquels nous fixerons surtout notre attention, cette fonction est lésée isolément et de diverses façons, alors que les autres facultés sont relativement intactes. Aussi la pathologie de la mémoire mérite-t-elle d'être étudiée à part comme celle de la volonté, dont nous nous occuperons au premier jour.

Je ne pense pas qu'il soit indispensable, au début de cette leçon, de vous définir la mémoire. Les faits morbides nombreux que je rapporterai, chemin faisant, vous en apprendront plus qu'une définition froide et sèche, qui serait presque forcément défectueuse.

Il est nécessaire cependant de vous soumettre dès maintenant une remarque. La mémoire doit être différemment comprise suivant qu'on l'envisage au point de vue de la biologie ou de la psychologie. En physiologie générale, elle peut être considérée comme une propriété très générale, commune à divers et peut-être à tous les éléments anatomiques.

Les cellules de la moelle, par exemple, ont leur mémoire comme celles du cerveau, et les actes réflexes coordonnés résultent de l'habitude que ces cellules ont acquises et conservent de fonctionner d'une certaine façon. Il va sans dire que nous ne saurions avoir en vue ici que la mémoire cérébrale, la seule dont on ait à s'occuper en psychologie comme en clinique mentale.

Une étude synthétique des troubles de la mémoire, faite en vue de la médecine, doit être poursuivie suivant la même méthode et dans le même but que l'étude d'un trouble fonctionnel quelconque. Il s'agit ici, en effet, d'un chapitre de séméiologie. Aussi bien procéderons-nous comme si nous avions à décrire les modifications des bruits cardiaques, par exemple, ou les troubles de la digestion stomacale ; c'est assez dire que nous étudierons tout d'abord les désordres de la mémoire en eux-mêmes, sous les aspects variés et les formes multiples qu'ils revêtent, indépendamment des conditions pathogéniques qui les engendrent et des symptômes cérébraux divers qui les accompagnent. Nous passerons ensuite en revue les causes productives de ces désordres. Il vous deviendra ainsi facile d'apprécier la valeur diagnostique et pronostique de ces derniers.

Sans plus ample préambule, j'entre en matière.

A. ÉTUDE CLINIQUE DES TROUBLES DE LA MÉMOIRE. — FORMES VARIÉES DE CES TROUBLES. — La fidélité et la puissance de la mémoire, vous ne l'ignorez pas, sont très variables suivant les individus, et aussi chez le même individu aux divers âges de la vie. Tandis, en effet, que chez certains sujets les souvenirs sont rapides et vivaces, chez d'autres ils sont fugaces et transitoires.

D'autre part, vous savez (et c'est un point sur lequel j'aurai à revenir par la suite) qu'il est des personnes douées d'une mémoire brillante à l'égard de certaines sensations et qui retiennent fort mal certaines autres. Un musicien, par exemple, conservera sans peine le souvenir d'une partition longue et compliquée, qui, sous les autres rapports, ne jouira pas d'une mémoire meilleure que la première personne venue. Les enfants se rappellent d'ordinaire les mots avec une très grande facilité et ont à apprendre les langues beaucoup moins de peine que les adultes et surtout que les vieillards. C'est dire qu'il n'y a pas un état normal de la mémoire pouvant servir de commune mesure applicable à tous les individus. Dans bien des cas, l'exaltation ou l'affaiblissement de cette fonction, surtout s'ils sont légers, ne pourront se reconnaître qu'en comparant le malade à lui-même, aux différentes périodes de sa vie. Souvent, en revanche, les modifications pathologiques de la mémoire sont accusées au point que nul doute n'est possible et qu'on peut, abstraction faite de l'état antérieur du sujet chez lequel on les observe, affirmer la réalité d'un trouble morbide.

La mémoire s'altère de deux façons. Tantôt elle est exaltée, tantôt elle est affaiblie ou abolie. Dans le premier cas, on dit qu'il y a *hypermnésie ;* dans le second, on dit qu'il y a *amnésie*. L'hypermnésie et l'amnésie sont d'ailleurs générales ou partielles, suivant qu'elles intéressent la mé-

moire tout entière, dans toutes ses modalités, ou qu'elles affectent seulement certaines catégories de souvenirs.

I. *Les exaltations de la mémoire.* — Il est un grand nombre de circonstances physiologiques ou pathologiques dans lesquelles la mémoire acquiert une vivacité insolite : les souvenirs se succèdent et se pressent en foule, ils renaissent avec une facilité étonnante ; certains épisodes de la vie, de la jeunesse ou de l'enfance, jusque-là oubliés, revivent pour l'esprit souvent surpris lui-même de cette puissance inaccoutumée de la mémoire. Les conditions dans lesquelles de semblables phénomènes se produisent, les caractères qu'affecte l'exaltation du souvenir, sont d'ailleurs très variables suivant les cas. Tantôt le trouble cérébral est tel que l'accroissement momentané de la mémoire est général ; l'excitation de cette fonction ne se traduit pas seulement par la réapparition de telle ou telle autre des impressions du passé, depuis longtemps oubliée, mais par la surprenante facilité avec laquelle défilent devant la conscience les souvenirs nombreux et variés. Le fait s'observe notamment chez quelques maniaques ou chez les individus atteints de délire à formes alternes, durant la période d'excitation. Certains de ces malades récitent, avec une correction parfaite, de longs fragments des auteurs classiques, qu'ils avaient depuis longtemps oubliés ; les plus minimes détails de leurs études leur reviennent à l'esprit et ils se rappellent avec précision les moindres faits de leur vie. Dans les cas de cet ordre, l'exaltation de la mémoire est l'une des manifestations d'une surexcitation plus générale des opérations cérébrales, qui retentit aussi bien sur l'intelligence, sur les conceptions, sur les facultés créatrices que sur le souvenir.

Plus fréquemment cette exaltation s'accuse par la réapparition soudaine de certains faits passés, d'épisodes qu'on eût pu croire à tout jamais effacés. La mémoire garde, en effet, suivant la remarque de M. Maury (1), des traces d'impression dont nous n'avons plus conscience. Nous portons en nous, sans nous en apercevoir, une série d'idées qui nous ont jadis été communiquées, ou que nous devons à un travail antérieur ; ces idées sont contenues dans notre esprit sans que nous nous en doutions. Or il faut, pour qu'elles revivent, des conditions spéciales : celles-là même qui communiquent à la mémoire une puissance inaccoutumée.

Ces conditions sont réalisées assez souvent dans le sommeil naturel, plus fréquemment dans le sommeil provoqué. « Que nos souvenirs se dessinent avec plus de vivacité pendant nos songes que dans l'état de veille, dit M. Maury, cela a été observé par tout le monde. » Et il n'est certainement pas un d'entre vous à qui il ne soit arrivé, durant le sommeil, de retrouver, par exemple, des noms propres effacés de la mémoire, de réciter mentalement des phrases apprises autrefois par cœur, et dont durant la veille le souvenir est infidèle.

Pareil fait s'observe dans le sommeil provoqué par les agents anesthésiques. Un vieux forestier allemand avait vécu dans sa jeunesse sur les frontières polonaises et avait alors parlé le plus souvent polonais. Dans la suite il n'avait habité que des districts allemands. Ses enfants, déjà âgés, assurèrent que depuis trente ou quarante ans leur père n'avait entendu ou prononcé un mot de polonais. On l'endormit par l'éther pour lui faire subir une opération, et, pendant tout le temps de son anesthésie qui dura près de deux heures, cet homme parla, pria, chanta, rien qu'en polonais (1). Je rapporterai tout à l'heure d'autres cas analogues à celui-ci.

C'est surtout chez les personnes plongées dans l'hypnotisme que l'on peut observer la résurrection des souvenirs effacés de la mémoire pendant la veille. M. Ch. Richet a rapporté le cas d'une somnambule, qui chantait l'air du deuxième acte de l'*Africaine*, qu'elle avait entendu une fois seulement et qui, au réveil, ne put retrouver une seule note du morceau. Les faits de cet ordre sont très communs. Les hystériques hypnotisées arrivent à décrire avec une remarquable exactitude des lieux qu'elles n'ont point vus depuis leur enfance ; à réciter des morceaux de littérature appris il y a longtemps ; à dire exactement le nom d'une personne qu'elles ont entrevue une fois par hasard, dont elles avaient complètement perdu le souvenir et qu'à l'état de veille elles eussent été tout à fait incapables de reconnaître. Ces particularités, fort bizarres en apparence, s'expliquent fort bien, si l'on admet que durant l'état somnambulique il existe une surexcitation très accusée de la mémoire. Je suppose, dit M. Ladame (2), une personne entrée, par exemple, une fois dans une pharmacie. Il suffit de cette seule visite pour que l'image de cette pharmacie soit photographiée dans le cerveau de cette personne. Si on vient à l'hypnotiser et qu'on la conduise par la pensée dans cette pharmacie, aussitôt l'image gravée dans son cerveau se retracera à son imagination avec les détails les plus minutieux. La personne hypnotisée pourra décrire alors chaque bocal, en dire la couleur et la forme et lire même les étiquettes en latin qui sont inscrites sur ces bocaux. Au réveil, elle se souviendra peut-être à peine d'être entrée une fois dans cette pharmacie. Les faits de ce genre ont été assez fréquemment observés chez les somnambules et expliquent très bien comment les charlatans font croire à la lucidité de leurs sujets. Voici une Parisienne, par exemple, qui a été, il y a quinze ou vingt ans, passer une heure ou deux à Versailles et qui a presque complètement oublié cette courte promenade. Cependant, qu'on vienne à l'endormir et à lui parler de Versailles, aussitôt elle se représentera très fidèlement les avenues, les statues, les arbres. Elle reverra les parcs, les allées, les gens qui s'y promènent et, à la stupéfaction des assistants, donnera des détails extrêmement précis.

Cette exaltation de la mémoire, qui est l'accompagnement possible du sommeil physiologique et l'accompagnement à peu près obligé du sommeil hypnotique provoqué, peut apparaître dans diverses situations pathologiques. On l'a vu se produire au cours des affections aiguës fébriles.

A l'âge de quatre ans, un enfant, par suite d'une fracture du crâne, subit l'opération du trépan. Revenu à la santé, il n'avait gardé aucun souvenir ni de l'accident, ni de l'opération. Mais à l'âge de quinze ans, pris d'un délire fébrile, il décrivit à sa mère l'opération, les gens qui y assistaient, leur toilette et autres petits détails, avec une grande exactitude. Jusque-là il n'avait jamais parlé de rien, et il n'avait jamais entendu personne donner tous ces détails (3).

Ainsi des impressions fugitives qu'on eût pu supposer n'avoir laissé dans le cerveau aucune trace, surgissent tout à coup, avec une étrange vivacité, à l'occasion d'un épisode

(1) *Le Sommeil et les rêves*, appendice, p. 440.

(1) M. Duval, Art. Hypnotisme, in *Nouv. Diction. de méd. et de chir. pratiques.*

(2) Ladame, *la Névrose hypnotique*, p. 104. Paris, 1881.

(3) Abercromby, *Essay on intellectual Powers*, p. 149.

pathologique accidentel. C'est au même ordre de faits qu'appartiennent ces cas, si bizarres en apparence, dans lesquels certaines personnes semblent acquérir tout à coup le don des langues, du moins de certaines langues. M. Mathias Duval rapporte, d'après H. Taine, le cas souvent cité d'une fille de vingt-cinq ans, très ignorante et ne sachant même pas lire, qui, devenue malade, récitait d'assez longs morceaux de latin, de grec et d'hébreu rabbinique, mais qui, une fois guérie, parlait tout au plus sa propre langue. Pendant son délire, on écrivit sous sa dictée plusieurs des morceaux qu'elle débitait. En allant aux informations, on sut qu'à l'âge de neuf ans elle avait été recueillie par son oncle, pasteur fort savant, qui se promenait d'ordinaire, après son dîner, dans un couloir attenant à la cuisine et répétait alors ses morceaux favoris d'hébreu rabbinique et de grec. On consulta ses livres et on y trouva, mot pour mot, les morceaux récités par la malade.

Une jeune fille fut saisie d'une fièvre grave et, dans le paroxysme de son délire, on observa qu'elle parlait une langue étrangère que, pendant un certain temps, personne ne comprit. Enfin, on s'assura que c'était le gallois, idiome qu'elle ignorait entièrement lorsqu'elle tomba malade, et dont elle ne put dire une syllabe quand elle fut guérie. Pendant quelque temps, cette circonstance fut inexplicable. Après enquête, on trouva qu'elle était née dans le pays de Galles et qu'elle avait parlé le langage de ce pays pendant son enfance. Or elle l'avait entièrement oublié dans la suite (1).

Sous l'influence de certaines intoxications, par le haschicsh, l'opium, l'oxyde de carbone, de pareilles réviviscences d'impressions restées jusque-là latentes peuvent se produire. Th. de Quincey raconte, dans ses *Confessions d'un mangeur d'opium*, que souvent les plus petits événements de sa jeunesse, des scènes oubliées de ses premières années, étaient ravivés. « On ne peut pas dire que je me les rappelais, dit-il, car si on me les avait racontées à l'état de veille, je n'aurais pas été capable de les reconnaître comme faisant partie de mon expérience passée. Mais placées devant moi, comme elles l'étaient en rêve, comme des intuitions, revêtues de leurs circonstances les plus vagues et des sentiments qui les accompagnaient, je les reconnaissais aisément (2). » Les récits de noyés, sauvés d'une mort imminente, et assez heureux pour avoir échappé aux dernières conséquences de l'asphyxie, tout en ayant ressenti les premiers effets, sont très curieux à consulter. Un de ces individus raconte, par exemple, « qu'il lui a semblé voir toute sa vie antérieure se déroulant en succession rétrograde, non comme une simple esquisse, mais avec des détails très précis, formant comme un panorama de son existence entière, dont chaque acte était accompagné d'un sentiment du bien ou du mal (3). »

Tous ces faits, quelque différents qu'ils puissent paraître les uns des autres, appartiennent à la même catégorie et relèvent de la même cause générale. Le fond de notre mémoire est beaucoup plus riche qu'il ne nous semble. Mais il est une foule des impressions qui y sont déposées, qui restent en quelque sorte latentes et dont nous n'avons nulle conscience. Que l'excitabilité des éléments nerveux vienne à être modifiée soit par un trouble circulatoire, soit par le contact d'un sang vicié ou intoxiqué ou par toute autre cause, alors certaines de ces impressions emmagasinées se dégagent, si je puis dire : la réviviscence des souvenirs est plus active, tout comme, dans quelques cas, l'enchaînement et la succession des idées sont plus rapides, sinon plus logiques et plus corrects. La mémoire révèle alors à l'observateur surpris des trésors qu'elle tenait soigneusement dissimulés, mais qui n'en faisaient pas moins partie depuis longtemps de son fonds propre.

(1) Fait rapporté par divers auteurs et notamment par Ladame, *loc. cit.*, p. 99.

(2) Cité par Ribot, *les Maladies de la mémoire*, p. 141.

(3) Winslow, *On the obscure Diseases of the Brain and Disorders of the Mind*, p. 303 et suiv.

CLINIQUE DE MONTEVIDEO. — M. Fort.

Observation prouvant l'utilité de la revue générale de tous les organes du corps pour arriver au diagnostic.

Lorsque j'avais l'occasion de professer la pathologie interne dans mes cours particuliers à Paris et pendant mon internat, j'insistais toujours auprès de mes élèves sur la nécessité d'examiner tous les organes du corps, ainsi que je l'avais appris aux cliniques de mes maîtres Chomel, Piorry, Rostan, etc. En effet, il n'est rien de plus commun que de se laisser induire en erreur et de fixer son attention sur un seul symptôme, passant à côté de la maladie principale sans l'apercevoir. En voici une preuve. Je publie cette observation parce que je considère qu'un journal médical comme la *Gazette des hôpitaux* est non seulement un recueil de faits scientifiques, mais aussi un journal d'enseignement pour l'étudiant en médecine et pour le praticien.

Le 24 mars 1884, le nommé G..., trente-six ans, écrivain, se présente à ma consultation pour être traité d'une *céphalalgie* intense dont il ne peut se débarrasser. Il a consulté plusieurs médecins sans succès. Il est malade depuis cinq mois et ne se plaint que de mal de tête. Il tousse très peu et il ressent une sorte de gêne dans le côté droit. Il a pris des pilules d'extrait thébaïque, de l'iodure de potassium, du vin de quinquina, du citrate de fer, du bicarbonate de soude, du bromure de potassium, du lactophosphate de chaux, du chloral, du sel de Carlsbad, etc., etc. On lui a appliqué des vésicatoires sur les tempes. L'épanchement persistait, naturellement, et aucune amélioration ne se produisait.

Le malade maigrissait sans cesse, il ne mangeait plus. Il était surtout découragé de voir l'insuccès d'une thérapeutique si variée et il se croyait atteint de quelque maladie incurable.

J'interroge le malade qui me paraissait ne pas respirer très librement et qui était extrêmement pâle et maigre. J'examine les viscères principaux les uns après les autres et je ne suis pas peu surpris de constater un *épanchement pleurétique* considérable du côté droit. Développement du côté droit, absence complète de vibrations thoraciques, matité absolue, absence de respiration, rien n'y manquait. Cependant les troubles fonctionnels manquaient. La dyspnée était si légère que le malade, qui s'y était accoutumé, n'y portait pas la moindre attention. Il ne toussait ni ne crachait.

Voilà donc un cas de pleurésie latente qui avait passé absolument inaperçu parce que le malade n'avait pas attiré l'attention des médecins de ce côté. Le symptôme céphalalgie s'était montré avec une telle intensité que la médication avait été dirigée en vain vers lui.

La méthode d'exploration a une importance capitale pour le diagnostic et par conséquent pour le traitement, qui en découle naturellement. En effet, il est prescrit dans tous les livres de pathologie, il est indiqué dans tous les cours de

faire l'anamnèse du malade. Ce cas est encore une preuve évidente que l'anamnèse met quelquefois sur la voie du diagnostic. Si l'on interroge le malade sur ses maladies antérieures, on apprend qu'il a eu à la partie postérieure droite du thorax, du côté de la pleurésie, un énorme abcès qui a été évacué par l'éminent chirurgien Jules Rodriguez il y a cinq ans; il est sorti plus d'un litre de pus et le malade allait et venait. Il n'a gardé le lit qu'au moment de l'opération.

On apprend également qu'il a eu une carie du sternum vers la troisième côte, quelques mois plus tard. Aujourd'hui il ne reste plus qu'une cicatrice.

Cet homme était donc atteint de pleurésie chronique, ou mieux d'une hydrophlegmasie de la plèvre, produite peut-être par une lésion osseuse des côtes, peut-être par des tubercules pulmonaires superficiels, car on sait qu'un épanchement pleurétique unilatéral idiopathique est chose relativement assez rare. Il existe quelques bruits suspects dans les fosses sus-épineuses.

Le traitement institué a été le suivant :

Large vésicatoire de 20 centimètres sur 12. Tisane de chiendent avec 2 grammes de nitrate de potasse chaque jour. Tous les jours boire par gorgées une infusion de 0g,20 de feuilles de digitale dans 250 grammes d'eau bouillante.

Le malade prendra tous les soirs une pilule de 0g,05 d'extrait thébaïque, pour combattre l'insomnie, la céphalalgie et le léger degré de dyspnée qui existe.

Le 26 mars, amélioration de tous les symptômes. L'épanchement ne paraît pas modifié.

Le 29 mars, on entend la respiration lointaine en arrière et sur le côté, points absolument obscurs lors du premier examen. Le malade est très satisfait, il ne souffre presque plus de la tête. Nouveau vésicatoire. Continuation du traitement.

Le 31 mars, amélioration, même traitement.

Pendant le mois d'avril, il a été nécessaire d'appliquer deux autres vésicatoires.

La dose de digitale a été augmentée. Le malade a pris jusqu'au 24 mars, c'est-à-dire dans l'espace d'un mois plus de 14 grammes de digitale en infusion, à doses croissantes, sans qu'il en ait ressenti aucun effet fâcheux. Pendant tout le temps du traitement par la digitale une diurèse abondante s'est maintenue.

Aujourd'hui 10 mai l'épanchement est complètement résorbé. Il reste un peu de matité à la base, mais le poumon se dilate complètement et on entend distinctement le murmure respiratoire jusqu'à la base du poumon.

Le malade se lève, il n'a plus aucune douleur; il mange parfaitement.

Malheureusement, comme on pouvait le prévoir dès le début, le sommet des poumons est le siège de produits phymiques non douteux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 novembre 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Hermaphrodisme. — M. **GÉRIN-ROZE** présente le moule des parties génitales d'une malade de son service. C'est une fille de vingt-six ans, femme par son habitus extérieur, par sa voix, l'absence de poils sur le corps, la présence de mamelles, d'une vulve, d'un vagin, par son amour pour les hommes; homme par la présence de deux testicules, d'un pénis très petit, l'absence d'ovaires et d'utérus, l'absence de règles.

Scrofule et tuberculose. — M. **LETULLE** lit un long mémoire sur les rapports de la scrofule et de la tuberculose. Il conclut à la non-identité de ces deux affections, quelque étroits que soient les rapports qu'elles ont entre elles.

De la valeur diagnostique des procédés cliniques employés pour reconnaître l'acidité du suc gastrique. — M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** fait une communication sur ce sujet. Il rappelle avoir dit, dans une communication antérieure sur le diagnostic du cancer de l'estomac, qu'en Allemagne on croyait pouvoir tirer des renseignements des modifications apportées dans l'acidité du suc gastrique.

Laube, se basant sur les expériences de Van den Velden, a soutenu que l'un des premiers effets du cancer stomacal est de diminuer l'acide chlorhydrique du suc gastrique. On peut, pour apprécier l'acidité ou le pouvoir digestif du suc gastrique, recourir à trois procédés : le lavage de l'estomac, celui de l'éponge, celui de l'exploration stomacale. Le lavage consiste à introduire par la sonde stomacale, l'individu étant à jeun, 300 centimètres cubes d'eau glacée qu'on laisse une demi-heure, puis qu'on retire. On se sert ensuite de cette eau pour faire les réactions. Le procédé de l'éponge, le plus employé en Allemagne, consiste à faire avaler au malade un morceau d'éponge muni d'un long fil et enveloppé d'une couche de gomme. Cette éponge est laissée pendant une demi-heure dans l'estomac; on la retire et on la presse pour obtenir le liquide à examiner. Ces éponges, qui sont en Allemagne de pratique courante, pourraient être remplacées en France par des capsules Lehuby.

Ce procédé de l'éponge présente plusieurs inconvénients : d'abord la difficulté de faire avaler de pareils corps, la difficulté de s'assurer que l'éponge est bien descendue dans l'estomac, enfin la très petite quantité de liquide obtenue par ce procédé. C'est pourquoi M. Beaumetz propose de substituer à ce procédé de l'éponge celui de l'exploration gastrique. Cet instrument (fig. 30), construit sur

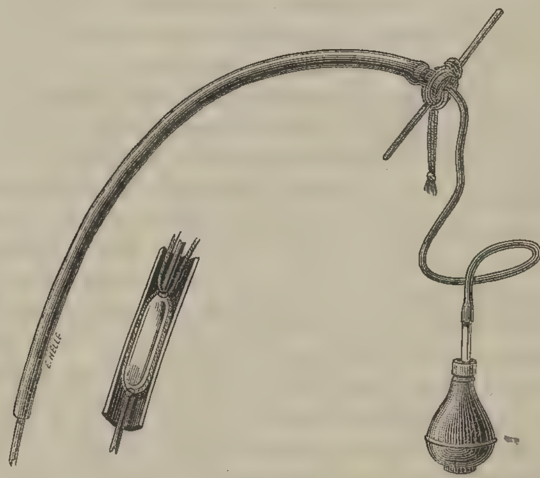


Fig. 30.

ses indications par M. Galante, se compose d'un tube stomacal mou, dans l'intérieur duquel se trouve un petit réservoir de verre dont l'extrémité inférieure est munie d'un petit tube en caoutchouc qui dépasse l'extrémité de la sonde et qui met en communication le réservoir de verre avec la muqueuse stomacale et dont l'extrémité supérieure est aussi munie d'un tube beaucoup plus long aboutissant à l'extrémité supérieure de la sonde et se terminant par une poire en caoutchouc. La sonde étant introduite dans l'estomac, il suffit de presser sur la poire pour faire monter les liquides de l'estomac dans le petit réservoir de verre.

Pour reconnaître l'acidité du suc gastrique, on se sert, en Allemagne, d'un réactif spécial, la tropæoline. Ce sont des substances colorantes retirées des goudrons de houille. Il y a dans le commerce trois espèces de tropæoline que l'on désigne sous les noms de tropæoline zéro, double zéro, triple zéro. En France, on se sert d'une substance analogue qui porte le nom d'orangé (orangé Poirier n° 4). Lorsqu'on met ces solutions colorantes au contact d'un acide, de l'acide chlorhydrique, on obtient une coloration rouge

violacé d'autant plus accusée que la quantité d'acide est plus considérable. L'acide lactique donne une teinte d'un rouge orangé.

Laube, en Allemagne, complète ces recherches en examinant le pouvoir digestif du suc gastrique. Pour cela, il place, dans le liquide qu'il veut examiner, de petits cubes d'albumine d'un poids donné et met le tout dans une étuve à 40 degrés; on voit avec quelle rapidité se produit la digestion artificielle et l'on fait comparativement une digestion artificielle avec de la pepsine additionnée d'une quantité d'acide chlorhydrique donnée, et l'on peut alors juger de la différence qui sépare ces digestions.

M. Dujardin-Beaumetz apprécie la valeur de ces procédés et se demande si on peut trouver dans de pareilles recherches un signe d'une valeur incontestable pour le cancer de l'estomac. Il n'hésite pas à répondre négativement. Il faudrait d'abord démontrer que toute néoplasie a pour premier effet de diminuer la quantité d'acide chlorhydrique que renferme le suc gastrique. En outre, les causes d'erreur sont extrêmement nombreuses; il faut compter avec les produits de la digestion, la présence possible d'autres acides, etc. Aussi Laube lui-même, après avoir réuni un grand nombre d'observations, conclut-il simplement, lorsqu'il trouve une diminution dans la sécrétion du suc gastrique, un amoindrissement dans le pouvoir digestif, qu'il existe une dyspepsie tenace et profonde. On est en droit de se demander si pour arriver à un pareil résultat il faut employer des procédés aussi compliqués. Quoi qu'il en soit, M. Beaumetz a tenu à faire connaître à ses collègues les voies nouvelles qui sont ouvertes pour l'étude des affections stomacales.

Un cas de lèpre. — M. LABBÉ présente un malade, habitant le Mexique depuis trente ans et qui a été atteint d'abord d'une paralysie de la jambe avec anesthésie complète. Bientôt apparurent, sur la peau indurée et épaissie, des taches jaunâtres café au lait qui ne laissèrent plus aucun doute sur le diagnostic de lèpre.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. LÉON-DUFOUR (1).

XXIX

Le 14 avril, malgré ma lassitude extrême et un peu de fièvre, je ne pouvais pas laisser passer un jeudi saint à Madrid sans aller visiter quelques églises, et en particulier celle de San Basilio; elle est d'une élégance extraordinaire; j'admirai surtout la musique à grand orchestre, vocal et instrumental, et, parmi les voix des chanteurs, je distinguai un timbre clair et argentin que je croyais appartenir à des voix féminines; j'appris que ces voix étaient celles d'individus qu'on a mutilés dans leur enfance. Le jeudi saint on ne voit circuler aucune voiture dans les rues, ni dans les promenades; la famille royale elle-même marche à pied ce jour-là, et la foule est partout prodigieuse.

Mon chef et ami M. Bardol m'avait attaché à son bureau comme secrétaire, et je lui reprochais souvent de faire de moi un *homme d'états;* j'étais chargé en même temps, au grand hôpital d'Atocha, du service journalier de la salle des officiers; malgré ces occupations et ces devoirs, je trouvais encore du temps pour faire de fréquentes excursions circummadritaines, soit pour la botanique avec le célèbre professeur docteur Marno Lagasca qui devint mon ami, soit pour l'entomologie avec M. Moncarel, secrétaire du général Humbert Dumolar.

Mes confrères de la médecine militaire étaient :

MM. Gorcy, de Metz, médecin en chef;
Bardol, d'Antibes, médecin principal;
Dupetit, de Lectoure;
Houneau, de Montpellier;
Tollard, de Paris;
Roch, de Dôle;
Dufour, du Nord.

Le 17, je me rendis au Prado, pour voir passer la revue des troupes françaises, par Murat, grand-duc de Berg, au milieu d'une affluence considérable des Espagnols. Le Prado, ainsi nommé parce que c'était autrefois une prairie, est une grande et belle promenade qui occupe tout le côté oriental de Madrid et où aboutissent les trois principales rues; il y a plusieurs allées d'ormeaux et, dans le milieu, un espace fort large appelé salon, dont l'entrée est interdite aux chevaux; on y remarque trois belles fontaines avec bassins, Cybèle, Apollon et Neptune; ces bassins fournissent l'eau pour l'arrosage du pied des ormeaux.

Le 21, j'allai faire visite à deux notabilités botaniques de Madrid, Ruiz et Pavon, les savants auteurs de la *Flora peruviana*, à laquelle ils travaillent avec ardeur et dont ils me montrèrent les riches dessins coloriés, ainsi que ceux d'une monographie des quinquinas renfermant des espèces nouvelles.

Ce même jour, je passai plusieurs heures chez le professeur Lagasca. Pendant que nous étions occupés à feuilleter ensemble son herbier, un militaire de ses amis entre comme un fou, et, animé de la plus vive indignation, il annonce que, pendant la nuit dernière, Godoy, le prince de la Paix, a été enlevé de sa prison par des émissaires français et qu'il s'achemine vers la France. Cette nouvelle jeta d'abord Lagasca dans la stupéfaction; mais bientôt cet homme de science se transforme en un énergumène furieux, jamais je ne vis un changement de manière d'être aussi subit et aussi extraordinaire; il n'est pas d'imprécations, pas d'insultes même les plus grossières, qu'il vomît contre Murat et contre Napoléon, s'exprimant tantôt en latin, tantôt en espagnol; il pronostiquait les évènements les plus funestes pour les Français et je songeais *in petto* que s'il fallait juger des autres Espagnols par ces deux patriotes, nous aurions réellement tout à craindre. Malgré sa fureur, il n'oublia point que j'étais botaniste : il m'offrit un asile chez lui en cas d'évènement et vint m'accompagner à mon domicile. La nouvelle se confirme, les esprits s'échauffent, des groupes nombreux se forment à la Puerta del Sol; on a triplé les patrouilles, toutes les troupes françaises sont sous les armes, le grand-duc a trois compagnies devant la porte de son hôtel; ce même jour, on affiche partout l'entrevue amicale de Ferdinand et de Napoléon à Bayonne; aucun Espagnol ne croit à la sincérité de cette entrevue; on croit généralement que le roi Ferdinand est prisonnier de l'Empereur et que l'on veut soustraire Godoy à la vengeance nationale. Le capitaine Ferrero m'a raconté en détail les évènements de cette révolution du palais à Aranjuez. Voici le récit que j'ai consigné dans mon journal itinéraire :

Depuis longtemps Godoy était abhorré des Espagnols; sa conduite antipatriotique avait excité l'indignation universelle : usurpateur de l'autorité monarchique sous la faveur du faible roi Charles IV et de la reine Marie-Louise, il avait ruiné le royaume et fait une fortune colossale. Le bruit se répandit que le Roi avec toute sa famille allait se rendre à Cadix et s'embarquer pour l'Amérique d'après le conseil de Godoy qui leur disait que Madrid était en insurrection. Les gardes du corps formèrent le projet de s'opposer à ce départ; ils convinrent d'investir le palais et de se réunir en un lieu désigné, au signal donné par des trompettes se correspondant de l'intérieur à l'extérieur du palais. Au quatrième jour de la convention, un garde annonce par la fenêtre que la Reine était sortie avec Godoy (ce qui était faux); les signaux sont donnés, on se porte en foule au point de ralliement; la garde de la maison de Godoy est forcée; le capitaine général s'enfuit et se cache dans un galetas; on le cherche longtemps, on le trouve, on s'en empare; il eût été promptement mis en pièces, si la Reine, prévenue à temps de cet évènement, n'eût aussitôt déterminé le Roi à envoyer le prince des Asturies pour arrêter la fureur du peuple et sauver les jours de son favori. Ferdinand accourt, refuse au peuple la victime qu'il demande à grands cris et promet sur sa tête que Godoy sera maintenu en prison et

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 novembre 1884.

qu'on instruira son procès. Le Roi avait assemblé son conseil et les ministres d'État; il déclare qu'il veut abandonner les rênes du gouvernement et il abdique la couronne en faveur de son fils, le prince des Asturies. Celui-ci fut donc proclamé roi d'Espagne, à la grande satisfaction du peuple (18 mars 1808). Ferdinand fit son entrée à Madrid le lendemain de l'arrivée de nos troupes; il se hâta d'envoyer des ambassadeurs en France et il ne tarda pas à partir lui-même pour aller à la rencontre de Napoléon. Ce voyage est regardé par les politiques de la capitale comme fort imprudent et inconséquent. A Vitoria, au moment où Ferdinand partait pour continuer sa route vers la France, il se vit obligé d'user d'autorité pour quitter cette ville. On dit aujourd'hui que Charles IV et Marie-Louise sont partis pour aller au-devant de l'Empereur; l'opinion publique à Madrid est fort inquiète.

27 avril. Je monte à cheval et je vais visiter les camps qui sont aux environs de Madrid. Il y en a trois : 1° le *camp de Casa del Campo*, à l'ouest de la ville, sur le revers nord-est d'un coteau dont la base est presque baignée par le Manzanarès, pays absolument inculte, destiné autrefois aux chasses royales et formé d'un terrain mêlé de sable et de cailloux; ce camp est abrité du sud-ouest par le coteau sur lequel il est établi; les tentes en toile sont divisées en plusieurs groupes, il contient sept à huit mille hommes; la chaîne de Guadarrama termine l'horizon au nord, à sept ou huit lieues de distance; son exposition aux émanations des marais placés dans le voisinage du Manzanarès justifie la réputation d'insalubrité que lui attribuent les habitants de Madrid; les fièvres intermittentes y sont fréquentes; 2° le *camp du Pardo*, à une lieue nord-nord-ouest de la ville, près de la route qui mène à la résidence royale du Pardo, sur le revers occidental d'un coteau; son voisinage est peuplé de chênes verts, tout près du Manzanarès; les tentes sont construites avec des branchages de chênes verts et de genêts; elles sont disposées sur deux rangs et paraissent trop rapprochées les unes des autres; l'effectif de ce camp est de quatre mille hommes; 3° le *camp de Chammartin*, à une lieue est de Madrid, au milieu d'une plaine cultivée absolument rase, près du village dont il porte le nom; pas de rivière dans le voisinage; le sol est sec et graveleux, les tentes en toile sont suffisamment espacées, effectif dix mille hommes. Aujourd'hui un aide de camp du grand-duc a passé son épée au travers du corps d'un Espagnol qui le menaçait de le poignarder; il y a deux jours, un savetier, que les Espagnols disent être fou, a poignardé en plein jour et sur la rue un officier et deux soldats français. Notre position devient plus critique de jour en jour; les Madritains nous voient de très mauvais œil; la Puerta del Sol est du matin au soir obstruée par des groupes de politiques inquiets que la cocarde française offusque singulièrement.

30 avril. Mes promenades dans Madrid en compagnie de mon obligeant propriétaire me permettent de rédiger une courte notice sur la capitale de l'Espagne, *Mantua Carpetanorum*. Madrid est grand à peu près comme Bordeaux; le plus beau quartier est celui dont les rues aboutissent à la Puerta del Sol. Cette dernière place, qui est petite, est le rendez-vous des oisifs. Les *rues* Alcala, qui est très large, Atocha, qui traverse presque toute la ville, San Gerony-mo, Mayor, Montera, de Las Carretas, Funcaralla, sont les plus populeuses, pavées de cailloux susceptibles de poli et extrêmement glissants pendant la chaleur et la sécheresse; les trottoirs sont formés de larges tables de granit au même niveau que le pavé (*lozas*).

Les *maisons* ont rarement plus de quatre étages; la distribution des appartements est en général fort irrégulière; pendant la saison froide, les planchers sont recouverts de nattes fines (*esteras*), qui se fabriquent dans le royaume de Valence; ces nattes de *sparte* sont de différentes qualités, tantôt unies, tantôt colorées de dessins très divers; les cheminées sont rares à Madrid, vu la rareté du combustible; on se chauffe généralement avec des *braseros*, ou réchauds pleins de braise ardente; à la cuisine, il n'y a pas de cheminée, c'est un fourneau élevé dont le centre, où est le foyer, est enveloppé d'un grand cylindre de tôle qui concentre la chaleur sur les pots inclus: on use peu de charbon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 novembre 1884, M. Duchâteau, médecin de 1re classe de la marine, a été promu, après concours, au grade de médecin-professeur.

— Par décret, en date du 29 novembre 1884, ont été promus et ont reçu les affectations ci-après, savoir :

Au grade de médecin principal de 1re classe : (Choix) M. Kelsch, professeur au Val-de-Grâce, en remplacement de M. Vauthier, retraité. — Est maintenu dans ses fonctions actuelles.

Au grade de médecin principal de 2e classe : (Choix) M. Kiéner, médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier, en remplacement de M. Kelsch, promu. — Est maintenu dans son emploi actuel.

Au grade de médecin-major de 1re classe : M. Rivet, du 115e d'infanterie, en remplacement de M. Leblan, mis en non activité pour infirmités temporaires. — Est affecté au 137e d'infanterie.

(Choix.) M. Beaudoin, des hôpitaux de la division d'Alger, en remplacement de M. Renaud, décédé. — Est maintenu auxdits hôpitaux.

Au grade de médecin-major de 2e classe : (Choix) M. Brousses, du 14e dragons, en remplacement de M. Rivet, promu.— Est affecté au 86e d'infanterie (dépôt).

M. Pauzat, du 77e d'infanterie, en remplacement de M. Beaudoin, promu. — Est affecté au 115e de ligne.

— M. J. Regnauld, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre du Comité consultatif de l'enseignement public (première section), en remplacement de M. Wurtz, décédé.

Il siègera, en cette qualité, dans les commissions de scolarité et de médecine et de pharmacie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Charpentier, agrégé, est rappelé à l'exercice, du 1er novembre 1884 au 30 octobre 1885; il est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Budin, du cours complémentaire d'accouchements.

M. Frémont (Victor-Marie), bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du cours de pathologie externe, en remplacement de M. Haussmann, dont la délégation est expirée.

M. Siredey, chef adjoint de clinique médicale, est chargé des fonctions de chef de clinique médicale, en remplacement de M. Faisans, démissionnaire.

M. Combes, licencié ès sciences, est nommé préparateur adjoint des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Castellan, non acceptant.

M. Monange, préparateur adjoint du laboratoire de chimie, est nommé préparateur des travaux pratiques de chimie, en remplacement de M. Etard, dont la délégation est expirée.

M. Chabrié (Pierre-Camille), licencié ès sciences, est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Monange, appelé à d'autres fonctions.

M. Calmels est nommé aide du laboratoire des cliniques à l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Lesage, décédé.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Le premier prix de thèses est décerné à M. le docteur Lesur; le second, à M. le docteur Legay.

— *Faculté des sciences de Nancy.* — Un congé d'inactivité est accordé, sur sa demande, à M. Brunotte, préparateur de zoologie.

M. Saint-Rémy, licencié ès sciences naturelles, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Brunotte, des fonctions de préparateur de zoologie.

M. Vivier est nommé préparateur de chimie agricole, en remplacement de M. Grandeau, appelé à d'autres fonctions.

— La Société d'anthropologie a décerné le prix Broca à M. le docteur Léo Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lille, pour son livre intitulé : *Anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée ; leur importance en anthropologie.*

— L'épidémie cholérique à Naples a duré quatre-vingt-deux

jours. Pendant cet espace de temps; elle a frappé 14,087 personnes et a fait 7,376 victimes, soit une mortalité de 54 p. 100 environ.

— *Muséum.* — M. le professeur G. Pouchet commencera le cours d'anatomie comparée, le mardi 2 décembre 1884, à neuf heures trois quarts du matin, dans le laboratoire d'anatomie comparée, 55, rue de Buffon, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le mardi et le jeudi, il traitera de l'anatomie comparée et générale des protozoaires, cœlentérés, échinodermes, vers et mollusques. Le samedi, conférence pratique, à la même heure. Les élèves qui désireraient suivre ces conférences, devront se faire inscrire à l'avance au laboratoire d'anatomie comparée.

— M. le professeur E. Blanchard commencera le cours de zoologie (animaux articulés), le mercredi 3 décembre 1884, à une heure, dans la galerie de zoologie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Il exposera les caractères de l'organisation et les particularités de la vie des insectes, des arachnides et des crustacés. Dans une partie du cours, il traitera particulièrement des métamorphoses des crustacés et des insectes. L'entrée du cours est par la terrasse ou par la rue Geoffroy-Saint-Hilaire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17066.

N° 140. — JEUDI 6 DÉCEMBRE 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 6 DÉCEMBRE 1884. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — Étude statistique sur le choléra dans les hôpitaux civils de Paris, depuis le début de l'épidémie jusqu'à ce jour. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. La période préataxique du tabes d'origine syphilitique. — De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme moyen antiphotophobique dans certaines affections oculaires. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'épidémie de Paris cessant, la discussion sur le choléra reprend de plus belle.

Il est certain qu'il s'est fait cette année un grand trouble dans les esprits. La marche du mal s'est montrée bien insolite aux yeux de ceux qui avaient accepté comme articles de foi certaines propositions ultra-contagionnistes.

La contagion ne s'est pas produite rapidement et forcément le long des voies suivies par ceux qui, en fuyant l'épidémie, pouvaient emporter avec eux des germes.

Certaines conditions de réceptivité, dont on cessait de tenir compte, ont paru cette fois indispensables. De grandes villes, telles que Paris, en communication constante avec les villes contaminées, sont restées réfractaires durant des mois entiers, alors même que le choléra existait déjà dans la banlieue, et, chose à noter, dans une région de cette banlieue, qui n'est pas la plus proche des gares de chemins de fer aboutissant aux foyers antérieurs.

Aussi, la question de la contagion, celle de l'origine exotique du choléra sont-elles posées de nouveau : M. Léon Colin, en les résolvant par l'affirmative, a dit parler au nom de la majorité du Conseil d'hygiène, ce qui implique sur ce point une minorité, d'un avis contraire.

Nous mettons d'autant plus de soin à constater ce fait que, pour notre part, nous sommes fermement convaincu de la propagation des épidémies cholériques à partir de l'Inde, ce qui comporte l'idée d'une contagion du mal. Si ce mal ne se transmettait point par des germes qui soient susceptibles d'être importés, il ne changerait jamais de place; il resterait, comme les fièvres paludéennes, propre aux pays qui l'ont engendré ; il n'accompagnerait jamais les caravanes, comme il le fit, particulièrement, nous l'avons constaté nous-même, en 1865, pour celle qui revenait en Égypte du pèlerinage de la Mecque; il ne lancerait pas ses derniers flots jusqu'aux limites du monde habité, comme il est arrivé à plusieurs reprises.

Mais, ainsi que nous le disions au mois d'août dernier, le germe cholérique semble s'affaiblir dans sa faculté de germination, si je puis m'exprimer ainsi, lorsqu'il a depuis longtemps quitté son pays d'origine. Il faut distinguer avec soin, entre les diverses épidémies, celles qui surviennent alors que ce germe, encore plein de vie, n'a pas subi les longs sommeils qui précèdent son anéantissement final, et celles, au contraire, qui se déclarent quand déjà, une ou plusieurs fois, on a pu croire que tout était fini.

Nous avons, cette année, une queue d'épidémie qui est la suite de l'épidémie importée en Égypte l'année dernière, et qui, déjà d'une transmission plus indirecte et moins rapide que celle de l'épidémie du pèlerinage de 1865, y avait été moins générale, moins meurtrière et d'allure moins prompte.

Nous avons rappelé que dans ces queues d'épidémie, telles que nous en avons eues en France à plusieurs reprises, la mortalité des personnes atteintes étaient pour le moins aussi forte : on l'a vu dans l'épidémie renaissant à Amiens après un sommeil hibernal, dans celle qui a ravagé les hôpitaux de Paris, après un même sommeil, en 1854, etc.

Mais comme puissance et rapidité de propagation, ces épidémies ne ressemblent nullement aux autres. Elles forment des centres plus locaux, et dans ces centres elles ne frappent guère que les personnes affaiblies par des conditions accidentelles ou se trouvant habituellement dans de mauvaises conditions hygiéniques.

Nous avions prédit que l'épidémie actuelle n'atteindrait Paris que très tard et n'y ferait que peu de victimes. Nos prédictions se sont réalisées de point en point.

Quant au diagnostic différentiel entre le choléra sporadique et le choléra asiatique, basé sur l'existence de petits foyers locaux dans ce dernier, nous avons montré que cette différence, sur laquelle revient M. Colin dans son discours, n'était point exacte.

Dans une année où il n'est pas possible de supposer une origine indienne pour les cas de choléra estival de Paris, les foyers locaux n'en semblent pas moins évidents.

M. Colin suppose que le choléra indien aurait fait une apparition, d'un seul jour, le 13 juillet, à Aubervilliers, puis une seconde apparition, d'un seul jour, le 19 juillet, avant la petite épidémie du mois de septembre. Il se base pour le penser sur la constatation de trois cas de choléra dans cette journée du 13 juillet, et de quelques autres dans la journée du 19. Nous-même, lors de notre enquête de cet été, nous avons signalé des apparences de foyers locaux dans certains quartiers de Paris. Mais nous avons fait remarquer que ces apparences de foyer étaient encore plus évidentes en 1881, en l'absence de toute possibilité d'importation asiatique.

MM. Dujardin-Beaumetz et Proust ont annoncé pour la séance prochaine les chiffres afférents à l'épidémie actuelle. Mais notre cher collaborateur M. Rivière a déjà pris soin de recueillir ces statistiques pour ce qui regarde l'épidémie dans les hôpitaux de Paris, et nous publions aujourd'hui la suite de ses recherches sur ce sujet.

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX CIVILS DE PARIS, DEPUIS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE JUSQU'A CE JOUR (1).

Par M. Émile Rivière.

IV

L'accueil bienveillant que l'Académie a daigné faire au mémoire dont nous avons eu l'honneur de lui donner lecture dans la séance de lundi dernier (2) sur la statistique du choléra dans les hôpitaux et hospices civils de Paris depuis le début de l'épidémie jusqu'au 22 novembre inclusivement, nous encourage à lui présenter aujourd'hui la suite de nos recherches sur la marche de cette épidémie depuis le 23 novembre au matin jusqu'au 1er décembre au matin ou mieux jusqu'au 30 novembre minuit.

Cette nouvelle période a été caractérisée par une décroissance de plus en plus prononcée et des plus rassurantes. Voici, d'ailleurs, les chiffres exacts, tels que nous les avons relevés chaque jour, comme pour notre précédente communication, dans les bureaux de l'administration générale de l'Assistance publique.

Le nombre des cholériques reçus dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, pendant les huit jours écoulés du 23 au 30 novembre inclusivement, est de 66, dont 34 hommes et 32 femmes, soit une moyenne très faible de 8,25 par jour.

Pendant le même laps de temps, la mortalité a été de 54 décès, dont 27 hommes et 27 femmes, soit également une moyenne de 6,75 par jour. Il ne faudrait pas conclure de ce chiffre que la mortalité, proportionnellement au nombre des cas, a été plus considérable ces jours derniers que dans la période précédente, car sur ces 54 décès un grand nombre se rapporte à des malades en traitement antérieurement au 23 novembre.

La journée où le plus de cholériques ont été reçus dans les hôpitaux a été le 24 novembre (16 cas), celle où l'on compte le plus petit nombre d'admissions a été le 26 et le 30 (3 cas).

Le jour de la plus grande mortalité cholérique a été le 23 novembre (12 décès), le jour de la mortalité la plus faible est le 27 (2 décès).

Pendant la même période on n'a eu à constater, — nouvelle preuve de la décroissance continue de l'épidémie, — que 5 cas intérieurs, dont 2 appartiennent au personnel hospitalier, 1 infirmier de l'hôpital Bichat et 1 infirmière. Cette dernière mérite peut-être d'appeler plus particulièrement l'attention, en ce sens qu'elle a été atteinte du choléra dans les baraquements d'Aubervilliers (3) *exclusivement consacrés à recevoir les cholériques convalescents.*

Ces baraquements avaient été ouverts le 22 novembre; or quarante-huit heures plus tard, cette femme, âgée de trente-six ans, était prise des premiers symptômes du mal (vomissements répétés, diarrhée, etc.). Le lendemain 25, elle était transportée à l'hôpital Bichat, où elle succombait, le 28 du même mois, aux atteintes d'un choléra parfaitement confirmé.

D'ailleurs nous devons ajouter, d'après les renseignements que M. le docteur Gombault, chef du service, a bien voulu nous donner, que plusieurs rechutes d'accidents cholériformes ont été constatées parmi les convalescents. Ces malades, atteints pour la seconde fois, ont été aussitôt évacués sur l'hôpital Bichat.

Le nombre des malades sortis définitivement guéris des hôpitaux, du 23 au 30 novembre, est de 134, soit 92 hommes et 42 femmes; de sorte que ce matin, 1er décembre 1884, il ne restait plus en traitement dans les divers hôpitaux civils de la capitale que 99 cholériques qui se répartissent ainsi :

Hôtel-Dieu	11	Tenon	5
Pitié	5	Laennec	3
Charité	2	Bichat	16
Saint-Antoine	18	Mariniers	3
Cochin	14	Saint-Louis	5
Beaujon	10	Salpêtrière	3
Lariboisière	3	Trousseau	1

Au point de vue de l'âge, nous constatons que les individus qui ont été surtout atteints par le fléau avaient : les hommes, de 31 à 70 ans, et les femmes, de 31 à 40 ans. Au delà de 70 ans, nous ne trouvons pas un seul cas. Quant aux enfants au-dessous de 15 ans, ils sont au nombre de 10, dont 5 petits garçons et 5 petites filles. Cinq d'entre eux sont âgés de moins de 5 ans. Le plus jeune, une petite fille, n'avait que 3 mois. Elle était entrée avec sa mère, le 29 novembre, à l'hôpital Bichat. La mère a succombé le jour même.

Comme sexe, nous trouvons une proportion à peu près égale : 34 hommes et 32 femmes.

Les professions les plus décimées continuent à être celles de journalier d'abord (12), et de domestique ensuite (10); puis viennent les couturières et modistes (4), les chiffonniers (3), blanchisseurs (3), etc.

A ce propos, et pour répondre à la demande que M. Frémy a bien voulu nous faire, nous dirons que, depuis le début de l'épidémie jusqu'à ce jour, *pas un seul vidangeur* de Paris n'a été atteint (1) et que 2 égoutiers seulement ont été frappés par le fléau.

Enfin, au point de vue des arrondissements atteints, nous remarquons que le XIe et le XIXe restent encore les deux arrondissements qui ont envoyé le plus de cholériques dans les hôpitaux (15 et 11), que 4 arrondissements n'en ont envoyé aucun : les IIe, VIIe, XIVe et XXe; les autres n'en ont fait admettre que de 1 à 4 (2).

Voici l'ordre dans lequel ils doivent être classés d'après le nombre de leurs cholériques admis dans les établissements hospitaliers de la capitale :

(1) Cette nouvelle note a été communiquée à l'Académie des sciences dans la séance du 1er décembre 1884.

(2) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 25 novembre 1884.

(3) Ces baraquements sont installés sur les glacis des fortifications de Paris, non loin de la porte d'Aubervilliers.

(1) M. Boussingault fait remarquer, à ce propos, que le même fait avait été déjà observé à Paris, lors de l'épidémie de 1832.

(2) Un cholérique a été reçu le 29 novembre à l'hôpital Saint-Antoine avec la mention : « *domicile inconnu* ».

XIXe arrondissement.	15 cas.		IXe arrondissement.	1 cas.	
XIe	—	. 12 —	XIIIe	—	. 1 —
IVe	—	. 4 —	XVe	—	. 1 —
X^e	—	. 4 —	XVIe	—	. 1 —
XIIe	—	. 3 —	XVIIe	—	. 1 —
IIIe	—	. 2 —	XVIIIe	—	. 1 —
V^e	—	. 2 —	IIe	—	. 0 —
Ier	—	. 1 —	VIIe	—	. 0 —
VIe	—	. 1 —	XIVe	—	. 0 —
VIIIe	—	. 1 —	XXe	—	. 1 —

D'autre part, plusieurs localités de la banlieue ont envoyé un nombre relativement assez considérable de cholériques dans les hôpitaux de Paris : 13, soit 1/5 du total des admissions de ces huit dernières journées.

Ces localités sont : Clichy, 6 cas ; Alfort, Aubervilliers, Boulogne, Charenton, Montrouge, Neuilly et Pantin, 1 cas chacune.

Avant de terminer cette nouvelle communication, nous croyons devoir appeler l'attention de l'Académie sur ce fait particulier, que les 3 premiers cas de choléra qui se sont déclarés à la Salpêtrière, dans les journées des 5 et 6 novembre, sont ceux de trois femmes placées dans trois services distincts et séparés les uns des autres : l'une dans le service de médecine de M. Charcot, l'autre dans celui de M. Voisin, et la troisième dans le service de chirurgie de M. Terrillon.

Enfin nous ajouterons ce fait que la première cholérique de la Salpêtrière, une aliénée, n'était pas sortie de cet hôpital depuis quatre ans, de sorte que ce n'est point au dehors qu'elle a pu contracter le germe de l'affection cholérique à laquelle elle a succombé, mais qu'il s'agit bien là d'un cas intérieur absolument né sur place.

Nous avons appris enfin par M. le docteur Dujardin-Beaumetz que les deux infirmières de la Maternité qui, seules dans cet établissement, avaient été atteintes par le choléra, sont les *seules* aussi qui avaient refusé de boire de l'eau bouillie.

En résumé, depuis le début de l'épidémie dans les hôpitaux civils de Paris, c'est-à-dire depuis la nuit du 4 au 5 novembre 1884, jusqu'à ce matin 1er décembre, on compte 1,037 cas de choléra traités dans les hôpitaux de Paris, dont 66 seulement se sont développés dans l'intérieur des établissements hospitaliers, soit 6,36 pour 100. Ce fait est absolument contraire à ce qui s'est passé dans le cours de la petite épidémie de 1873, où un très grand nombre de cas se sont déclarés dans les hôpitaux sur des malades entrés pour toute autre affection. Sur ces 1,037 cholériques on compte 565 décès (soit 54,49 p. 100), 373 guérisons définitives et 99 malades restant en traitement le 1er décembre au matin.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

La période préataxique du tabes d'origine syphilitique (1).

III.

Nous avons étudié, jusqu'à présent, successivement les troubles de la sensibilité, les troubles de l'innervation motrice oculaire, les troubles vésicaux et les troubles génitaux que l'on peut rencontrer au début de la période préataxique du tabes d'origine syphilitique et qui parfois en sont même le symptôme initial. Nous allons maintenant nous occuper de phénomènes non moins importants, c'est-à-dire des troubles cérébraux ou mieux encore du tabes à début cérébral.

Quand, sous l'influence des importants travaux de Duchenne (de Boulogne), l'ataxie prit place dans la nosologie, elle fut tout d'abord considérée comme une névrose, c'est-à-dire comme une maladie sans lésion appréciable. Depuis lors les choses ont bien changé, et, découvrant une lésion de la moelle épinière, on en a fait une sclérose des cordons postérieurs de la moelle. Mais là encore n'était pas la vérité, ou du moins la vérité tout entière. Pour moi, y a, dans cette manière d'envisager le tabes, une erreur : le tabes est une maladie non seulement de la moelle, mais encore du cerveau, c'est-à-dire une maladie de l'axe cérébro-spinal et peut-être même davantage encore : si nous en croyons les recherches de M. Déjérine, le tabes serait une affection à la fois de la moelle, du cerveau et des nerfs périphériques.

Pour ce qui nous concerne ici dans l'étude que nous faisons ensemble depuis le commencement de ces leçons sur le tabes d'origine syphilitique, nous dirons que dans cette affection les troubles cérébraux sont nombreux, qu'ils précèdent ou qu'ils suivent les phénomènes médullaires ou qu'ils en soient contemporains.

Tout d'abord donnons-en des preuves numériques. Depuis le moment où j'ai recueilli des observations touchant les rapports du tabes et de la syphilis, j'ai pu collectionner 217 cas certains. Or, si je viens à dépouiller cette statistique, je suis frappé du chiffre de 69 malades sur 217, dans lesquels les troubles cérébraux apparaissent dès la période préataxique du tabes, soit près d'un tiers; et cette proportion, je puis le dire en toute certitude, est bien au-dessous de la vérité. En effet, nombre de ces malades n'ont été vus par moi que trop peu de temps pour que j'aie eu à ce sujet des renseignements suffisants : aussi ne figurent-ils pas dans le chiffre de 69, et ce chiffre est en réalité un minimum. D'où je conclus que le tabes n'est pas seulement une maladie de la moelle, mais bien une affection cérébro-spinale.

Du reste, ce n'est pas d'aujourd'hui que le fait est remarqué, et déjà M. le docteur Topinard, en 1864, a publié une monographie sur l'ataxie syphilitique dans laquelle il reconnaît dans le tabes une forme cérébrale caractérisée par la perte subite de connaissance, le délire, la perte de la mémoire, le changement de caractère des malades, etc., etc.

Depuis cet important travail, nous trouvons dans la science nombre d'observations qui ont amené une salutaire réaction contre cette opinion erronée qui ne veut reconnaître dans le tabes qu'une affection médullaire. C'est ainsi que, parmi les auteurs qui sont venus ensuite, je citerai le professeur Grasset (de Montpellier), qui, un des premiers, dit que le tabes pourrait bien être une sclérose cérébro-spinale diffuse. En réalité, non, le tabes n'est pas une myélite systématisée des cordons postérieurs, elle n'est pas une syphilose de ces cordons postérieurs, mais bien une syphilose cérébro-spinale.

Ceci dit, passons aux symptômes qui peuvent la caractériser.

Les symptômes cérébraux, ai-je dit, sont fréquents dans la période préataxique du tabes, ils peuvent même en ouvrir la scène. Ainsi je vous citerai le fait d'un homme, syphilitique depuis 1858, qui entre dans le tabes en 1869 et pré-

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 novembre 1884.

sente, en 1879, une hémiplégie gauche, de la diplopie, etc., plus tard enfin de l'ataxie. Mais plus nombreux sont les cas où le tabes se trouve inauguré par les troubles cérébraux. Ainsi, un jeune homme, syphilitique depuis quelques années, est pris subitement d'une attaque apoplectiforme. Celle-ci passe, le malade se rétablit et, trois mois plus tard, surviennent des douleurs thoraciques, des vertiges, des troubles génésiques, de la diplopie; enfin aujourd'hui c'est un type complet de tabétique.

Dans un autre cas, le tabes a débuté par deux attaques d'épilepsie; dans un autre encore, qui est l'histoire d'un malade de M. Hallopeau, le début a été caractérisé par des étourdissements, par une attaque apoplectiforme, par un coma qui a persisté pendant un jour entier.

Mais ce n'est pas tout, il y a encore des cas où les symptômes cérébraux et médullaires s'associent à dose égale, et le malade est d'emblée un tabétique cérébro-spinal.

D'où la conclusion que le tabes, dans la période préataxique, peut être compliqué et même inauguré par des phénomènes cérébraux. Quels sont ces symptômes? Ils sont multiples et divers. Étudions-les successivement en commençant par les vertiges.

Le tabes est fécond en accidents vertigineux réflexes ou essentiels. Les phénomènes réflexes sont de trois espèces : le réflexe oculaire, le réflexe auriculaire et le réflexe laryngé.

Les accidents vertigineux essentiels ou cérébraux proprement dits sont fréquents : j'en compte 29 cas dans ma statistique de 217 tabétiques. Le vertige tabétique essentiel est, comme tous les autres vertiges, léger ou intense avec ébranlement de l'équilibre, quelquefois avec des vomissements, quelquefois aussi avec des hallucinations. Il survient le plus souvent sans cause provocatrice, quelquefois tout simplement en regardant d'un lieu élevé. Il peut survenir à propos d'un mouvement brusque de la tête, soit d'un mouvement latéral, soit surtout de l'extension de la tête en arrière pour regarder en l'air.

C'est ainsi que j'ai soigné un malade qui eut son premier vertige,— son premier symptôme tabétique,— à l'exposition des tableaux, tandis qu'il regardait une toile placée haut; cet homme rentre chez lui et à peine a-t-il jeté les yeux au plafond qu'un second vertige plus intense se produit.

Ces vertiges se distinguent de ceux que l'on éprouve dans la syphilis cérébrale, en ce sens qu'ils sont toujours passagers, éphémères, et non permanents; de plus, ils sont toujours assez éloignés les uns des autres. C'est même pour cela que les malades n'y prêtent pas toujours une grande attention; que, par suite, ils passent fréquemment méconnus des médecins; que parfois, à moi-même, ils ont échappé.

Ainsi, pendant l'espace de quinze ou dix-huit mois, j'ai reçu de nombreuses visites d'un syphilitique jeune se plaignant de pollutions nocturnes, involontaires, répétées, qui le fatiguaient considérablement ; il éprouvait de temps à autre des vertiges plus ou moins intenses soit en marchant, soit en se baissant, soit même assis et travaillant. Je ne comprenais rien encore à sa situation, de même du reste que les confrères qu'il avait déjà consultés, lorsqu'un beau jour il accourt chez moi, effrayé d'une hémiopie qui l'avait frappé la veille. Dès ce moment la lumière était faite : j'étais en face d'un tabétique. Quelques mois plus tard, en effet, le diagnostic était confirmé par d'autres symptômes, notamment par les troubles urinaires. Ce jeune homme fut immédiatement soumis à un traitement énergique qui dura deux ans. (pilules de Dupuytren, frictions mercurielles, iodure de potassium à haute dose), si bien qu'aujourd'hui il est presque guéri.

Le numéro 76 de la salle Henri IV est un cas superbe de début vertigineux, instructif par excellence. C'est un syphilitique avéré. Le tabes a débuté il y a deux ans par une mydriase avec amblyopie. Il y a trois ou quatre mois sont survenus les vertiges cérébraux caractérisés par trois grands accès tels qu'au premier, se trouvant sur le quai du Louvre, il fut forcé de s'accrocher à un réverbère pour ne pas tomber. Chez lui, du reste, depuis, le tabes s'est trouvé confirmé par des phénomènes d'incoordination motrice absolument incontestables. Cependant, en apparence, il marche très bien, il n'a pas de troubles vésicaux, ses fonctions viriles sont conservées, ses réflexes rotuliens sont très bons. Pourtant il est tabétique, et son incoordination motrice naissante nous est prouvée par l'épreuve de halte, de volte-face et du cloche-pied. En effet, il ne peut s'arrêter court, au commandement de *halte,* sans indécision, mais il se balance pour ainsi dire, et il est projeté en avant ou en arrière. Si on lui ordonne une volte-face brusque, il ne l'exécute que par des mouvements d'oscillation, avec des éclairs d'indécision, un certain embarras, une véritable gaucherie d'attitude, un ébranlement de son équilibre. Enfin veut-on le faire marcher à cloche-pied, les yeux ouverts d'abord, fermés ensuite, ses mouvements trahissent aussitôt un certain degré d'incoordination. Il ne peut même pas se tenir debout les yeux fermés.

De plus encore, cet individu est tabétique parce qu'il a perdu le réflexe pupillaire à la lumière, c'est-à-dire que quand on approche une bougie allumée de ses globes oculaires, les pupilles ne bougent plus, elles restent immobiles sans contraction. C'est là un symptôme du tabes; et si on y ajoute la mydriase dont je parlais tout à l'heure et les vertiges, nous ne pouvons avoir aucun doute sur l'existence du tabes : cet homme est au seuil de l'ataxie.

Quels sont les phénomènes qui l'ont amené ici? Sa vue? Son incoordination motrice? Non, mais ses vertiges. Les vertiges cérébraux constituent donc, dans certains cas, un des symptômes du début de la période préataxique du tabes.

DE L'EMPLOI DU CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

COMME MOYEN ANTIPHOTOPHOBIQUE DANS CERTAINES AFFECTIONS OCULAIRES.

Par M. le docteur H. COURSSERANT.

L'attention du public médical a été, dans ces derniers temps, vivement attirée sur le chlorhydrate de cocaïne qui possède cette curieuse propriété d'anesthésier certaines muqueuses, en particulier la conjonctive oculaire et même la cornée. Sans entrer plus avant dans la discussion des faits, je crois pouvoir avancer que le chlorhydrate de cocaïne peut être employé avec grand avantage contre un des symptômes les plus gênants et les plus rebelles souvent de certaines ophtalmies : je veux parler de la photophobie et du blépharospasme.

Le siège de ce symptôme qui quelquefois constitue à lui seul toute l'affection (d'où le nom d'ophtalmie photophobique idiopatique), a tour à tour été placé soit dans le nerf optique et la rétine, soit dans l'iris, soit enfin dans la cornée; aujourd'hui on est presque à peu près d'accord pour admettre que la photophobie est due à une action réflexe ayant ses deux pôles, d'une part dans une des enveloppes ou membranes de l'œil, de l'autre dans la cornée et principalement dans ses couches antérieures les plus riches en filets nerveux sensitifs (cinquième paire).

Or, d'après mes observations, peu nombreuses encore il est vrai, mais me paraissant concluantes, le chlorhydrate de cocaïne, en anesthésiant la cornée, amende considérablement la photophobie et le blépharospasme et quelquefois les supprime complètement.

Dans certaines formes de kératites ulcéreuses, dans l'iritis simple, dans certaines rétinites photophobiques, le chlorhydrate de cocaïne paraît rendre des services signalés, soit employé seul, soit comme adjuvant des médications usitées en pareil cas.

Je me suis servi d'une solution à 5 p. 100 instillée toutes les cinq ou dix minutes entre les paupières; quatre à cinq instillations suffisent pour faire cesser le blépharospasme et la photophobie. Je me propose de poursuivre cette expérimentation et de soumettre à l'Académie le résultat de mes observations ultérieures.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Des lettres par lesquelles MM. les docteurs Desplats, Hardy, Gabriel Pouchet, Rebau, Albert Robin, Paul Schutzemberger, se portent candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie;

2° Une note de M. le docteur Coursserant *sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne comme moyen antiphotophobique dans le traitement de certaines ophtalmies*. (Voir plus haut, p. 1116.)

2° Une *notice sur le choléra à Mezel (Basses-Alpes) en 1884*, par le docteur Bec, lauréat de l'Académie ;

4° Une *étude rétrospective du choléra dans la Seine-Inférieure, de 1832 à 1889*, par le docteur Deshayes (de Rouen);

5° Un travail intitulé : *De la comase biliaire et de ses symptômes*, par M. le docteur Merle;

6° Une *note sur l'eau distillée employée comme boisson pendant les épidémies*, par M. le docteur Abel Hureau de Villeneuve.

DISCUSSION SUR LA LOCOMOTION

M. Giraud-Teulon croit devoir rappeler les premières phases de sa discussion avec M. Marey. Il avait reproché aux observations de ce savant de ne présenter nulle indication d'un choc, de l'arrêt subit d'un mouvement en plein cours d'exécution, choc dont l'existence lui semblait, au contraire, la condition nécessaire de toute espèce de locomotion, ou plutôt de tout détachement du corps d'avec le sol. M. Marey a répondu dernièrement que tout choc était soigneusement évité dans la machine animale, que les chocs constituent une cause de perte de travail et *que tous les actes musculaires, quelque rapides que soient les mouvements qu'ils engendrent, commencent et finissent lentement*.

Puisque M. Marey insiste tant sur les *machines*, a-t-il donc oublié sa comparaison favorite, les marteaux, bocards, sonnettes, les catapultes, l'arbalète, les armes à feu, le bélier, etc. Si de la mécanique nous passons à la physiologie, nous trouvons le coup de queue du poisson, l'impulsion des jambes dans la natation chez l'homme, et nous ajouterions, s'ils n'étaient contestés par M. Marey, le saut et le battement ou *coup d'aile*. Cependant M. Marey s'est mis en contradiction avec lui-même en disant que la grive tient ses ailes presque fermées *et se lance comme un projectile*. Ce projectile lancé ne rentre guère dans les mouvements *commençant et finissant lentement*. Ailleurs il se sert, pour le mouvement, de la comparaison des poudres de guerre. Voilà M. Marey acquis ainsi à la théorie des chocs, que cependant il repousse maintenant.

En ce qui concerne la séparation du corps du sol, il faut remarquer que M. Marey ne répond à aucune des objections qui lui ont été faites et pas même aux expériences contradictoires exécutées dans son laboratoire par M. Giraud-Teulon. Il en reste juste aux données de son propre mémoire.

Et cependant ces données sont parfois bien étranges. Ainsi quand il dit : « Si je m'affaisse, mon poids diminue ; si je me relève, il augmente », ne semble-t-il pas affirmer qu'un homme debout pèse plus qu'assis ou accroupi?

M. Giraud-Teulon déclare que *jamais* la méthode graphique si chère à M. Marey n'a pu amener légitimement à de tels résultats. Il donne à ce sujet le détail de ses propres expériences et entre dans la discussion de celles de son adversaire : 1° sur le mécanisme du saut ; 2° sur le mécanisme du détachement du corps et du sol dans le mouvement d'abaissement de M. Marey; 3° dans le vol de l'oiseau; 4° dans la continuation du vol de l'oiseau.

Il termine par un tableau intitulé : « Propositions de M. Marey détruites par lui-même », et dans lequel il rapproche les conclusions théoriques de cet auteur de ses assertions ou expériences semblant contradictoires.

LECTURES

M. Tison lit une note *sur trois cas de chromidrose jaune observés au mois de juillet* 1882. Il s'agit d'hommes chez lesquels il se serait produit sur certaines régions de la peau une coloration jaune due, suivant les recherches chimiques de M. Méhu, à du soufre, très divisé, comme il l'est dans la fleur de soufre.

RAPPORT

M. Gariel lit un rapport sur un hémospectroscope inventé par M. Maurice de Thierry, et qui permet de reconnaître les moindres traces de sang dans un liquide quelconque.

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. Léon Colin revient d'abord sur quelques points de l'exposé fait par M. Dujardin-Beaumetz de l'épidémie de la banlieue nord de Paris.

Le caractère contagieux de la maladie a été démontré par l'invasion successive de la maladie chez plusieurs habitants d'une même maison. Le choléra a notamment atteint, dans l'espace de quelques jours, quatre personnes, formant deux ménages, qui occupaient deux chambres non seulement voisines, mais communiquant largement entre elles. L'administration a obtenu sans difficulté l'évacuation complète de cet immeuble par tous les locataires qui s'y trouvaient.

M. Colin pense que l'épidémie survenue le 20 septembre à Aubervilliers et dans le voisinage avait été précédée d'une première atteinte deux mois plus tôt. M. le docteur Dumonteil-Grandpré, par exemple, avait observé trois cas foudroyants le 13 juillet, deux autres le 19. M. Michaud, de son côté, a recueilli des observations analogues. Suivant M. Colin, ces disparitions et reprises sur place du choléra ne sont point rares. A titre d'exemple, il cite Compiègne qui, frappé en septembre d'une première atteinte marquée par sept ou huit cas, subissait, il y a quelques jours, une nouvelle explosion plus intense que la première.

L'immunité presque générale de la plupart des villes intra-continentales, demeurées cependant en rapport constant avec les localités le plus cruellement atteintes sur le littoral, indique également, au moins jusqu'ici, en cette épidémie, une certaine tendance à se condenser sur le littoral maritime, sauf à prouver par de cruelles exceptions sa nature et ses dangers quand ses germes arrivent en quelques malheureux villages demeurés inaccessibles aux progrès de l'hygiène et offrant au choléra, comme à la maladie infectieuse banale qui étiologiquement lui ressemble le plus, la fièvre typhoïde, des chances de développement épidémiques comme en présente rarement les centres les plus importants.

Ces conditions spéciales d'insalubrité font-elles défaut à Paris et à la banlieue ? Malheureusement non. Elles se rencontrent surtout à un haut degré dans la banlieue nord, où abondent les établissements insalubres. C'est là aussi que la diphtérie, la fièvre typhoïde, font les plus grands ravages, et naturellement c'est là que le choléra devait débuter. Il importe de travailler à assainir toute cette région. Peut-être est-ce à Aubervilliers qu'il y a le plus à faire.

Pour M. Colin et la majorité de ses collègues, il existe une connexion intime entre les faits observés dans la banlieue de Paris et l'épidémie du midi de la France.

Bien des raisons conduisent à repousser l'hypothèse d'un choléra nostras pour Aubervilliers ; le choléra nostras se développe dans l'été, et non au mois de septembre; il n'est pas dans ses allures de se manifester sous forme d'épidémie de maison à cas successifs, comme les affections transmissibles ; enfin, circonstance dominante, nous étions en période d'invasion européenne du choléra indien.

Qu'on n'objecte pas la distance qui sépare les deux foyers, car on a toujours observé que le choléra progressait par bonds, allant souvent de ville en ville sans atteindre les points situés sur la route, et cela même quand les chemins n'existaient pas, quand les voyages étaient le plus longs.

L'épidémie d'Aubervilliers se rattache originairement à celle de Toulon et n'aurait pas apparu sans elle.

La pollution habituelle par les immondices parisiennes de l'eau fournie à la banlieue nord aurait-elle été pour quelque chose dans l'éclosion de cette épidémie ? M. Colin ne le croit pas. L'atteinte eût été plus générale, les foyers se seraient montrés moins circonscrits. Les habitants de la maison surtout atteinte faisaient usage de la même eau que leurs voisins.

L'opinion déjà précédemment émise par M. Colin, relativement au rôle très restreint que peuvent jouer les eaux de boisson dans la propagation du choléra, lui semble confirmée par l'étude des faits nouveaux.

M. Marey a soutenu la théorie contraire; mais on peut expliquer autrement que lui les faits incontestables qu'il cite. Ainsi, dans les épidémies antérieures, les quartiers qui ont eu le moins de morts sont, il est vrai, alimentés en partie par l'eau du réservoir de Grenelle, eau qui ne peut contenir aucun germe ; mais ce sont aussi les quartiers les moins peuplés. Ce qu'il aurait fallu connaître, c'est la mortalité proportionnelle. Et d'ailleurs les eaux de Grenelle, presques thermales, ne sont distribuées que coupées avec une forte proportion d'autres eaux, plus fraîches.

L'apparition simultanée de la maladie dans divers quartiers prouve que la dissémination si rapide des germes a dû se faire par l'atmosphère et non par l'eau. La prédominance de l'affection chez des individus adonnés aux boissons alcooliques démontre également qu'il ne faut pas surtout en accuser l'eau bue par des gens qui n'en buvaient guère.

La propagation du choléra, dans la majorité des cas, s'opère :

1° Par l'arrivée d'une personne quittant un foyer, atteinte déjà ou en puissance de sa maladie, pour laquelle elle recevra les soins d'un entourage bien déterminé de parents ou d'amis ;

2° Par l'atteinte d'un ou plusieurs membres de cet entourage.

Or cela ne peut pas s'expliquer par les eaux. Ceux qui entourent le malade ne font pas usage d'eaux souillées de ses déjections.

Ce ne sont pas non plus les eaux polluées qu'il faut accuser de l'intensité considérable de la maladie dans les armées en marche, buvant chaque jour d'autres eaux.

Il est certainement très important de fournir aux populations de l'eau aussi pure que possible, car l'eau souillée par des détritus, sans avoir rien de spécifique, met ceux qui la boivent dans des conditions antihygiéniques propres à l'éclosion du choléra.

En résumé, dit M. Colin, nous estimons encore que la contamination atmosphérique joue le rôle principal dans la propagation du choléra.

Quant à l'eau de consommation, elle peut agir comme intermédiaire de l'agent spécifique et à titre de cause efficiente quand elle a été polluée par des déjections cholériques; elle intervient moins énergiquement, mais plus fréquemment, à titre de cause prédisposante quand elle est contaminée par des matières excrémentitielles d'origine banale.

La suite de la discussion est remise à mardi prochain.

La séance est levée à cinq heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 novembre 1884, la chaire d'accouchements (maladies des femmes et des enfants), à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, est transformée, à partir du 1er octobre 1884, en chaire de clinique obstétricale et de gynécologie

— Par décret, en date du 1er décembre 1884, M. Brunhes, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Dijon.

— Par décision ministérielle, en date du 29 novembre 1884, ont été désignés :

MM. les médecins principaux de 1re classe Vallin, pour l'hôpital du Gros-Caillou; Bourot, pour l'emploi de médecin-chef de l'hôpital de Nancy; Guillemin, pour l'emploi de directeur du service de santé de la division d'occupation de Tunisie.

M. le médecin principal de 2e classe Massoutié, pour l'hôpital de Versailles.

MM. les médecins-majors de 1re classe Delmas, pour le 117e d'infanterie; Fournier, pour l'emploi de médecin-chef à l'école de Saumur.

M. le médecin-major de 2e classe Bruant, pour l'hôpital de la Charité, à Lyon.

MM. les médecins-aides-majors de 1re classe Collin, pour le 14e dragons; Meunier, pour le 2e hussards.

MM. les médecins-aides-majors de 2e classe Riff, pour le 35e d'infanterie; Stouff, pour le 42e d'infanterie.

— Les questions données jusqu'à présent pour l'épreuve orale du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central sont : 1° des complications pulmonaires dans la fièvre typhoïde ; 2° de la dégénérescence graisseuse du cœur ; 3° le rhumatisme chronique primitif ; 4° pathogénie et symptômes des embolies pulmonaires ; 5° causes, symptômes et diagnostic de la névralgie sciatique ; 6° des angines de poitrine symptomatologiques.

— Le concours des prix de l'internat des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé lundi soir.

Les dernières questions de l'épreuve orale ont été :

a. Pour les élèves de la première division (internes de troisième et quatrième années) : 1° luxation congénitale de la hanche; 2° accidents nerveux du saturnisme.

b. Pour les élèves de la deuxième division (internes de première et deuxième années) : 1° hernie inguinale congénitale ; 2° hydrocèle vaginale; 3° paralysie de la troisième paire.

Les résultats du concours sont les suivants :

Première division. — (*Médaille d'or*) *:* M. Richardière (Henri-Alphonse), interne de quatrième année à l'hôpital des Enfants-Malades. — *Accessit.* (*Médaille d'argent*) *:* M. Babinski (Joseph-François), interne de quatrième année à l'hôpital Cochin. — *Première mention :* M. Charrin (Benoît-Jérôme), interne de quatrième année à l'hôpital Lariboisière. — *Deuxième mention :* M. Darier (Ferdinand-Jean), interne de quatrième année à l'hôpital Saint-Antoine.

Deuxième division. — (*Médaille d'argent*) *:* Prix, M. Hallé (Adrien-Joseph), interne de deuxième année à l'hôpital Beaujon. — *Accessit.* (*Livres*) *:* M. Hartmann (Henri-Albert), interne de deuxième année à l'hôpital Trousseau. — *Première mention :* M. Roger (Georges-Eugène), interne de deuxième année à l'hôpital Trousseau. — *Deuxième mention :* M. Dubreuilh (William-Auguste), interne de deuxième année à l'hôpital Saint-Louis.

— Un concours pour cinq places d'internes titulaires et cinq places d'internes provisoires dans les asiles publics d'aliénés de la Seine et à l'infirmerie spéciale des aliénés près le dépôt de la préfecture de police s'est ouvert le 1er décembre, à midi, à l'asile Sainte-Anne. Le sujet de la composition écrite a été : *le nerf récurrent*, anatomie et physiologie.

MM. les docteurs Legrand du Saulle, Mauriac, Auguste Voisin,

Dagonet, Reclus, Bigot et Espiau de Lamaestre, sont juges de ce concours.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Blarez, agrégé, est chargé du cours de chimie, en remplacement de M. Micé, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Monnet (Léon-Ernest), docteur en médecine, est délégué dans les fonctions de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques (emploi nouveau).

Un nouveau congé d'un an, sans traitement, est accordé, sur sa demande, pour raisons de santé, à M. de Guerne, préparateur d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Mathieu (Marc), docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Rebatel, dont la délégation est expirée.

M. Laguaite (Adrien), docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Gangolphe, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Dufourt (Édouard), docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique médicale, en remplacement de M. Rabot, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Muséum.* — M. le professeur L. Vaillant ouvrira le cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le jeudi 4 décembre 1884, à une heure, dans la salle des conférences du laboratoire d'herpétologie (ménagerie des reptiles), et le continuera, à la même heure, les samedis, mardis et jeudis suivants.

Il traitera de l'organisation, de la physiologie, de la classification des batraciens, tant de l'époque actuelle que fossiles, au point de vue de l'intérêt que présente l'étude de cette classe dans les questions qui se rattachent à la zoologie générale, et fera connaître les espèces utiles dans l'économie domestique, dans l'industrie, etc. Le cours sera complété par des conférences pratiques au laboratoire et à la ménagerie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17078.

N° 141. — SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 6 DÉCEMBRE 1884. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Mal plantaire, étiologie et pathogénie. — Traitement de la diphtérie par l'inhalation des vapeurs antiseptiques. — Fistules urétrales non urinaires. — Société de Chirurgie. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Mal plantaire ; étiologie et pathogénie.

Un homme de cinquante-huit ans, exerçant la profession de boulanger, est entré à la clinique médicale de la Charité pour deux affections : une bronchite légère, dont nous n'aurons pas à nous occuper ici, et une ulcération de la plante du pied, qui mérite seule en ce moment notre attention. Voici en quelques mots les antécédents morbides de ce malade :

Il y a quatorze ans, il a eu de la fièvre avec une excitation cérébrale très intense qui a nécessité son admission à Bicêtre, où il est resté un an. Il en est sorti guéri, mais il a conservé depuis lors une inégale dilatation pupillaire. Il y a trois ans il a fait une chute dans laquelle il s'est produit une distorsion du genou suivie d'une arthrite qui a laissé à son tour, après elle, une déformation notable.

Enfin il y a un an il lui est survenu à la plante du pied, au niveau de la tête du premier et du deuxième orteil, une plaie qui n'a point guéri.

C'est pour cette dernière lésion principalement qu'il est entré à l'hôpital.

Aujourd'hui voici ce que l'on constate chez lui. Le genou est volumineux, il forme une saillie considérable en dedans, constituée sans doute par une ancienne ostéite, proliférante, du condyle interne du fémur; la rotule est ankylosée; la jambe portée dans l'abduction forme avec la cuisse un angle ouvert en dehors. En cherchant à imprimer des mouvements à l'articulation, on perçoit des craquements. Consécutivement à cette déformation de la jambe, il s'est produit un abaissement du bassin à droite et une légère déviation de la colonne vertébrale.

Quand on examine la plante du pied, on voit une petite plaie au niveau de la tête du gros orteil ; cette plaie est sans rougeur, elle est recouverte d'une surface cornée, épaisse, au centre de laquelle existe une sorte de petit cratère profond, allant de l'épiderme jusqu'à l'os. Le pourtour de ce cratère est constitué par des bords indurés. La peau au niveau de la plaie et dans son voisinage, dans une zone d'un 1/2 centimètre environ, est insensible. La piqûre d'une aiguille plongée à 4 ou 5 millimètres n'est pas sentie. Le malade ne souffre pas de cette plaie; lorsqu'il marche, il éprouve seulement de la gêne et une légère douleur.

On reconnaîtra aisément à ces caractères et à la persistance de cette plaie fistuleuse, ce que l'on a appelé le mal plantaire ou mal perforant, décrit pour la première fois comme espèce morbide spéciale par Nélaton, dans une leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux* en 1852, et dont nous avons eu plusieurs fois, depuis lors, l'occasion d'entretenir nos lecteurs.

M. Hardy, en constatant l'existence de cette lésion spéciale, a dû naturellement chercher à quelles conditions, à quel état morbide antécédent ou actuel elle pouvait tenir ; car le mal perforant, comme on le sait, est rarement un fait isolé : il est presque toujours deutéropathique, et tout le monde n'y a pas droit. L'une des conditions les plus générales est l'âge avancé ; mais ce n'est là qu'une condition prédisposante, qui ne suffit pas à elle seule pour le produire. Il n'a aucun rapport direct avec le traumatisme du genou dont il a été question, et qui ne pourrait compter tout au plus que comme prédisposition, à cause de la difficulté qu'il entraîne dans la marche. L'affection dont il dépend le plus souvent est l'ataxie locomotrice ; il s'est présenté un exemple remarquable de cette relation, il y a deux ans, chez un malade du service.

On voit quelquefois le mal plantaire se produire à la suite d'une névrite ou de toute autre altération spéciale dans les nerfs du pied. Rien de semblable n'existe chez ce malade. Il ne présente aucun symptôme d'ataxie; il n'a eu aucune lésion du système nerveux.

Il fallait donc chercher ailleurs.

Se souvenant du rôle important qui a été attribué à l'athérome artériel dans la production de cette affection par plusieurs chirurgiens, MM. Péan, Gosselin, Dolbeau entre autres, M. Hardy a poursuivi son exploration dans cette direction. Il était difficile, sans doute, de s'assurer si l'artère plantaire était ou non athéromateuse ; mais en examinant l'état des artères accessibles au toucher et à la vue, il était possible d'y trouver des indices d'où l'on déduirait aisément l'état probable de ce vaisseau. C'est ce qui a eu lieu, en effet. Voici ce qu'a révélé cette exploration :

Le pouls est lent (60 pulsations par minute), large ; l'artère radiale est flexueuse; l'artère humérale est volumineuse, dure, flexueuse et donne au doigt une impulsion exagérée ainsi que, le long de son trajet, l'impression de petits cerceaux cartilagineux. Les artères temporales sont également dures et flexueuses. Le cœur bat à peine ou du moins ses battements à la main sont très faibles. A l'aus-

cultation, ses bruits sont également faibles ; à peine si l'on entend distinctement le premier bruit. A la base du cœur, on perçoit un léger bruit de souffle diastolique, indiquant une insuffisance aortique. Enfin le sphygmographe donne un caractère qui suffirait à lui seul pour faire considérer ce malade comme un athéromateux : il donne une ligne ascendante droite avec un plateau au sommet au lieu d'une pointe. Tout dans l'état général témoigne d'une grande faiblesse.

On était fondé, en résumé, à rattacher ce mal perforant à l'état athéromateux du système artériel.

Mais était-ce à dire que le système nerveux n'y fût pour rien ? M. Hardy, en constatant l'absence de tout symptôme d'ataxie locomotrice, et en excluant par conséquent la sclérose médullaire comme cause du mal perforant dans ce cas-ci, n'entendait pas que le système nerveux fût déclaré entièrement indemne et dégagé de toute solidarité avec la lésion dont il s'agit ici. Il y a quelque chose, a-t-il dit, qui rattache l'athérome à la sclérose : c'est le symptôme commun à ces deux états morbides de l'insuffisance aortique. L'athérome artériel accompagne toujours plus ou moins la sclérose nerveuse.

Il pourrait y avoir à ce sujet une question à soulever et à débattre. Il s'en faut, en effet, que les pathologistes, les chirurgiens comme les médecins, soient d'accord sur l'étiologie et la pathogénie vraies de cette affection. Tandis que, en effet, les uns en font un attribut à peu près exclusif, à titre de lésion trophique, de la sclérose nerveuse, et que d'autres, comme on vient de le voir, la rapportent à l'athérome artériel, il en est qui, se fondant sur l'absence de l'athérome comme de la sclérose dans un certain nombre d'autopsies, ont contesté que l'une ou l'autre de ces deux étiologies fût constante. Ils ont donc cherché ailleurs les conditions pathogéniques du mal plantaire. Les uns en ont fait une maladie toute locale, une mortification graduelle, moléculaire, amenée par la pression d'un durillon sur le derme ; D'autres n'y ont vu qu'une inflammation de la bourse muqueuse d'un durillon et une ulcération consécutive du derme. Ceux-ci l'ont rapproché par analogie de la lèpre anesthésique, avec laquelle il a, en effet, plus d'une ressemblance. Le plus grand nombre, enfin, se sont ralliés à l'idée qui le fait procéder non pas d'une lésion unique et constamment la même du système nerveux, mais toujours d'une lésion nerveuse primitive quelconque, tantôt des nerfs, tantôt de la moelle, tantôt de l'encéphale lui-même, dont il y aurait toujours à rechercher et à déterminer l'espèce, le siège et l'étendue.

C'est là sans doute la conception pathogénique la plus large et la plus compréhensive, et qui n'exclurait aucune des autres conditions étiologiques à titre d'accessoires ou d'adjuvantes.

Disons, pour terminer, que, comme traitement, M. Hardy a prescrit à ce malade le pansement avec la poudre d'iodoforme et un emplâtre de Vigo comme moyens locaux, et un régime reconstituant et tonique, vin de quinquina, etc.

Traitement de la diphtérie par l'inhalation de vapeurs antiseptiques.

M. le docteur Renou (de Saumur), dont nous avons exposé dans l'une des précédentes Revues (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 1074) les heureuses tentatives de traitement de la diphtérie par les inhalations de vapeurs antiseptiques, a bien voulu nous communiquer sur sa méthode les renseignements complémentaires suivants, que nous nous empressons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

« Cette méthode de traitement, nous écrit-il, ou sorte de pansement antiseptique des voies respiratoires plutôt que spécifique de la diphtérie, est basée sur l'action topique de vapeurs mises en contact par la respiration avec les muqueuses malades, et sur l'absorption pulmonaire. Aussi plusieurs confrères en Anjou et moi-même en avons-nous tiré d'excellents résultats dans la coqueluche grave, par exemple, et dans la broncho-pneumonie. Elle consiste, en somme, en ceci :

a) Saturer l'air, respiré par un malade, de vapeurs d'eau contenant en solution — *b*) une dose active de substances antiseptiques. J'ai naturellement expérimenté tout d'abord l'acide phénique et l'acide salicylique, y ajoutant comme arome l'acide benzoïque. J'ai vu que ce dernier était très peu balsamique ; et comme il coûte très cher, j'y ai renoncé.

a) Saturer l'air semble très simple, et ce l'est en effet ; cela comporte pourtant quelques observations. Chacun sait que l'état de saturation ou hygrométrique de l'air varie avec sa température. Plus celle-ci s'élève, plus il peut s'assimiler de vapeurs. Théoriquement donc, en élevant progressivement la température d'un air, maintenu saturé de vapeurs acidifiées, on arriverait à le rendre véritablement caustique. La progression thermométrique descendante donne exactement l'inverse.

D'où l'importance d'une température assez élevée autour du malade, donnant toutefois un milieu supportable ; soit 20 à 25 degrés.

On comprendra de même qu'il faille rejeter la pulvérisation comme moyen de saturer l'air. La division d'un liquide facilite son *évaporation*, et celle-ci amène un refroidissement, tandis que la vapeur cède son calorique à son milieu. On saturera donc l'air par la vaporisation.

Un fourneau de cuisine à lampe de pétrole garnie de deux becs, portant une casserole d'une contenance de 2 litres d'eau, vaporise par vingt-quatre heures 25 à 30 litres de solution antiseptique.

b) Nous ferons passer ainsi dans la vapeur d'eau, par vingt-quatre heures, de 50 à 100 grammes et plus d'acide phénique et 20 grammes d'acide salicylique.

A cet égard, chacun se fera sa dose suivant le volume d'air à saturer ou la gravité du cas. L'intoxication phéniquée n'est point à redouter ; nous l'avons souvent intentionnellement cherchée. On en est immédiatement averti par la teinte vert olive de l'urine et par un vomissement.

Pour l'application des données ci-dessus, on cherchera d'abord au malade un appartement petit, et si on n'a qu'une vaste pièce à sa disposition, il sera toujours possible de lui improviser une sorte d'alcôve ou une loge avec des couvertures tendues du plafond au sol. Auprès de son lit, sur une chaise, un fourneau vaporisant la solution antiseptique renouvelée au fur et à mesure.

On se figure difficilement ce que fournissent de chaleur le fourneau et la vapeur d'eau. Sans autre foyer, à moins d'un froid extérieur assez vif, on arrivera facilement, dans un cubage atmosphérique de 15 et 20 mètres, aux 20 et 25 degrés utiles.

En somme, on le voit, étant donné le problème : « L'air « ambiant, inhalé de 16 à 40 fois par minute, entrant dans « la poitrine à la dose quotidienne de 3 à 8,000 litres, peut-

« il devenir une arme thérapeutique et servir de véhicule à « un médicament? »

J'ai résolu ce problème de la façon que voici : 1° installer le malade dans une sorte d'étuve, de petit cubage, tout en maintenant un air parfaitement respirable.

2° Élever à 20-25 degrés la température de ce milieu. Ce à quoi on arrive aisément par deux sources de chaleur : un simple fourneau à pétrole, deux à l'occasion, et la *vaporisation* de 25 à 30 litres d'eau par vingt-quatre heures (on ajoutera, s'il y a lieu, l'action d'une cheminée — non d'un poêle parce qu'il dessèche l'air). Une température élevée et constante, outre son action sur les voies respiratoires, a l'avantage d'élever la puissance hygrométrique de l'air.

3° Vaporiser une solution médicamenteuse et en saturer l'air : acide phénique, acide salicylique, sublimé, térébenthine, etc. Cette action médicamenteuse sera naturellement : *topique* par contact, et direct pendant la respiration *générale* par absorption pulmonaire.

Lorsqu'on refroidit un appartement dans lequel ce traitement a été institué, immédiatement les tentures et les murs se poudrent de petits cristaux des acides employés.

Encore une fois, je n'ai pas la prétention d'avoir trouvé un remède, un spécifique au croup. Comme pour la fièvre typhoïde et le choléra, le contrepoison diphtéritique reste à trouver. Il s'agit d'une sorte de pansement antiseptique, éminemment applicable aux affections des voies aériennes, d'une méthode rationnelle de traitement, dont l'étude est encore incomplète et l'application facile.

Ne servirait-elle qu'à créer une atmosphère préservative pour l'entourage d'un malade et à éviter à celui-ci une des complications si fréquentes du croup et de la trachéotomie, je veux parler de la broncho-pneumonie, ce serait déjà un excellent résultat.

En ce qui concerne l'appel que vous faites à moi-même et à d'autres expérimentateurs au sujet de cette méthode, depuis un an, voici ce qui m'est personnel :

Il y a eu peu de cas de diphtérie dans notre région ; en revanche, ils ont été très graves. J'ai neuf observations.

Quatre se sont guéris sans trachéotomie, deux avec angine couenneuse et tirage laryngien assez peu considérable, deux avec un tirage rendant la trachéotomie imminente.

Cinq malades ont été trachéotomisés par moi. Quatre sont morts ; un seul s'est guéri. Des quatre qui ont succombé, l'un (douze ans) avait une infection diphtéritique épouvantable au moment où j'arrivai : couennes épaisses nasales, pharyngiennes, laryngiennes et bronchiques, gros ganglions et œdème, hémorragies nasales et intestinales. Un second succomba deux jours après l'opération à la reprise de l'asphyxie. C'était un enfant de trois ans à peine, petit et très chétif. Le troisième succomba trois semaines après l'opération à une paralysie du diaphragme, de l'œsophage et des jambes. Le quatrième prit, deux jours après l'opération, un érysipèle grave qui envahit la poitrine et s'étendit jusqu'à l'ombilic avec de grosses phlyctènes qui laissèrent des ulcérations pseudo-membraneuses. Il succomba dix-huit jours après la trachéotomie, le pharynx encore garni de fausses membranes et paralysé au point de ne permettre l'introduction d'aucun aliment. Tout revenait par la canule et les narines.

Hors ces cas, je puis citer un fait appartenant à mon excellent confrère de Saumur, le docteur Bouchard, ancien interne des hôpitaux, dont l'observation a été communiquée par lui à la Société de médecine d'Angers. Succès très heureux dans un cas fort grave d'angine et de croup. J'ai reçu également deux observations, l'une de M. le docteur Béranger (de Niort), l'autre de M. le docteur Fouquet, au Caire.

Je désire sincèrement que d'autres expérimentateurs apportent également leur contingent d'observations, n'ayant moi-même de plus cher intérêt que d'être éclairé sur la valeur d'un moyen que je n'entoure d'aucun amour-propre paternel, mais auquel je suis reconnaissant des résultats que je lui attribue.

Toutefois il y a des expérimentations auxquelles j'ai assisté et que je n'accepte pas. J'ai vu, par exemple, dans une chambre, une casserole contenant une solution quelconque bouillir près du malade sur un fourneau. Ceci ne réalise pas plus mes conditions qu'une pommade phéniquée ne réalise un pansement de Lister.

Si, pour finir cette longue lettre, vous voulez mon appréciation désintéressée, je dirai qu'il me paraît, autant qu'on peut juger par un nombre restreint d'observations d'une méthode pleine de détails et pleine d'inconnu, que ce moyen constitue un excellent pansement de la diphtérie, pour le malade, les complications à prévoir, et pour son entourage. Contre une intoxication diphtéritique grave, il est comme tout le reste impuissant, ce n'est point un spécifique. Contre une diphtérie commençante, ou d'intensité moyenne malgré un envahissement avancé, ou dans un organisme disposé à la lutte, il semble, d'après ce que j'ai vu, que ce soit une ressource précieuse et de nature, si les résultats se confirment, à diminuer notablement la mortalité de cette affreuse maladie. »

FISTULES URÉTRALES NON URINAIRES (1)

Par M. le docteur Reliquet.

III

Obs. IV. — En 1877, mon ami le docteur Paul Dubois m'appelle près d'un jeune homme de vingt-deux ans, étudiant. Depuis trois ans il a un écoulement chronique de l'urètre. A la suite d'excès de coït il est pris de douleurs violentes au périnée. Depuis le début des accidents (quatre jours), il lui est impossible de s'asseoir, et l'évacuation de l'urine est devenue de plus en plus difficile, jusqu'à la rétention.

Au lieu d'élection, dans le triangle périnéal gauche, sans qu'il y ait de saillie de la peau, on sent sur le côté du bulbe une tumeur oblongue d'avant en arrière, extrêmement sensible au toucher, que l'indicateur dans le rectum et le pouce sur le périnée délimitent très bien.

Je passe une sonde en gomme n° 13, qui est un peu serrée dans la région membraneuse, et provoque une douleur violente. Je retire un litre et demi d'urine. La sensibilité de l'urètre persiste. Mais, malgré cela, je laisse la sonde à demeure. Je fais prendre un grand lavement avec ma longue canule, matin et soir. Une heure après que le grand lavement est rendu, j'injecte très haut dans le rectum, matin et soir, un petit lavement de 100 grammes d'eau contenant 6 centigrammes d'extrait de jusquiame et 8 gouttes de laudanum.

Le troisième jour, le gonflement glandulaire augmentant ainsi que la douleur, je place six sangsues sur la tumeur, mises l'une après l'autre. Elles furent suivies d'une détente ; la douleur était bien moindre.

Il était possible de toucher la glande enflammée sans provoquer de cris. Je reconnais alors que la tuméfaction est beaucoup moins tendue ; je retire la sonde, et la pression sur la glande

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 novembre 1884.

fait sortir par l'urètre le liquide muqueux, épais, filant, maculé de stries purulentes. Cette évacuation amène un plus grand soulagement.

Le malade urine seul. A la fin de chaque miction, qui d'abord est incomplète, il a une douleur vive avec épreinte et expulsion de mucosité filante, en tout semblable à celle qui est évacuée par la pression directe.

Pendant trois jours, je vide une fois par vingt-quatre heures, avec la sonde, la vessie, et la miction se fait complètement.

La tumeur diminue rapidement, mais pendant trois semaines il y a expulsion d'un mucus de moins en moins épais et de moins en moins purulent. Enfin on ne trouve plus au palper trace du gonflement de la glande.

Ce même malade, n'ayant plus d'écoulement depuis les accidents de 1877, me fait appeler en 1880. Cette fois, c'est la glande de Cowper droite qui est prise, et toujours sous l'influence de la même cause, excès de coït, —le diagnostic est très net, —il y a encore difficulté pour uriner, mais la rétention n'arrive pas à être complète, la percussion me démontre que la vessie reste dilatée après les mictions qui sont très fréquentes. Je me borne à vider la vessie matin et soir pendant trois jours. Pendant ce temps le rectum est maintenu vide par le grand lavement, matin et soir. Je mets sur le point douloureux quatre sangsues, placées l'une après l'autre, et dès le quatrième jour du traitement la vessie se vide. La pression directe sur la tuméfaction glandulaire en fait sortir par l'urètre les mucosités, qui sont ainsi chassées par le coup de piston de la fin de la miction. Tout s'est rétabli en peu de jours.

Ainsi voilà un fait double, où, dans les deux atteintes de cowpérites, l'évacuation spontanée des liquides glandulaires se faisant assez vite, la résolution a été obtenue. Les conduits excréteurs des glandes de Cowper, quoique très petits, surtout à leurs orifices urétraux, laissent cependant passer des mucosités très denses, au moment de l'inflammation de ces glandes. Du reste, leur produit normal, comme le dit Ch. Robin, dans son *Traité des humeurs*, page 360, est justement extrêmement filant et épais ; c'est lui qui donne au sperme son état filant, gélatiniforme.

Malgré cette possibilité pour ces canaux de laisser passer ces matières demi-liquides, on comprend cependant que les produits de la glande enflammée deviennent trop épais pour sortir facilement, qu'ils s'y accumulent, provoquent la dilatation de ces canaux, de leurs orifices urétraux et de la glande, en même temps qu'ils déterminent l'inflammation du tissu cellulaire périphérique, et par suite ce que nous connaissons sous le nom de phlegmon de la glande de Cowper. La dilatation du canal excréteur par les produits de la glande enflammée explique pourquoi, aussitôt après l'ouverture de l'abcès, tous les liquides contenus dans la glande étant évacués, il peut se faire que l'urine passe par la plaie, ainsi que l'ont observé Gubler et Mauriac (1). Mais la surdistension du canal excréteur n'ayant pas fait perdre à ses parois leur rétractilité et leur contractilité propres, il en résulte que le calibre normal de ce canal se rétablit vite, que sa fonction redevient complète : alors l'urine ne passe plus par le trajet de la plaie. C'est, en effet, ce qui arrive dans la très grande majorité des cas quand on ouvre un phlegmon de la glande de Cowper. Cependant, ainsi que je vais bientôt en donner une observation, il peut arriver que l'urine continue à sortir par le trajet. M. Gosselin en a observé aussi un cas.

Presque toujours après l'ouverture du phlegmon de la glande, très peu de temps après, l'urine ne passe plus par la plaie, si elle a passé, et la cicatrisation complète du phlegmon se fait sans difficulté. Il est évident que le produit de sécrétion reprend son cours normal par le canal excréteur.

Mais il peut arriver que la cicatrisation ne se fasse pas ; cela se produit, ainsi que le démontrent les observations I et II, et les faits de non-guérison signalés par M. Després, dans ses leçons (*France médicale*), et dans la thèse de Coulliard, 1876. M. Després conclut en disant que le pronostic est peu grave, ces fistules de la glande de Cowper étant parfaitement compatibles avec l'état de santé, et que ces fistules sont à peu près incurables.

M. Gruget, dans sa thèse, après avoir parlé de tous les moyens de traitement en usage, même de l'extirpation de la glande, proposée par Swediaur, moyen le plus rationnel, l'incurabilité par les autres moyens étant admise, dit fort justement, page 29 : « Pour mettre un terme à cet état de choses, il faudrait rendre au mucus sa direction première. » C'est le résultat que j'ai obtenu par les injections faites dans la cavité de la fistule. C'est évidemment grâce au passage de l'injection dans l'urètre, aux lavages fréquents du conduit excréteur par l'eau phéniquée ou l'eau boriquée qui entraînaient toutes les matières pouvant oblitérer et suspendre la communication de la glande à l'urètre, que j'ai pu obtenir la guérison. Mais, tout en satisfaisant à cette première indication, il ne faut pas oublier que cette petite glande, grosse au plus comme un pois, point de départ de ce phlegmon, se trouve sur le côté du bulbe, au sommet ou un peu plus au centre d'une cavité qui suppure. Il faut que le retrait de cette poche sur la glande soit complet, qu'il ne reste pas d'espace capable de suppurer entre la glande et les tissus qui l'entourent, pour qu'il n'y ait pas de récidive.

Il faut que le retrait des tissus sur la glande, redevenue saine, soit complet, et ce n'est pas le résultat le plus facile à obtenir. Si on laisse le trajet se cicatriser avant que ce retrait des tissus sur la glande soit absolu ; s'il reste le plus petit point à la surface de la glande capable de donner un peu de pus, c'est une récidive certaine, et dans un temps court. De là les soins par lesquels j'ai cherché à maintenir constamment la disposition en infundibulum du trajet fistuleux, son sommet étant à la glande. De là les pansements avec la mèche de charpie remplissant bien le trajet, et mieux avec le tube à drainage, et enfin avec la petite canule d'argent (à ouvertures latérales de drain) pour satisfaire à la dernière période (fig. 1), lorsque le trajet fistuleux de la glande à la peau est devenu très étroit. Par cette canule on continue, jusqu'au dernier moment, à faire les injections, pour maintenir la perméabilité du canal excréteur. On ne retire cette canule que lorsque les tissus des parois du trajet fistuleux sont tout à fait normaux sans induration ; lorsque la masse glandulaire est à peine perceptible au palper, lorsqu'il ne sort plus de muco-pus par la canule, et enfin lorsque cette petite canule est absolument serrée par toutes les parois du tissu fistuleux, alors, dans les vingt-quatre heures qui suivent, la cicatrice est complète.

Mais pourquoi l'urine ne revient-elle pas par la plaie ? Évidemment, c'est parce que le conduit excréteur de la glande a repris son calibre, si à un moment donné il a été dilaté, ou mieux parce qu'il a toujours conservé sa fonction d'empêcher le liquide contenu dans l'urètre de refluer vers la glande.

---

(1) Thèse de Gruget, 1876. — *De la fistule de la glande de Cowper.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Ostéomyélite. — **M. TRÉLAT**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Verneuil, rappelle que MM. Lannelongue et Comby ont cité des cas analogues d'ostéomyélite prolongée. Lui-même a pratiqué deux amputations dans des circonstances à peu près semblables. Le fait de M. Verneuil n'a donc en lui-même rien d'extraordinaire. Il professe habituellement que, à part la forme aiguë, l'ostéomyélite a souvent une histoire fort longue.

M. BERGER communique l'observation d'un malade qui est entré il y a deux ans à la Charité, à l'âge de trente-huit ans, et qui était atteint d'ostéomyélite du fémur gauche. A quinze ans, il avait eu des fièvres intermittentes graves. A dix-neuf ans, il se plaint d'une douleur vive dans l'humérus gauche; surviennent des abcès fistuleux, de l'hyperostose; pas de séquestres. Quatre ans se passent; à vingt-cinq ans, il revient des douleurs atroces dans le fémur gauche; en même temps apparaît une poussée fébrile intense. Un abcès s'ouvre en quelques semaines, suivi de fistule et de l'élimination d'un séquestre. La fistule persiste indéfiniment; cependant il exerce ainsi, pendant treize ou quatorze ans, la profession de charretier. Il se fait une fracture de la cuisse gauche par un traumatisme violent. Cette fracture se consolide avec 3 ou 4 centimètres de raccourcissement. Il reprend son métier pendant quelques mois, puis tombe dans une fièvre hectique avec une suppuration fétide. Il entre à l'hôpital dans un état cachectique. Le membre est tuméfié jusqu'au trochanter; il y a une fistule au niveau de la région poplitée; on sent au fond un séquestre. M. Berger fait, en 1883, la séquestrotomie à l'aide de la gouge et du maillet. Il reste une grande cavité. L'état général ne s'améliore pas. Il se fait une fracture spontanée dans un appareil inamovible; l'état devient très grave. M. Gosselin conseille de pratiquer l'amputation sous-trochantérienne et la résection de l'extrémité supérieure, sous-périostée au besoin. M. Berger pratique l'opération à deux ou trois travers de doigt au-dessous du grand trochanter; l'os est d'une extrême dureté. Il y a une suppuration du moignon. Cependant l'état finit par s'améliorer et le malade parvient à guérir avec une fistule qui s'est réouverte, puis fermée. Il va bien maintenant au point de vue de son moignon; mais l'humérus redevient douloureux. On voit sur la pièce qu'il s'agit d'une hyperostose éburnée du fémur qui ne mesure pas moins de 19 centimètres de circonférence. Le canal médullaire oblitéré aboutissait à un cloaque. Il y a un séquestre en voie d'élimination, avec une multitude de fragments autour. Le condyle interne du fémur est vermoulu; la rotule est également altérée.

M. Berger donne un autre exemple dont M. Picqué a présenté les pièces à la Société anatomique en 1883. Il s'agit d'un marin, à peu près du même âge, revenant d'Irlande où il avait eu le scorbut. Bientôt apparaissent tous les symptômes d'une ostéomyélite aiguë, avec abcès intra-médullaire nécessitant l'amputation de la cuisse. Après cette opération, long intervalle de repos. Puis survient un traumatisme réveillant l'inflammation. Il se fait une sorte de balancement entre deux ostéomyélites concomitantes, celle de l'humérus reprenant après la suppression d'une sorte d'émonctoire produit par la suppuration de la cuisse. On voit sur la pièce l'existence d'une nécrose par poussées successives d'inflammations, comme cela se passe habituellement chez ces malades. Cette affection peut avoir une durée indéfinie, comme, par exemple, dans le fait suivant.

M. Berger trouve à Bicêtre un vieillard de soixante-douze ans dont la pancarte porte la rubrique : ulcères variqueux. En l'examinant, il découvre une petite perforation à bords enfoncés, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de la jambe. A l'âge de sept ans, cet homme avait été pris d'une inflammation vive de la jambe avec abcès et séquestre, puis fistule, qui depuis ne s'est jamais fermée. Il a de temps en temps une petite poussée inflammatoire et élimine un séquestre. Cela dure depuis soixante-cinq ans. Ce malade étant mort, on a trouvé son tibia peu déformé, recouvert en haut d'ostéophytes, présentant une hyperostose éburnée à la partie moyenne. A la partie supérieure on voit quatre perforations, en arrière, en avant, en dehors et en dedans. On constate une cavité sous-épiphysaire limitée par l'éburnation; le canal médullaire est oblitéré. A la partie antérieure de cette cavité se trouve un séquestre en train de se limiter. Il s'agit donc d'une hyperostose sans tendance à l'oblitération de la cavité, mais, au contraire, avec une tendance à produire des séquestres. La nécrose est tellement importante, dans ces formes, qu'on comprend que les anciens auteurs en aient fait une entité morbide, une maladie spéciale. Il faut désigner ces ostéomyélites sous le nom d'ostéomyélites à forme nécrosante. Après ces inflammations, l'os est toujours en imminence pathologique tant qu'il reste de l'hyperostose. Dans ces conditions, toute cause occasionnelle, un traumatisme, une fièvre éruptive, peuvent ramener des accidents. Mais ces accidents ne sont pas nécessaires et l'évolution n'est pas aussi fatale que l'admet M. Lannelongue. M. Berger rappelle avoir présenté en 1869 un malade atteint d'un abcès sous-périostique aigu avec dénudation du péroné telle qu'il avait annoncé un séquestre. Il n'y eut pas de nécrose. M. Lannelongue dit que les suites étaient à craindre. Or voilà aujourd'hui six ans de cela et ce malade ne présente ni sensibilité ni tuméfaction ni aucune trace de son affection. En admettant qu'il puisse y avoir encore des craintes pour l'avenir, on peut espérer qu'il n'y aura pas fatalement des accidents.

Relativement à la marche de ces affections, M. Berger ne dit pas que toutes ces ostéomyélites se terminent toujours par nécrose; elles peuvent aussi se terminer par abcès intra-osseux, par hyperostose, par sclérose; mais le plus souvent elles se terminent par nécrose.

Quant au traitement, il faut faire une grande distinction entre les cas d'ostéomyélite aiguë et ceux d'ostéomyélite chronique. Si, dans les premiers, la trépanation a rendu de réels services, il n'en est plus de même pour les formes chroniques. On peut bien enlever des séquestres mobiles, mais pourra-t-on enlever ces nécroses en train de se produire? On ne saurait y prétendre. Dans les ostéomyélites prolongées, il faut donc se borner à une intervention purement palliative, en tant que le membre n'est pas perdu, que l'état général n'est pas compromis; dans ces cas, il faut recourir à l'intervention la plus radicale possible. Toutefois, la désarticulation étant beaucoup trop grave pour certains malades, M. Berger préférerait recourir à l'opération qu'a pratiquée M. Verneuil chez son malade, c'est-à-dire à l'amputation sous-trochantérienne.

M. TERRIER présente un malade qui a été atteint de deux ostéomyélites, l'une à droite, l'autre à gauche, siégeant au voisinage des épiphyses du fémur. Du côté droit, il a d'abord fait l'incision de l'abcès pour remédier à des phénomènes graves; ceux-ci ne s'amendant pas, il a appliqué alors deux couronnes de trépan et a fait sauter le pont compris entre ces deux couronnes. Le pus recueilli dans ces deux opérations a été examiné par M. Cornil, qui y a trouvé les bacilles de l'ostéomyélite. Les accidents s'amendèrent, mais ils devinrent plus intenses du côté opposé. M. Terrier ouvrit, de ce côté, un abcès sous-périostique. Le pus recueilli, comme la première fois, dans des tubes spéciaux, fut examiné par M. Cornil : il contenait des bacilles. Ce malade a eu des accidents très graves : la septicémie propre à l'ostéomyélite infectieuse, de l'albuminurie, de la néphrite infectieuse. Il a fini par guérir. Le traitement a été long en raison des phénomènes de septicémie spéciale à l'ostéomyélite, due au micrococcus de l'ostéomyélite. Actuellement ce malade va très bien; il a fait 4 ou 5 lieues à pied.

M. TRÉLAT dit que M. Berger, dans sa communication, a soutenu que la plupart des ostéomyélites se terminaient par nécrose. Il a bien eu soin, dans une phrase, de rayer ce qu'il y avait de trop absolu dans cette assertion; mais cela ne paraît pas moins être le fond de sa pensée. Or ces ostéomyélites prolongées sont sujettes à des terminaisons très variables. M. Trélat croit pouvoir

affirmer que, dans ces cas, jamais l'ablation des séquestres n'a été suivie de guérison définitive. Cette guérison, en effet, est impossible tant qu'il reste la membrane ambiante. Quand vous avez enlevé un séquestre, vous avez supprimé un produit de la maladie, mais non la maladie elle-même.

Le malade présenté par M. Terrier ne prouve pas grand'chose, au point de vue de la guérison; il faudrait pouvoir le revoir dans trente ou quarante ans. En présence de faits de ce genre, il faut avoir la conviction profonde qu'on a affaire à une affection redoutable, extensive, d'une très longue durée. L'énergie de la thérapeutique doit être en raison directe de l'intensité de l'affection. Quand vous avez affaire à une ostéomyélite aiguë, il faut largement ouvrir; et, plus tard, il faut, autant que possible, enlever tout ce qui est atteint.

M. Trélat partage l'opinion de M. Terrier sur l'existence d'une septicémie spéciale à l'ostéomyélite. Il cite l'observation d'un enfant qu'il a vu avec M. Millard, qui a été atteint d'une ostéomyélite suraiguë du tibia ayant nécessité une large incision. Après cette ostéomyélite, il a été pris de manifestations aiguës du côté de la hanche, de fausse coxalgie; puis sont survenus des ostéophytes du côté du bassin du pubis, puis enfin une poussée d'ostéomyélite du côté de l'humérus. Elle a duré trois ans, puis s'est terminée par des abcès avec de petits séquestres superficiels. Depuis deux ou trois ans, cet enfant est complètement guéri.

M. MARC SÉE a pratiqué, sur le membre supérieur, une opération à peu près semblable à celle de M. Verneuil. Il s'agissait d'un enfant qui avait eu le bras gauche arraché dans un engrenage. Il a régularisé l'amputation spontanée en sectionnant au-dessous de la tête de l'humérus, de telle sorte que la tête restait dans les chairs. Cette opération est de beaucoup préférable à la désarticulation.

M. VERNEUIL rappelle que ce qu'il a signalé comme particulièrement intéressant dans son observation, c'est cette trêve absolue de vingt-quatre ans qui peut être considérée presque comme une guérison. Il cite d'autres faits, l'un, entre autres, où la guérison datait de trente-deux ans.

On guérit en apparence de l'ostéomyélite, mais il reste toute la vie une lésion qui, à la moindre occasion, se rallume. C'est ce que M. Verneuil exprime, dans ses cliniques, en disant : *Restitutio ad integrum res rarissima.* En effet, vingt ou trente ans après une ostéomyélite, qu'il survienne une maladie générale quelconque, tous les accidents reparaissent. On peut dire que l'ostéomyélite est une maladie perpétuelle. Il s'agit, en effet, d'une lésion constante et permanente. Pour M. Verneuil, l'ostéomyélite est une maladie infectieuse et parasitaire; une affection générale au premier chef, dont on ne guérit jamais complètement. On est habité par les parasites, ce qui n'empêche pas qu'on puisse faire bon ménage avec eux. C'est ainsi que les abcès fétides sont pleins de bacilles pouvant remonter à vingt ou vingt-cinq ans. M. Verneuil cite l'exemple d'un malade qui est mort dans son service d'une néphrite infectieuse, quinze ans après une ostéomyélite. Aussi, quand un malade est atteint d'albuminurie, il examine toujours son squelette.

M. TERRIER se fait une autre idée que M. Verneuil de l'ostéomyélite. Pour lui, c'est une maladie infectieuse; il y a le microbe de l'ostéomyélite aiguë, maladie éminemment infectieuse, affection générale avec localisation du côté du système osseux. L'affection générale guérit mais l'affection locale persiste, évolue lentement. M. Terrier ne croit donc pas, comme M. Verneuil, qu'un individu reste en possession des micro-organismes de l'ostéomyélite pendant vingt-cinq et trente ans.

Les accidents septiques de l'ostéomyélite ne sont pas la septicémie ordinaire. M. Cornil a démontré la multiplicité des vibrions septiques. L'ostéomyélite produite expérimentalement sur les animaux diffère de celle de l'homme. M. Terrier n'a jamais vu cette affection apparaître spontanément chez les animaux.

M. POZZI dit qu'il faut distinguer la néphrite infectieuse aiguë consécutive à l'ostéomyélite de la néphrite dégénérative. Cette dernière peut guérir, ainsi que le prouve l'observation d'une femme complètement infiltrée, présentant un œdème énorme de la cuisse, que M. Pozzi amputa et qui a très bien guéri.

Ectrodactylie. — **M. BERGER** fait un rapport sur une observation de M. Houzel (de Boulogne-sur-Mer), relative à un nouvel exemple d'ectrodactylie. Il s'agissait d'un enfant nouveau-né qui portait six orteils et un sixième doigt à chaque main. Il laissa les orteils, mais fit l'ablation presque immédiate des deux doigts supplémentaires; il y eut de la suppuration, mais l'enfant guérit. M. Berger pense qu'il vaut mieux, à moins qu'on n'ait la main forcée par les parents, ne pas opérer si près de la naissance.

Bec-de-lièvre compliqué. — **M. BERGER** fait un rapport sur une autre observation de M. Houzel. Il s'agit d'un bec-de-lièvre compliqué qu'il a opéré à cinq ans; il a fait la section de Blandin sur la saillie du vomer. La suture a bien tenu d'un côté, mais elle a manqué de l'autre. Une seconde opération a été suivie d'un plein succès. L'opération a été faite en un seul temps. M. Berger approuve cette manière de faire.

Ostéotomie. — **M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** présente un jeune homme auquel il a pratiqué l'ostéotomie pour un genu valgum. Il y avait 27 centimètres d'écartement entre les deux malléoles. Il a été opéré le 17 juillet. Ce jeune homme marche très bien, n'a jamais souffert et n'a pas eu d'hydarthrose. Ce fait semble prouver que l'ostéotomie est de beaucoup préférable à l'ostéoclasie.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — Nous devons ajouter comme *post-scriptum* aux chiffres que nous avons donnés dans notre dernier numéro (1), les quelques renseignements suivants que M. le docteur Rueff a eu l'obligeance de nous adresser, et relatifs non plus à l'un des hôpitaux ressortissant de l'administration générale de l'Assistance publique, mais bien à l'hôpital de Rothschild, situé rue de Picpus, 76, et qui n'en a pas moins ici son intérêt au point de vue de l'étude statistique que nous poursuivons sur l'épidémie cholérique.

De la note qui nous a été communiquée, il résulte que du 9 novembre, jour où les premiers malades atteints de choléra ont été reçus dans l'hôpital de Rotschild jusqu'au 27 du même mois, date de la dernière entrée, le nombre des cholériques a été de 8, dont 3 du sexe masculin et 5 du sexe féminin.

Quatre d'entre eux étaient âgés de moins de quinze ans; ce sont trois petites filles âgées de 3 ans et demi, de 6 et de 12 ans, et un petit garçon de 3 ans. Les quatre autres sont 2 hommes (21 et 30 ans) et 2 femmes (28 et 50 ans). Les professions sont celles de domestique, tailleur et marchand. Enfin, au point de vue des quartiers, nous trouvons 3 malades du XIe, et les 5 autres appartiennent aux Ier, IVe, VIIIe, XIIe et XIIIe arrondissements.

Ces 8 cas ont été suivis de 2 décès et de 5 guérisons. Le huitième malade est encore actuellement en traitement. Les deux décès sont : 1° ceux de la petite fille de douze ans, entrée dans la période algide et morte le jour même (elle était malade depuis trois jours au moment de son arrivée à l'hôpital et n'avait reçu jusque-là aucun soin); 2° celui d'un enfant de trois ans arrivé dans la période de réaction avec accidents cérébraux.

Enfin notons ce fait particulier que les trois petites filles étaient trois sœurs et que toutes trois sont entrées le même jour à l'hôpital. L'aînée seule a succombé; les deux autres sont sorties guéries, quatorze jours après leur entrée.

— *Faculté de médecine de Paris.* — MM. les élèves qui doivent soutenir leur thèse de doctorat sont priés d'accomplir au préalable les formalités suivantes :

A. Déposer au secrétariat de la Faculté le manuscrit de la thèse, revêtu de la signature du président choisi par le candidat.

Ce dépôt a pour but : d'abord de s'assurer si toutes les formalités ont été accomplies dans la rédaction de la thèse, ensuite de

(1) Voir Étude statistique sur le choléra, *Gazette des Hôpitaux*, p. 1115.

soumettre le manuscrit au visa de M. le recteur, qui donne le permis d'imprimer. Cette dernière formalité a lieu dans les vingt-quatre heures.

B. Remettre au secrétariat de la Faculté l'engagement de l'imprimeur chargé de l'impression de la thèse. Cet engagement doit contenir : 1° le nom du candidat à la thèse ; 2° la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer ses exemplaires imprimés. Le candidat complétera cet engagement par une note signée par lui et renfermant le nom du président de la thèse, l'indication du sujet de cette thèse et le numéro de la quittance à souche constatant le versement du droit de consignation.

L'engagement de l'imprimeur doit être requis au plus tard le vendredi qui suit la consignation. La mise en séries a lieu dans les quinze jours ou les trois semaines qui suivent, mais toujours cinq jours au moins après la date à laquelle l'imprimeur s'engage à livrer les 163 exemplaires imprimés.

C. Avant le tirage définitif de la thèse, envoyer au secrétaire de la Faculté le premier feuillet imprimé, destiné à recevoir, au recto, le titre de la thèse, et au verso, la liste des professeurs et agrégés. Ce feuillet serait immédiatement renvoyé à l'imprimeur s'il y avait lieu de le compléter ou de le modifier.

D. Quatre jours avant la soutenance de la thèse, déposer à la Faculté, de midi à deux heures, 163 exemplaires de la thèse.

MM. les candidats qui n'auraient pas rempli les conditions énoncées dans les articles *A* et *B* ne seront pas placés au tableau des actes. Ceux qui, après avoir été placés au tableau des actes, ne rempliraient pas les conditions énoncées aux articles *C* et *D*, seront considérés comme absents sans excuse et perdront, par suite, a somme de *cent francs*, montant des droits d'examen.

Les questions proposées par la Faculté sur « les diverses branches de la médecine » ont été supprimées par un arrêté récent.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Levrat est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de chef des travaux de médecine opératoire.

M. Charpy est maintenu, pendant l'année scolaire 1884-1885, dans les fonctions de chef des travaux anatomiques.

Sont nommés chefs des travaux des laboratoires ci-après désignés pendant l'année scolaire 1884-1885 : MM. Magnien, histoire naturelle; Chandelux, anatomie générale et histologie; Linossier, chimie minérale; Reboul, physiologie; Guérin, chimie organique et toxicologie; Coutagne, médecine légale; Florence, pharmacie; Aubert, clinique médicale (travaux chimiques); Blanc, clinique médicale (travaux biologiques); Mondan, clinique chirurgicale; Bard, anatomie pathologique; Beauvisage, matière médicale et botanique.

Sont nommés préparateurs des laboratoires ci-après désignés, pendant l'année scolaire 1884-1885 : MM. Doyon, histoire naturelle; Vialleton, anatomie générale et histologie; Gury, physiologie; Raugé, médecine opératoire; Joly, pharmacie; Lavocat, clinique médicale (travaux chimiques); Françon, anatomie pathologique; Jacquemot, matière médicale et botanique; Jays, physique; Chambellan, chimie minérale; Bernard, médecine légale.

Sont nommés aides de clinique pendant l'année scolaire 1884-1885 : MM. Jubin, clinique des maladies des femmes; Brizard, clinique des maladies des enfants.

— *Faculté des sciences de Bordeaux.* — M. Rodier, agrégé des sciences naturelles, professeur au lycée de Bordeaux, est nommé maître de conférences de botanique en remplacement de M. Constantin, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Bonnet (Joseph), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé préparateur de botanique, en remplacement de M. Burais.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Regnier, décédé à l'âge de quatre-vingt-quatre ans. M. Regnier avait été un praticien estimable et aimé de tous ceux qui l'ont connu.

— M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades, commencera, dans cet hôpital, le jeudi 18 décembre 1884, à neuf heures du matin, des leçons de clinique chirurgicale et d'orthopédie, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17087.

N° 142. — MARDI 9 DÉCEMBRE 1884. 57e ANNÉE. MARDI 9 DÉCEMBRE 1884. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les maladies de la mémoire : Troubles morbides multiples ; conditions pathogéniques et étiologiques ; valeur diagnostique et pronostique. — Note sur la préservation des ouvriers en cuivre pendant l'épidémie cholérique de 1884 ; un mot sur la prétendue immunité des vidangeurs et des égoutiers. — THÉRAPEUTIQUE. De la poudre de viande et de son action thérapeutique. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — CORRESPONDANCE. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les maladies de la mémoire (1).

TROUBLES MORBIDES MULTIPLES ; CONDITIONS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES ; VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE.

II

II. *Les amnésies.* — *Affaiblissement ou abolition de la mémoire.* — L'étude des amnésies présente un intérêt plus grand que celle des hypermnésies. En clinique, en effet, l'affaiblissement ou l'abolition de la mémoire s'observe beaucoup plus fréquemment que son exaltation. Les faits d'hypermnésie sont plutôt curieux, ceux d'amnésie sont véritablement utiles à bien connaître, car ils ont une grande valeur seméiologique et diagnostique. Ces derniers, fort différents les uns des autres, doivent être d'ailleurs divisés en plusieurs groupes.

Une première division qui s'impose tout d'abord est celle qui consiste à admettre une amnésie totale et une amnésie partielle. Tantôt, en effet, la lésion de la mémoire intéresse toutes les catégories de souvenirs, tantôt seulement une catégorie restreinte. Chacun de ces groupes est lui-même subdivisible, vous allez le voir. Étudions tout d'abord les amnésies générales, celles qui, suivant l'expression de M. Ribot, « affectent la mémoire tout entière sous toutes ses formes, coupent en deux ou plusieurs tronçons notre vie mentale, y creusent des trous que rien ne comble ou bien la démolissent en totalité par action lente. »

A. *Amnésies générales.* — La diminution ou l'abolition de la mémoire se présente avec des caractères fort variés, si l'on envisage les conditions dans lesquelles elles se produisent, la marche et l'évolution qu'elles affectent. Aussi l'on peut admettre, en s'en tenant au point de vue purement descriptif, quatre variétés d'amnésie générale que nous appellerons, avec M. Ribot, amnésie *congénitale*, amnésie *à forme progressive*, amnésie *temporaire*, amnésie *périodique*.

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 décembre 1884.

Si les amnésies temporaires et périodiques présentent, au point de vue psychologique, un intérêt peut-être plus grand que les deux autres, il n'en est pas de même au point de vue clinique. Ces dernières sont pour ainsi dire des curiosités morbides ; les autres, l'amnésie congénitale et l'amnésie progressive, sont au contraire d'observation courante. Voilà pourquoi j'intervertis l'ordre de description adopté par M. Ribot.

Mais il est temps d'aborder la description détaillée des groupes de faits auxquels je viens de faire allusion.

a. Amnésie congénitale. — Chez les idiots et les enfants arriérés, la mémoire est défaillante au même titre que les autres fonctions intellectuelles. Certains imbéciles ou crétins sont incapables d'acquérir et de conserver la moindre notion. Il en est chez qui le développement cérébral est tellement incomplet, qu'ils n'arrivent même pas à fixer dans leur esprit les souvenirs, fort élémentaires pourtant, à l'aide desquels se constituent les habitudes et la routine de la vie journalière. Ces dégénérés manquent de toute spontanéité. Ils se comportent comme de véritables automates, qu'on est obligé de conduire et de diriger dans tous les actes de leur malheureuse existence. Chez d'autres, la mémoire est moins embryonnaire ; certaines impressions se gravent dans l'esprit. Ils reconnaissent les personnes qui les entourent, se rappellent l'usage des objets dont ils se servent couramment. D'étape en étape on voit ainsi, à mesure qu'on envisage les différents degrés de l'échelle, la mémoire se développer d'une façon progressive : tel enfant encore très arriéré aura simplement le souvenir des choses concrètes, tel autre arrivera à posséder la mémoire des mots, des substantifs ; enfin, en haut de l'échelle, sur la limite du crétinisme et de l'état normal, se constituera la mémoire des noms propres. Je ne fais que vous indiquer à grands traits ces perfectionnements successifs, qui vous permettent d'entrevoir la loi qui préside à l'évolution de la mémoire. Tout à l'heure nous trouverons la vérification plus complète de cette loi dans l'étude des amnésies progressives.

Un fait fort curieux qu'on a depuis longtemps relevé chez les idiots, c'est la vivacité et la persistance remarquable de certaines catégories de souvenirs, contrastant d'une façon étrange avec la faiblesse ou la nullité des autres. « Un imbécile se rappelait le jour de chaque enterrement fait dans une paroisse, depuis trente-cinq ans. Il pouvait répéter avec une invariable exactitude le nom et l'âge des décédés, ainsi que les gens qui conduisaient le deuil. En dehors de ce registre mortuaire, il n'avait pas une idée ; il ne pou-

vait répondre à la moindre question et n'était pas même capable de se nourrir (1). » D'autres arriérés chez qui la mémoire est d'ailleurs à peu près nulle, se rappellent cependant avec une curieuse exactitude et une fidélité étonnante les impressions visuelles, la forme, le relief, la couleur des objets ; chez quelques-uns le souvenir des sons acquiert une réelle puissance, et il n'est pas exceptionnel de constater chez ceux-là de véritables aptitudes musicales. Ces faits établissent ce que je m'attacherai à vous démontrer plus loin, que la mémoire est une faculté complexe, qu'il y a non pas *une*, mais *plusieurs* mémoires, et que chacune de ces mémoires peut se développer isolément, alors que, par suite d'une défectuosité de l'organisation cérébrale, les autres font défaut.

L'observation suivante est à cet égard fort curieuse. C'est un remarquable exemple de conservation des impressions visuelles coïncidant avec une grande débilité intellectuelle, et une absence presque complète de la mémoire du sens des mots. Ce fait a été relaté par Drobisch (2) et reproduit par bien des auteurs. « Un garçon de quatorze ans, presque idiot, avait eu beaucoup de peine à apprendre à lire. Il avait néanmoins une facilité merveilleuse pour retenir l'ordre dans lequel les mots et les lettres se succédaient. Si on lui donnait deux ou trois minutes pour parcourir une page imprimée dans une langue qu'il ne connaissait pas, ou traitant de questions qu'il ignorait, il était en état d'épeler de mémoire les mots qui s'y trouvaient, absolument comme si le livre fût resté ouvert devant lui. »

b. Amnésie progressive. — L'amnésie progressive mérite de fixer tout spécialement notre attention, car, d'une part, c'est à elle que nous avons le plus communément à faire dans la pratique, et, de plus, son étude jette un jour nouveau sur l'organisation successive, je pourrais dire sur la hiérarchie des souvenirs. Mais il est nécessaire que nous nous entendions bien tout d'abord sur la signification que j'attribue à ce mot : amnésie progressive. Lorsque sous l'influence d'une cause quelconque (traumatisme, intoxication, ramollissement cérébral ou hémorragie, encéphalite interstitielle, etc.) la mémoire est lésée, elle peut l'être de plusieurs façons. Ou bien, il se crée tout d'un coup une lacune dans le champ du souvenir, lacune qui porte sur une période de la vie, sur l'un des modes particuliers de la mémoire, comme je vous le montrerai dans un instant, mais qui est d'emblée ce qu'elle doit être et tend plutôt, par la suite, à se rétrécir qu'à s'étendre ; ou bien, la mémoire s'affaiblit d'une façon lente et progressive, chaque catégorie de souvenirs s'éteignant d'autant plus vite qu'ils sont moins solidement ancrés dans le cerveau. C'est là ce qui se réalise au cours des diverses variétés de démence, particulièrement de la paralysie générale. Mais notez que, pour être progressif dans son évolution, l'affaiblissement de la mémoire ne va pas fatalement jusqu'à l'abolition complète, comme cela a lieu chez la plupart des paralysés généraux. Les progrès de la déchéance peuvent s'arrêter à un moment donné, si bien que le trouble aboutit à l'amoindrissement, non à l'anéantissement de la fonction. Ainsi se passent les choses le plus communément chez les vieillards dont la mémoire va faiblissant, sans déchoir d'ordinaire d'une façon complète. Nous entendrons donc par amnésie progressive, non pas celle qui procède d'une façon brusque, mais celle qui détruit la mémoire en quelque sorte en la disséquant, celle qui efface les souvenirs couche par couche, si je puis dire, que cet effacement soit d'ailleurs complet ou qu'il s'arrête en chemin.

(1) Cité par Ribot, *loc. cit.*, p. 103.
(2) Drobisch, *Empirich psychologie*, p. 95.

C'est qu'en effet les souvenirs sont hiérarchisés et superposés les uns aux autres, de telle façon que l'ordre qui préside à leur disparition est constamment le même chez tous les individus, quelle que soit la cause de l'affaiblissement intellectuel. Cet ordre est le suivant : l'amnésie est d'abord limitée aux faits récents ; la mémoire conserve fidèlement les acquisitions faites de longue date, mais elle est incapable d'en faire de nouvelles ; les évènements de la veille et du jour ne se fixent pas ou se fixent mal dans le cerveau. Voyez les vieillards dont l'intelligence déchoit, les paralysés généraux au début : ils se rappellent les moindres épisodes de leur enfance, les évènements qui se sont passés il y a dix et vingt ans, mais ils oublient avec une désespérante facilité ce qu'ils ont fait le moment auparavant, le projet conçu il y a une heure. De là, l'incorrection, le manque de suite de leur conduite. La perte de la mémoire des noms propres est d'ordinaire contemporaine de celle des événements récents, et marque comme cette dernière le début de l'affaiblissement cérébral.

C'est à une époque un peu plus tardive que l'amnésie s'étend aux idées. « Les acquisitions intellectuelles se perdent peu à peu (connaissances scientifiques, artistiques, professionnelles, langues étrangères, etc.). Les souvenirs personnels s'effacent en descendant vers le passé. Ceux de l'enfance disparaissent les derniers. Même à une époque avancée, des aventures, des chants du premier âge reviennent. Souvent les déments ont oublié une grande partie de leur propre langue. Quelques expressions reviennent par accident ; mais d'ordinaire ils répètent d'une manière automatique les mots qui leur sont restés. » (Ribot.) Puis les sentiments, plus tenaces que les facultés intellectuelles, s'atténuent et s'effacent à leur tour ; enfin, au dernier degré de la déchéance, l'activité automatique elle-même, celle qui résulte des habitudes depuis longtemps contractées, se supprime. Le dément est dans une situation analogue à celle de l'idiot, dont je vous parlais tout à l'heure, chez lequel toute activité cérébrale fait défaut. Ainsi, par une gradation insensible, vous avez vu la mémoire se modifier en se perfectionnant aux divers degrés de l'échelle des dégénérés ; vous venez de la voir maintenant, suivant une marche inverse, s'atténuer de plus en plus et finalement disparaître à mesure que s'accentuait le travail de désorganisation du cerveau.

Le fait qui suit est très remarquable, parce qu'il constitue, pour ainsi dire, la vérification clinique de la loi de destruction et de restauration de la mémoire que je viens d'exposer.

Dernièrement, on a vu en Russie un célèbre astronome oublier tour à tour les évènements de la veille, puis ceux de l'année, puis ceux des dernières années, et ainsi de suite, la lacune gagnant toujours. Enfin, il ne lui restait plus que le souvenir des évènements de son enfance. On le croyait perdu. Mais, par un arrêt soudain et un retour imprévu, la lacune se combla en sens inverse, les évènements de la jeunesse redevenant visibles, puis ceux de l'âge mûr, puis les plus récents, puis ceux de la veille. La mémoire était restaurée tout entière quand il mourut (1).

(1) Taine, *De l'Intelligence*, t. I, liv. II, chap. II.

Je rapporterai dans un instant, à propos des amnésies temporaires, plusieurs observations qui vous montreront mieux encore que la précédente comment la mémoire se restaure quand elle a été abolie accidentellement et passagèrement, et vous pourrez juger que l'ordre de cette restauration est précisément inverse de celui de la destruction.

NOTE

SUR LA PRÉSERVATION DES OUVRIERS EN CUIVRE PENDANT L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1884. — UN MOT SUR LA PRÉTENDUE IMMUNITÉ DES VIDANGEURS ET DES ÉGOUTIERS.

Par le docteur MORICOURT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Dans l'étude statistique qu'il a communiquée à l'Académie des sciences, le 24 novembre dernier, sur le choléra dans les hôpitaux de Paris (depuis le 4 novembre, début de l'épidémie, jusqu'au 22 novembre inclusivement), M. Émile Rivière a relevé, sur 971 malades entrés, 2 tourneurs en cuivre contre 23 ouvriers en métaux autres que le cuivre.

C'est déjà, il est bon de le noter, pour les ouvriers en cuivre une bien faible proportion eu égard au chiffre des entrées et à celui des ouvriers travaillant les autres métaux.

Mais l'enquête personnelle à laquelle je me suis livré m'a appris qu'un seul d'entre eux était un véritable ouvrier en cuivre et que d'ailleurs il a survécu. C'est un nommé D..., âgé de cinquante-neuf ans, demeurant rue Keller, employé chez M. Larcher, marié et père de famille, secouru par le bureau de bienfaisance. Il tournait, en effet, au pied, de petits objets en cuivre et faisait de la poussière ; mais il travaillait seul, et depuis quelque temps, pas toute la journée, vu le mauvais état des affaires. C'était, de plus, un alcoolique atteint de tremblement et d'embarras de la parole. Il est sorti guéri de l'hôpital Saint-Antoine, où il n'est resté que quatre jours.

Quant au second prétendu tourneur en cuivre, le sieur G..., âgé de soixante et un ans, rue de Palikao, qui est mort à l'hôpital Tenon après huit jours de maladie, j'ai appris, chez son patron, M. Faucher, fabricant de godets de parapluie, que son travail ordinaire consistait à forger et à souder des godets en fer, et à les polir ensuite au tour. Tous les deux ou trois jours seulement, il polissait au tour et à la mécanique (qui ne fait pas de poussières) des godets en cuivre. Il est évident qu'il n'était pas dans les conditions voulues pour la préservation et que ce n'est que par une extension abusive que l'on a pu en faire un tourneur en cuivre (1). C'était, de plus, un alcoolique, qui s'enivrait les jours de paye et vivait ensuite misérablement (il ne gagnait que 3 francs par jour). Il venait d'avoir trois semaines de chômage. Son travail à la forge était très pénible, et, le jour où il est tombé malade, il aurait bu plusieurs fois de l'eau froide à la fontaine ayant très chaud. Il n'est donc pas étonnant qu'il ait été atteint par le choléra et qu'il y ait succombé.

J'ai déjà dit (voy. la *Gazette des hôpitaux* du 13 novembre) que des deux ouvriers en cuivre signalés comme étant morts du choléra à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de juin et au mois de septembre, l'un ne touchait pas le cuivre et l'autre ne faisait aucune poussière.

En résumé, sur 971 cas, un seul ouvrier en cuivre a été atteint et il en a guéri.

Je me crois donc autorisé à conclure : 1° que l'étude de l'épidémie actuelle confirme une fois de plus la loi de la préservation cuprique telle qu'elle a été établie par le docteur Burq; 2° que les sels de cuivre qui, d'une manière générale, figurent au premier rang des antiseptiques (Miquel, Colin), paraissent jouir d'une action spéciale contre l'agent cholérigène et que c'est à eux qu'il faut recourir, de préférence aux autres sels métalliques, comme moyens de préservation et même de traitement contre le choléra.

D'après M. Rivière (séance de l'Académie des sciences du 1er décembre), parmi les professions frappées pendant l'épidémie que nous venons de traverser, ne figure aucun vidangeur ; on n'aurait signalé que deux égoutiers, et, au dire de M. Boussingault, l'immunité des vidangeurs, en 1832, aurait déjà été constatée. C'est là une erreur qui s'est accréditée, on ne sait pourquoi, et qu'il importe de relever, vu les conséquences pratiques qu'on en pourrait déduire. En effet, d'après le rapport de la commission du choléra en 1832, les vidangeurs et les égoutiers ont eu ensemble 11 morts et ils étaient tout au plus une centaine.

Dans l'épidémie de 1853-1854, les hôpitaux, à eux seuls, reçurent 4 vidangeurs (ils n'étaient encore pas plus de 100 à 120) et tous les quatre moururent. (Blondel.)

En 1865, 1,000 vidangeurs ont eu 4 décès. (Voy. Burq, *Du cuivre contre le choléra*, 1867, p. 5 et *Congrès international d'hygiène*, t. II, p. 395.)

L'immunité des vidangeurs pendant l'épidémie de 1884 est donc un fait et ne peut être érigée en loi. C'est un fait exceptionnel, dont la cause est à trouver, mais qui ne saurait faire négliger les mesures de désinfection des fosses d'aisances.

(1) La profession de ce malade a été relevée par M. Rivière sur la feuille d'admission des hôpitaux. (*N. D. L. R.*)

THÉRAPEUTIQUE

De la poudre de viande et de son action thérapeutique

Par le docteur POL. VERNON.

Galien ne semble-t-il pas avoir prévu la poudre de viande, lorsqu'il écrivit sa phrase célèbre : « *In alimentis medicamenta sunt* »? La poudre de viande est, à coup sûr, le prototype de ces médicaments-aliments, essentiellement assimilables et capables d'exercer sur l'économie une action reconstituante par excellence.

Son emploi est indiqué dans toutes les maladies qui dérivent d'une nutrition défectueuse. Il s'agit, en effet, d'un de ces *aliments de force*, qui remontent tout l'organisme, augmentent la résistance vitale, enrichissent le sang et rendent possible la lutte contre les diathèses, les cachexies, les convalescences : pour tout dire en un mot, c'est l'*aliment thérapeutique*, le remède souverain de la misère physiologique et de l'appauvrissement du sang.

La poudre de viande a remplacé définitivement la viande crue, si fertile en tænias et en autres transmissions parasitaires.

Produit naturel, et non combinaison réalisée dans les arcanes chimiatriques, la poudre de viande offre au médecin un analeptique puissant, un *histogénique* de premier ordre, selon l'heureuse expression de notre regretté maître Gubler. Malheureusement, ce produit si riche présente souvent, dans le commerce, une saveur désagréable et répugnante, qui provoque des nausées et met en fuite le premier des reconstituants, qui est l'appétit.

M. Rousseau, comprenant ce grave *desideratum*, entreprit de purifier la poudre carnée de ses matériaux corrupteurs, et notamment des substances appartenant à la série grasse, qui livrent la poudre à tous les inconvénients et les dangers de la fermentation rancique.

M. Rousseau a réussi, par le moyen de l'alcool bon goût, à lixivier de ses matières excrémentitielles (nuisibles à la saveur et à la conservation) ce précieux aliment qu'on appelle la poudre de viande, et sans que son procédé ait modifié sa valeur nutritive.

Il nous présente aujourd'hui une véritable conquête thérapeutique. La poudre Rousseau a une couleur chamois clair, une odeur nulle, une saveur peu sensible et sans aucune répugnance. Inaltérable, imputrescible et d'une absolue conservation, parce qu'elle est dépourvue de graisse, elle ne cause aucun renvoi, aucun spasme œsophagien et se digère aisément dans les estomacs les plus susceptibles. C'est tout simplement de la viande crue, desséchée à moins de 50 degrés, mais dont la pureté est

certaine et la peptonisation assurée : 100 grammes de poudre de viande correspondent à 400 grammes de viande fraîche. L'analyse, soigneusement faite par M. Wurtz, nous montre une grande richesse de matières protéiques inaltérées, et, partant, une substance alibile incomparable, qui, par son absence d'odeur et de saveur, permet de supprimer tout moyen mécanique d'administration (tube Faucher, etc.), et d'administrer facilement la poudre mélangée au vin, au bouillon, ou incorporée à du chocolat.

La poudre de viande est le premier des *peptogènes*, et, à la la suite de son ingestion, on voit succéder à l'anorexie carnée la plus absolue le goût et la tolérance pour la viande. On conçoit bien les services pratiques que peut rendre une semblable médication. Nos lecteurs ont tous présente à l'esprit l'étude si complète consacrée à la suralimentation dans la phtisie par MM. Debove et Dujardin-Beaumetz. La poudre de viande enraie rapidement tous les symptômes fâcheux de la tuberculose chronique : tant il est vrai qu'un bon nutriment est la solide planche de salut des phtisiques!

La poudre de viande s'applique aussi aux traitements de l'épuisement nerveux, des engorgements ganglionnaires, des suppurations prolongées, des hémorragies, de la diarrhée chronique, etc. Elle rend aux convalescents, aux sujets amaigris, faibles et héréditaires, les plus sérieux services; elle est fort utile aussi dans les vomissements de la grossesse ou pendant l'allaitement prolongé. Elle est également indiquée dans la cure des maladies infantiles, notamment de la coqueluche où la reconstitution est toujours si impérieusement nécessaire : et il faut remarquer que l'intestin si sensible de l'enfant tolère très bien la poudre Rousseau, absolument comme la tolère l'intestin altéré des phtisiques.

J'aurais voulu aussi dire quelques mots des applications à l'hygiène. Faute de place, je me borne à signaler les services que peut rendre aux soldats en campagne, aux voyageurs, chasseurs, explorateurs, etc., cet aliment par excellence, aujourd'hui perfectionné, et qui offre, sous le plus petit volume, une substance d'une puissance nutritive considérable.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 29 novembre 1884. — Présidence de M. Mathias Duval.

COMMUNICATIONS

La cocaïne. — M. LABORDE fait connaître les résultats de nouvelles expériences qu'il a faites avec différents sels de cocaïne, tels que le sulfate, le chlorhydrate, le bromhydrate de cocaïne. Ces résultats confirment ceux des premières expériences.

Les pyrophores. — M. R. DUBOIS présente un mémoire sur la physiologie des pyrophores, coléoptères lumineux des Antilles. Il expose les résultats de ses expériences qui ont trait principalement à l'étude des relations de la fonction photogénique avec les divers autres appareils.

Cette seconde communication ne comprend que l'influence des agents mécaniques et physiques : l'auteur a fait connaître dans une précédente séance les propriétés physiques de la lumière des pyrophores. Il publiera prochainement l'influence des agents chimiques sur la fonction photogénique.

Les inhalations d'oxygène dans l'atmosphère normal. — M. QUINQUAUD. Quand on fait des inhalations d'oxygène en suivant les prescriptions médicales habituelles, c'est-à-dire en respirant 5, 6, 8, 10 litres même d'oxygène par séance, et en répétant ces doses deux à trois fois dans la journée, est-on bien certain d'obtenir des effets physiologiques et des effets thérapeutiques? Le doute est permis.

Voyons d'abord les effets *physiologiques*. On croit généralement que les inhalations d'oxygène sont excitantes, qu'elles activent les différentes fonctions. Or c'est le contraire qui est la vérité; les effets *immédiats* sont des effets sédatifs (je ne parle pas des phénomènes produits lentement par les inhalations répétées).

Lorsqu'on fait circuler à travers les poumons d'un animal 40 à 50 litres d'oxygène, on voit se produire : 1° si l'animal était agité, un calme complet; 2° un ralentissement du pouls et de la respiration; 3° une légère diminution de la température centrale; 4° une faible diminution de l'exhalation pulmonaire de l'acide carbonique; 5° des mesures exactes nous ont permis de constater une combustion organique plus faible après les inhalations qu'avant la respiration de l'oxygène. Toutes ces modifications sont en rapport avec une suroxygénation sanguine de 2 à 5 p. 100 d'oxygène. En un mot, ce sont, atténués il est vrai, les mêmes phénomènes que ceux obtenus par M. P. Bert dans ses recherches sur la respiration dans l'oxygène comprimé.

Si l'on se borne, comme on le fait en thérapeutique humaine, à faire respirer quelques litres d'oxygène, ces effets seront à peine appréciables et essentiellement éphémères.

Il faut donc modifier notre manière d'administrer l'oxygène. Disons d'abord que les phénomènes cités plus haut s'obtiennent également très nets en faisant respirer non plus de l'oxygène pur, mais de l'oxygène dilué au 2/3 ou 3/4.

De plus, si l'on veut obtenir des effets durables, il faut que les inhalations aient une certaine durée, par exemple vingt minutes ou une demi-heure. Pour cela, il suffit de faire respirer les mélanges suivants : air, 90 litres; oxygène, 30 litres, ou bien oxygène 40 litres et air 120 litres.

En opérant ainsi, nous avons pu obtenir de bons résultats des inhalations de l'oxygène dans les diverses anémies, et nous devons dire que les respirations d'oxygène chez les tuberculeux n'ont jamais produit d'hémoptysie.

M. D'ARSONVAL a fait récemment des expériences sur la calorimétrie, qui confirment absolument les résultats que vient d'annoncer M. Quinquaud. Il a fait respirer des animaux dans de l'oxygène pur et il a constaté que le calorique diminue d'abord et ne reprend la normale qu'après une heure et quelquefois plus.

Calorimétrie animale. — M. D'ARSONVAL fait une communication relative à des expériences qu'il a faites sur l'homme au point de vue de la calorimétrie. Il décrit l'appareil dont il s'est servi et fera connaître ultérieurement les conclusions auxquelles l'ont conduit ces expériences.

Séance du 6 décembre 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATIONS

Fécondation chez les végétaux. — M. MALASSEZ présente une note de M. Degagny, relative à certains phénomènes de la fécondation chez les végétaux, en particulier à la marche du noyau secondaire vers l'organe sexuel dans le sac embryonnaire.

De la toxicité des urines. — M. BOUCHARD rappelle que, dans les maladies infectieuses, on trouve dans les urines des alcaloïdes, produits de l'élaboration d'agents infectieux. Il a démontré, en 1882, que ces alcaloïdes pouvaient tout aussi bien être le produit d'agents végétaux que d'agents animaux; qu'enfin ces agents infectieux, tant animaux que végétaux, se trouvent en grand nombre dans les organes digestifs de l'homme, même sain. De ces recherches découlait cette conception que les urines sont toxiques.

La toxicité des urines est une idée très ancienne. On a cherché à expliquer cette toxicité de diverses manières. Dans ses expériences, M. Bouchard a observé des phénomènes physiologiques comparables à ceux de l'atropine. A l'aide de l'extrait alcoolique des urines, il a pu déterminer la paralysie et même la mort chez un certain nombre d'animaux. Il faut injecter dans les veines des quantités assez considérables d'urine pour obtenir ces phénomènes, par exemple 16 à 25 grammes pour tuer une grenouille, 1 kilogramme et demi pour tuer un lapin. M. Bouchard rappelle les expériences de M. Lépine et de ses élèves, qui ne sont probantes qu'au point de vue des urines pathologiques.

M. Bouchard a entrepris un grand nombre d'expériences sur la toxicité des urines normales; il a fait des injections intra-veineuses d'urines neutralisées. Cette précaution de les neutraliser n'est pas indispensable, les effets étant les mêmes.

Lorsqu'on injecte de l'urine normale neutralisée dans les veines d'un lapin, on constate d'abord de la contraction pupillaire; puis la respiration s'accélère, devient très faible, l'animal s'affaiblit, est somnolent, les réflexes disparaissent, la température baisse; les mouvements respiratoires s'arrêtent et l'animal meurt; le cœur continue à battre; les muscles striés sont capables d'entrer en contraction. Lorsque la dose est moins forte, l'animal tombe en résolution complète, dans un état comateux; il a de la polyurie; puis peu à peu ses mouvements respiratoires prennent plus d'amplitude et, après une demi-heure, l'animal est revenu à son état normal. Il y a parfois de l'albuminurie, mais elle est rare et légère.

On observe de très grandes variations individuelles au point de vue de la toxicité des urines. La moindre indisposition, un simple rhume, peuvent augmenter cette toxicité. Quand les urines sont très toxiques, il arrive souvent qu'il n'y a pas de contraction pupillaire, ce qui prouve qu'il y a, dans ces urines, des matières toxiques multiples qui peuvent déterminer des accidents variables et qu'il peut y avoir excès de telle ou telle sorte de ces matières.

On pourrait supposer que, dans ces expériences, la mort est le résultat mécanique d'une trop grande quantité d'urine injectée. Il n'en est rien; les effets physiologiques ne sont pas proportionnels à la masse d'urine injectée. Les injections intra-veineuses n'ont pas les dangers qu'on leur a supposés. On peut injecter 122 centimètres cubes d'eau par kilogramme d'animal. Il faut arriver à 157 grammes d'eau par 100 grammes de sang pour déterminer la mort de l'animal. On a incriminé l'urée; M. Bouchard a fait des injections d'urée pure dans les veines; il faut 6gr,46 d'urée par kilogramme d'animal pour produire des accidents. Donc ce n'est pas l'eau, ni l'urée, ni l'acide urique qui peuvent donner lieu à des phénomènes d'intoxication. On ne peut incriminer davantage la créatine ni les autres matières minérales. Restent les matières colorantes? L'injection d'une urine décolorée ne donne pas de contraction pupillaire et une partie des accidents disparaissent d'eux-mêmes.

Les extraits de l'urine sont toxiques comme l'urine elle-même. L'extrait alcoolique donne lieu à un phénomène particulier : c'est la salivation.

On arrive à déterminer la mort avec l'extrait alcoolique, mais il faut des doses beaucoup plus considérables. Les matières solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool sont plus toxiques. L'une de ces matières toxiques est celle qui contracte la pupille. Il en résulte que les matières toxiques des urines sont multiples, que souvent les unes sont en excès alors que d'autres font défaut : d'où la différence des effets physiologiques. Quelles sont les substances qui rendent les urines toxiques? C'est là une question non encore résolue. Il y a des matières diverses qui sont toxiques dans l'urine et qui le sont à des degrés divers.

M. MALASSEZ dit qu'il résulte des expériences de M. Bouchard que l'urine décolorée devient moins toxique; c'est là un fait à rapprocher du suivant : lorsqu'on mélange de la strychnine à du noir de fumée, la strychnine devient moins toxique. Il semble que cet alcaloïde se soit fixé sur le charbon.

Étude spectroscopique du sang. — M. HÉNOCQUE fait une communication sur l'étude spectroscopique du sang à la surface sous-unguéale.

Des recherches poursuivies depuis plusieurs années dans le but d'appliquer aux études physiologiques et cliniques l'analyse spectroscopique l'ont amené à instituer une méthode d'examen spectroscopique du sang, basée sur l'emploi de divers procédés dont il a commencé la publication.

M. Hénocque, se servant d'un spectroscope à vision directe, de construction très simple (spectroscope de poche ou spectroscope de Browning), examine l'ongle du pouce à la lumière solaire.

Le sujet observé est placé en face d'une fenêtre; recevant la lumière solaire ordinaire, il tend la main gauche, et, écartant le pouce, l'on observe alors avec un spectroscope à vision directe la surface de l'ongle du pouce, et l'on constate la présence d'une bande obscure entre le rouge et le vert, quelquefois une bande plus étroite à l'extrémité du vert. Pour s'exprimer en style spectrographique, l'on voit une bande d'absorption α entre 570 et 595 β de l'échelle en longueur d'acide, et quelquefois la bande β vers 550 millionimètres.

Si l'on applique rapidement sur la première phalange du pouce une ligature avec un tube de caoutchouc plusieurs fois enroulé de façon à interrompre toute circulation dans la seconde phalange, on observe avec le spectroscope des modifications qui se succèdent dans un ordre constant.

La bande qui marque le jaune devient moins obscure, et dans l'espace d'une demi-minute, ordinairement, l'on voit apparaître une raie jaune, au niveau de la raie du sodium; peu à peu la bande s'obscurcit, le jaune, le jaune vert du spectre se découvrent, et enfin, la bande d'absorption ayant disparu, le spectre apparaît sans interruption; il ne présente qu'une obscurité légère, étendue du jaune orange au vert. La succession des phénomènes a duré de une minute à une minute et demie; l'on enlève la ligature, et immédiatement on voit réapparaître la bande sombre d'absorption entre le rouge et le vert.

Ces divers aspects représentent les phases de la désoxygénation de l'oxyhémoglobine; la ligature a enfermé dans la deuxième phalange du pouce une certaine quantité de sang oxygéné, le spectroscope en montre la bande caractéristique, l'oxygène est peu à peu consommé par les tissus, l'oxyhémoglobine se réduit ou du moins elle est diminuée au point de ne plus être appréciable au spectroscope. En d'autres termes, on peut dire que la consommation de l'oxygène du sang à la surface sous-unguéale s'est effectuée dans la durée de la ligature.

M. Hénocque a démontré que cette mesure de la durée de la réduction de l'hémoglobine peut être facilement appréciée, et qu'elle est soumise à des variations dont il a fait l'étude chez une centaine d'individus.

Ces observations ont permis à M. Hénocque d'exposer des conclusions générales qui, dès à présent, l'autorisent à considérer cet examen spectroscopique du pouce comme une méthode applicable aux recherches physiologiques comme aux observations cliniques.

Voici les principales conclusions : La moyenne de la durée de la réduction dans le pouce oscille entre 55″ et 65″; les variations extrêmes sont de 0 à 85″. Les variations sont en rapport avec l'âge, le sexe et les conditions physiologiques de l'individu; chez la femme, les oscillations de durée semblent plus prononcées que chez l'homme; chez l'enfant, la durée est ordinairement plus grande.

La diète, le repos, les exercices violents montrent des différences chez un même individu; il semble en définitive que chaque individu présente à l'état normal une caractéristique de la *durée de la réduction*, dont il peut s'écarter dans des limites variant entre 45″ et 80″ sans troubles notables de la nutrition.

Les maladies accidentelles, les cachexies, modifient d'une façon considérable la *durée de réduction :* c'est ainsi que l'anémie produite par une métrorragie a produit une diminution de la durée égale à 30″; enfin des hémorragies répétées chez des cancéreux amènent une durée de 25″ et même moins, de sorte qu'on ne peut plus voir la bande de l'oxyhémoglobine, la mort est proche, mais non fatalement, car l'absence de l'oxyhémoglobine a été constatée dans un cas de cachexie paludéenne originaire de Cochinchine, dont les accidents principaux ont disparu.

M. Hénocque insiste sur la nécessité de pratiquer méthodiquement l'examen spectroscopique du pouce, suivant sa méthode, dont il exposera ultérieurement les détails techniques qui assurent la précision.

M. ALBERT ROBIN rend compte d'expériences analogues qu'il a faites avec M. Straus et déclare n'avoir pu arriver à des résultats précis.

M. HÉNOCQUE insiste sur l'importance d'examiner la surface sous-unguéale.

Organes de la vision. — M. MATHIAS DUVAL présente une note de M. Réal tendant à prouver l'homologie du peigne des oiseaux et du corps vitré des mammifères.

Action de l'atropine sur le système nerveux.—M. JUDÉE fait à ce sujet la communication suivante :

L'excitation du bulbe par un fort courant d'induction détermine un arrêt du cœur. On n'a pas encore précisé exactement l'endroit du bulbe qu'il faut exciter pour produire ce phénomène, mais le fait en lui-même est indiscutable. L'irritation des bouts périphériques des pneumogastriques sectionnés produit aussi un arrêt du cœur. Par contre, leur simple section détermine une accélération des battements du cœur.

La conclusion à tirer des résultats obtenus dans ces trois expériences est incontestablement la suivante : Il existe dans le bulbe un centre d'inhibition cardiaque dont les pneumogastriques sont les fils conducteurs, ou mieux dont les fils conducteurs font partie des pneumogastriques.

Maintenant vous administrez à un animal de l'atropine et vous voyez les battements du cœur s'accélérer comme après la section des pneumogastriques. Vous obtenez, comme l'a très bien dit M. le professeur Franck, la section physiologique de ces deux nerfs, et l'influence de ce poison peut être comparée à celle du curare sur les nerfs moteurs.

En présence de ces nouveaux faits, je me crois en droit de dire : les phénomènes d'inhibition cardiaque ont pour point de départ un centre nerveux situé dans le bulbe dont l'action est susceptible d'être détruite par l'atropine comme, d'après moi, celle des centres moteurs ou de commandement l'est par le curare.

Quant aux centres réflexes proprement dits, l'atropine comme le curare n'a aucune action sur eux, puisqu'on peut en administrer impunément à un animal sans jamais voir aucun trouble se produire du côté des phénomènes respiratoires. Comme on sait déjà que la vitalité de la sensibilité générale est annhilée par l'action du chloroforme ou bien de ses dérivés, actuellement il ne resterait donc en définitive qu'à trouver le poison susceptible de porter atteinte à la neurilité réflexe pour connaître tous les poisons jouissant de la propriété d'annihiler plus ou moins complètement l'action des principales neurilités admises jusqu'à ce jour soit d'origine centrifuge, soit d'origine centripète.

ÉLECTION

M. BEAUREGARD est élu membre titulaire.

La séance est levée.

CORRESPONDANCE

Sur l'emploi de l'opium dans le choléra.

A Monsieur le docteur Katz, *médecin à Conflans-Sainte-Honorine.*

Cher confrère et ami,

Dans le numéro du 29 novembre de la *Gazette médicale de Paris*, M. Ricklin vient d'écrire, sous la rubrique *Revue de thérapeutique*, sur le traitement du choléra : « En donnant trop de médicaments toxiques à la phase où l'absorption est en souffrance, le malade peut mourir empoisonné, lorsque plus tard le médicament accumulé dans la voie digestive est entraîné en masse dans la circulation. . . . .

« . . . . Le danger que nous signalons ne sera pas moindre quand l'opium ou son alcaloïde la morphine seront administrés par la voie hypodermique ; car, à la période algide, *et même avant*, sitôt que l'intestin livre passage à de grandes quantités de sérosité, *la principale voie d'élimination, la voie rénale, est supprimée*, les urines deviennent rares, puis cessent de couler pendant quelque temps. L'accumulation du médicament dans l'organisme du malade est certaine. Y a-t-il lieu de s'étonner, dans ces conditions, que l'emploi des injections de morphine, expérimentées sur une vaste échelle à l'hôpital maritime de Toulon et ailleurs, ait donné des résultats déplorables ? »

Cette imminence d'intoxication, en rapport avec l'enraiement de la fonction des reins peu après l'apparition de la diarrhée initiale du choléra, vient d'être reconnue aussi par M. Dujardin-Beaumetz; on lit dans la *Gazette hebdomadaire* du 14 novembre : « M. Dujardin-Beaumetz est d'avis qu'il faut établir une distinction très importante suivant que les cholériques urinent ou n'urinent point. Dans ce dernier cas, il faut s'abstenir d'user des médicaments. » Dans ce dernier cas! Mais c'est le cas de tous les algides, car chez tous les algides la filtration urinaire a cessé ou se trouve notablement diminuée.

Merci, cher confrère de Conflans, pour la lettre que vous m'avez adressée dans la *Gazette des hôpitaux* du 20 octobre, à propos de mon mémoire sur les *effets pernicieux de l'opium contre la diarrhée initiale du choléra*, travail dans lequel j'ai le premier appelé l'attention sur la gravité de cet enraiement de la filtration urinaire. J'arrive à la question que vous me posez : en temps d'épidémie de choléra, un médecin, étant appelé auprès d'une personne prise subitement de diarrhée, doit-il se croiser les bras? Je réponds : pas le moins du monde, et dans l'occasion, je procéderai comme j'ai procédé sur moi-même, pendant l'épidémie de 1849. J'ai déjà raconté le fait dans un mémoire publié dans la *Gazette des hôpitaux*, 1872, p. 987.

« Pendant l'épidémie de 1849, j'arrivai à Alger, et le lendemain de mon débarquement, sortant de dîner, je fus tout à coup pris d'une violente diarrhée, qui se prolongea jusqu'à deux heures du matin. M'abandonnant à ma soif, j'ai consommé un litre entier de sirop de gomme, remplissant la bouteille d'eau à mesure que je la vidais de sirop. Le lendemain matin, je me suis levé guéri, mais brisé. Était-ce le choléra que j'aurais ainsi enrayé à son début? Tout ce que je puis dire, c'est qu'un camarade qui m'avait veillé est allé, le matin, pendant que je dormais encore, prévenir M. Paul, médecin en chef de l'armée : mon honorable chef se hâta de venir, et, me voyant debout dans ma chambre, il resta tout surpris. « D'après ce qui m'a été raconté, me dit-il, je m'attendais à vous trouver en plein choléra. »

A ce fait viennent se joindre les suivants, recueillis, il est vrai, en dehors des épidémies. Il y a quelques années, en Alsace, j'arrive à Benfeld; deux dames de ma parenté, deux sœurs, avaient été prises dans la journée d'une diarrhée violente, et l'une d'elles ne tenait plus debout. La soif était vive. Je fais chercher du sirop de gomme et deux siphons. Tout est bu coup sur coup, et au bout de quelques heures la diarrhée est arrêtée.

Il y a deux mois, à Nancy, une personne prise subitement d'une diarrhée violente, très inquiétante, a été traitée par l'eau, rien que par l'eau, et les selles furent de même supprimées. Je tiens le fait de M. le professeur Hecht.

Alors aussi, dans un autre cas, bientôt compliqué de vomissements et de crampes, le succès se produisit encore. Ce fut dans la pratique de M. le docteur Émile Lévy.

Vous le voyez, cher confrère, en face des diarrhées subites, pour ne pas recourir aux drogues, on ne se croise pas pour cela les bras. Il y a le *lavage gastro-intestinal*, méthode séculaire de Celse, Sydenham, Tissot, Rougnon de Magny, pratique du reste aussi facile qu'agréable vu l'intensité et la persistance de la soif. De cette manière on aide la nature dans ses efforts d'expulsion des principes morbides, on débarrasse le malade des déjections que l'on sait être nuisibles, et l'on n'introduit pas dans son organisme des médicaments que l'enraiement urinaire peut convertir en poison d'un moment à l'autre.

Je vous serre cordialement la main.

Dr A. Netter,
Bibliothécaire universitaire.

Nancy, le 3 décembre 1884.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie française a élu, dans sa dernière séance, par 26 voix sur 27 votants, M. Joseph Bertrand, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, en remplacement de M. J.-B. Dumas.

— Les questions données, depuis le 22 novembre jusqu'à ce jour, pour l'épreuve orale de pathologie du concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris sont : 1° symptômes et diagnostic de la pleurésie aiguë ; 2° épistaxie et tamponnement des fosses nasales ; 3° de l'entorse ; 4° symptômes et diagnostic de la fièvre typhoïde ; 5° symptômes et diagnostic de la rougeole ; 6° de la péritonite aiguë ; 7° les fractures de côtes.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bouchardat, professeur d'hygiène, est autorisé à se faire suppléer dans le service des examens, pendant l'année scolaire 1884-1885, par M. Proust, agrégé.

M. Assaki, aide d'anatomie, est nommé préparateur de médecine opératoire, en remplacement de M. Ramonat, appelé à d'autres fonctions.

— Pendant cette dernière quinzaine, l'épidémie de petite vérole qui depuis quelque temps déjà sévit à Londres avec une certaine intensité s'est encore accrue. D'après des renseignements officiels, il y a eu, dans cette nouvelle période, 485 cas nouveaux et 75 décès. Le nombre des varioleux en traitement est en ce moment même de 1063.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Savidan, qui vient de succomber à Lannier, à l'âge de soixante et un ans.

— A partir du jeudi 11 décembre 1884, M. le docteur Remy fera des conférences d'anatomie pathologique dans le laboratoire de l'hôpital de la Charité, tous les jeudis du semestre d'hiver, à dix heures et demie du matin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17105.

N° 143. — JEUDI 11 DÉCEMBRE 1884. 57e ANNÉE. JEUDI 11 DÉCEMBRE 1884. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8** fr. **50**.	6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE	3 mois : **10** fr. ».	6 mois : **18** fr.	1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Corps étranger de la mamelle; abcès consécutif; développement de contractures hystériformes. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Prophylaxie et traitement médical de la diphtérie. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Dujardin-Beaumetz est venu apporter à la tribune des chiffres relatifs au choléra, chiffres comprenant ceux qui lui avaient été fournis par notre cher collaborateur M. Rivière.

Il en résulte que si le nombre des cas a progressivement diminué à Paris d'épidémie en épidémie, leur gravité est restée, au contraire, tout aussi grande que jamais.

Nous l'avons déjà dit, du reste, au mois d'août dernier : quand le choléra s'atténue, quand on en arrive à ce qu'on peut nommer une queue d'épidémie, quand son principe, quel qu'il soit, est devenu déjà moins vivace, moins apte à germer, les sujets chez lesquels il germe n'en courent pas moins de moindres dangers.

Du reste, même le choléra sporadique, ainsi qu'il résulte de nos recherches, est bien loin d'avoir la bénignité que certaines personnes lui ont attribuée.

Il n'est pas rare qu'il soit foudroyant, c'est-à-dire qu'il tue très rapidement : nous en avons acquis la preuve en compulsant les feuilles de mortalité relatives à l'année 1881. A ce moment, où il n'y avait pas à songer à un choléra importé, d'origine asiatique, les médecins traitants ont plus d'une fois noté qu'il s'était écoulé peu d'heures entre l'invasion du mal et le décès.

Nous avons rappelé cela à l'occasion d'une communication de M. Bouchardat, et nous avons établi que les cas foudroyants ne prouvaient nullement l'intensité d'une épidémie cholérique.

Les nouvelles statistiques viennent donc confirmer absolument et de point en point ce que nous avons dit.

M. le professeur Hardy vient insister sur le peu d'énergie de la contagion d'homme à homme. A ce propos, qu'il nous soit permis de rappeler également un fait déjà plus d'une fois mentionné par nous : celui de ces Francais établis au Caire qui, pendant la terrible épidémie de 1865, avaient, sous la direction de notre consul M. Roustan, organisé une sorte de club où, tout en lisant les journaux, jouant aux cartes, etc., on se relayait pour frotter à tour de rôle et nuit et jour les cholériques. Pas un seul de tous ces Français n'est mort du choléra, après tant de temps passé dans le contact le plus direct avec les sujets contaminés. J'ai raconté aussi qne je m'étais enveloppé pendant toute une nuit, à nu, dans une couverture dans laquelle était morte une cholérique; et que je n'ai pas pris le choléra. Le mal demande donc pour sa germination une réceptivité spéciale : et l'élément moral y peut jouer un grand rôle.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. DESPRÉS.

Corps étranger de la mamelle. — Abcès consécutif. — Développement de contractures hystériformes.

La nommée D... (Adèle), âgée de vingt et un ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, le 2 juillet 1884, salle Sainte-Rose, n° 4, pour un abcès situé à la partie interne du sein droit. Cette malade, forte fille, qui avait eu néanmoins, dans sa jeunesse, des engorgements ganglionnaires du cou lesquels avaient suppuré et avaient laissé des traces, n'a fait dans sa jeunesse aucune maladie grave, mais il y a un an elleavait eu un panaris du petit doigt de la main gauche qui avait entraîné une suppuration prolongée. A cause de cela, M.Terrillon, remplaçant M. Gosselin, à l'hôpital de la Charité, avait pratiqué la désarticulation du petit doigt. (Ce fait est important, comme on le verra plus loin.)

L'abcès de la mamelle chez cette jeune fille, qui était vierge, ne pouvait être rapporté à aucune des causes habituelles des abcès du sein; il n'y avait jamais eu d'eczéma du mamelon et d'ailleurs cet abcès siégeait loin du mamelon : la malade disait seulement qu'elle avait reçu un coup.

L'abcès ouvert fut pansé,suivant l'habitude, avec des cataplasmes, mais il restait toujours une induration profonde et la malade éprouvait de vives douleurs au niveau de sa tumeur. M. Després diagnostiqua un abcès consécutif à une contusion de la mamelle, et soupçonna une adénite mammaire partielle.

Le 12 juillet, en examinant le foyer de l'abcès, M. Després retira du milieu du pus un fragment d'étoffe, et en pressant sur la mamelle il fit sortir deux petits corps durs qui étaient deux fragments d'allumettes d'un centimètre de long.

Le 17 juillet, la malade prit un érysipèle qui resta limité aux deux seins, dura douze jours et s'arrêta au moment de l'apparition des règles.

A cette époque, la malade se plaignit d'une douleur dans le côté gauche, dans la fosse iliaque, et elle eut de la rétention d'urine. M. Després mit cet accident sur le compte d'un état hystérique nouveau, survenu à l'occasion de l'abcès du sein ou réveillé par cet accident, et institua le traitement par les bains alcalins, deux par semaine, et les pilules de Méglin, trois par jour.

Malgré cela, une contracture du pied gauche apparut, équinisme et inclinaison en dedans; le pied était en varus équin. La contrac-

ture disparaissait en partie par la compression, et la malade disait éprouver de fortes douleurs dans tout le membre.

L'abcès du sein ne se fermait toujours pas, M. Després fit une contre-ouverture et passa un drain. La malade demanda à sortir dans cet état le 2 septembre, et venait toutes les semaines dans la salle afin que l'on pût surveiller la suppuration de l'abcès.

Rien chez cette malade ne faisait soupçonner la présence d'un corps étranger. La malade disait bien qu'elle avait reçu un coup sur le sein, qu'elle était tombée et que le sein avait porté sur le sol, mais c'était tout. C'est seulement quand M. Després eut extrait du foyer de l'abcès un fragment de bois que la malade se souvint qu'elle avait à la main, en tombant, trois ou quatre allumettes.

L'adénite mammaire chronique avec poussées inflammatoires chroniques expliquait assez la persistance de la fistule; des cas assez nombreux de ce genre existent et c'est pour cela que l'idée d'un corps étranger de la mamelle ne pouvait se présenter à l'esprit. Ce fait offre donc un réel intérêt, car il y a peu de cas connus de corps étrangers de la mamelle; il sera désormais acquis que, au sein comme ailleurs, les abcès chroniques peuvent être entretenus par un corps étranger, et l'on cherchera alors dans les abcès chroniques de la mamelle s'il y a un corps étranger, puis on tâchera de l'extraire.

Un autre point non moins intéressant est relatif au début de l'hystérie au cours d'une maladie chirurgicale; toutefois il est curieux de noter qu'un an auparavant il y avait eu une affection chirurgicale grave qui avait nécessité une opération, et que cependant elle n'avait pas été l'occasion du développement des accidents hystériques. La théorie ancienne est donc la seule qui soit ici vérifiée. On se rappelle que les médecins de l'école de Briquet et de Beau rapportaient un certain nombre d'accidents hystériques à des lésions des organes génitaux, utérus, ovaire et vagin. Or les seins ont des rapports fonctionnels intimes avec les organes génitaux et ce qui a été dit de l'influence de l'utérus sur l'hystérie peut être dit de l'influence de la mamelle. Le fait actuel en serait une nouvelle preuve : en effet, l'inflammation d'un doigt, une amputation, ne changent rien à la santé de la malade, et moins d'un an après, un abcès de la mamelle provoque l'explosion d'une hystérie des mieux confirmées.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Rendu.

Prophylaxie et traitement médical de la diphtérie.

On ne connaît pas, en réalité, la prophylaxie de la diphtérie, et l'on va généralement à tâtons. Néanmoins la question mérite d'être étudiée.

Je suppose un enfant pris, dans sa famille, de cette redoutable affection. Il a des frères et des sœurs. Votre devoir est de prévenir immédiatement les parents de la grande contagiosité de la maladie, et de recommander l'éloignement des autres enfants, non pas dans une autre pièce de l'appartement, mais bien dans un milieu différent, et, si possible, les envoyer à la campagne, ou à l'hôtel, si la campagne n'est pas chose facile. Mais pour combien de temps, qu'il y ait mort ou guérison? En pratique, c'est là un point très délicat; pour moi, je dirai : le plus longtemps possible, et, tout au moins, trois semaines ou un mois. J'ai vu la contagiosité après guérison, après toutes les précautions prises, se développer chez des enfants rentrés à la maison au bout de cinq ou six semaines.

Une autre question est celle de la désinfection de la pièce qui a été habitée par un diphtéritique. Il faut enlever la literie, la faire désinfecter *complètement*, la traiter même par l'acide phénique; il faut faire changer le papier de la chambre, en refaire les peintures, gratter le parquet s'il est ciré, le laver à l'acide phénique, en un mot renouveler pour ainsi dire la surface des parois.

Voilà pour les moyens prophylactiques. Quant au traitement médical, je dirai tout d'abord qu'il n'y a pas de médication spécifique de la diphtérie. Cette affection, vous le savez, est produite par un parasite : or quels sont les véritables moyens parasiticides, et de plus, sont-ils applicables? Une chaleur très élevée? Des acides toxiques? Quoi qu'il en soit, s'il n'existe pas de spécifique contre la diphtérie, nous possédons néanmoins des agents capables d'agir efficacement contre elle dans un certain nombre de cas.

Si la fausse membrane est un signe pathognomonique de la diphtérie, elle n'est elle-même, cependant, que le résultat de l'intoxication de l'organisme, comme le chancre est le résultat de l'intoxication syphilitique. D'où détruire la fausse membrane n'est pas détruire la maladie. Ce qu'il faut avant tout, — et de nombreux faits le prouvent, — c'est soigner l'état général, puis l'état local, lequel ne vient qu'en second ordre. Cependant il ne faudrait pas non plus, par une exagération en sens contraire, laisser la fausse membrane à elle-même, de sorte qu'elle puisse devenir à son tour la cause d'accidents graves : gangrène locale, résorption septique, etc. Aussi serait-ce une grave erreur de dire avec Lorrain qu'il est inutile de s'occuper de l'état local.

Comme traitement général, on aura recours à la médication tonique dans toutes les formes de la diphtérie, même dans celle à début violent et inflammatoire, et surtout dans les formes insidieuses. Il faut soutenir les forces des malades par les toniques diffusibles. On dit que l'alcool accélèrera le pouls, augmentera la température, la chaleur : cette objection est sans valeur; ce que fera l'alcool, ce sera de stimuler le système nerveux, d'augmenter l'énergie du cœur. Aussi est-il le fond du traitement général. A l'âge de deux ou trois ans, donnez 15 à 20 grammes d'eau-de-vie ou de rhum dans les 24 heures; chez l'adulte, de 80 à 100 grammes. Il y a même des médecins qui vont jusqu'à l'alcoolisme, jusqu'à griser leurs malades, prétendant qu'ils empêchent ainsi la diphtérie de progresser. Le café est aussi très utile, à la dose de 120 à 125 grammes par jour. Le quinquina présente moins d'avantages : sous la forme d'extrait mou, il peut diminuer l'appétit, conduire à la constipation, rendre les digestions plus difficiles : or, comme il faut que les malades se nourrissent et digèrent, il ne faut rien faire contre l'estomac; c'est pourquoi je le considère comme un tonique de second ordre. L'alimentation sera aussi large et substantielle que possible : viandes hachées et râpées, jus de viande, s'il y a dysphagie.

On a vanté autrefois la médication antiphlogistique par suite de cette fausse idée que les exsudats fibrineux des muqueuses sont le résultat d'une inflammation portée à son maximum d'intensité. Rejetez surtout les émissions sanguines; elles sont un moyen déplorable, dont tout l'avantage est de débiliter les malades et d'offrir, par chaque piqûre de sangsue, une nouvelle porte à la diphtérie. Point de révulsifs, point de vésicatoires, et ce pour la même raison.

Les contro-stimulants, comme le tartre stibié à haute

dose et répété dans la journée, très bons dans certaines affections, telles que la pneumonie, par exemple, sont très mauvais dans la diphtérie, malgré l'opinion de certains médecins qui voulaient ainsi, disaient-ils, fluidifier le sang, tandis qu'en réalité ils déprimaient de plus en plus leurs malades, provoquant des diarrhées cholériformes et le collapsus cardiaque. J'en dirai autant des mercuriaux, qui ne valent rien non plus dans cette affection.

Une nouvelle médication est en train de faire ses preuves : la médication antiseptique. Elle est assez rationnelle, facile aussi en théorie, difficile dans la pratique ; et les essais entrepris jusqu'à ce jour pour faire absorber des médicaments antiseptiques sont restés infructueux. Le sulfate de quinine est peut-être un antiseptique, mais les hautes doses auxquelles il faudrait l'employer peuvent déterminer des accidents quiniques préjudiciables à l'alimentation des malades. On n'a pas obtenu de résultats bien merveilleux de l'emploi du phénate de soude à la dose de 10 à 15 centigrammes dans une potion très aromatisée pour en masquer le goût désagréable. On a essayé l'acide salicylique, le salicylate de soude, mais en vain. Le salicylate d'ammoniaque est un médicament très antiseptique, mais il n'a rien fait. Il en est de même du benzoate de soude.

En somme, la médication générale de la diphtérie est forcément beaucoup plus modeste et se contente de certains médicaments. Ainsi, les substances qui s'éliminent par les voies aériennes et déterminent une salivation abondante sont très utiles dans cette affection. En premier lieu, je citerai le chlorate de potasse, puis les balsamiques et notamment le cubèbe, son extrait oléo-résineux à la dose de 25 à 50 centigrammes par jour dans une potion gommeuse. Il est bien supporté, fait saliver les malades, et détermine vers la peau un érythème utile. Les feuilles du jaborandi, à la dose de 2 à 4 grammes par jour, prises par petites tasses, ou la pilocarpine, 2, 4 ou 5 centigrammes au plus en potion à prendre toutes les heures, ont rendu quelques services par la salivation excessive qui facilite la chute des fausses membranes, mais ils ont l'inconvénient d'amener quelquefois un collapsus cardiaque et des syncopes dangereuses. On a aussi préconisé les inhalations balsamiques directes, et M. Delthil expérimente en ce moment des mélanges de goudron et de térébenthine, qui agissent peut-être comme antiseptiques, mais sûrement comme irritants ; ils provoquent des quintes de toux et des salivations abondantes, et ont l'avantage précieux de désinfecter les appartements.

Quant à la médication vomitive, elle rend surtout service dans l'angine couenneuse pour balayer les fausses membranes, déterminer une sécrétion abondante du tube digestif et des ganglions thoraciques.

En résumé, voici la médication à laquelle j'ai recours : au début, un vomitif avec l'ipéca contre l'angine couenneuse même à début inflammatoire, sans y revenir incessamment ; puis, tous les jours une potion cordiale avec l'alcool et le cubèbe, le chlorate de potasse, enfin des inhalations de vapeurs antiseptiques.

Comme traitement local, ce sont les topiques, et ceux-ci sont de plusieurs classes. Un bon topique est la glace ; anesthésique puissant, il calme la soif et est un excellent réfrigérant contre l'afflux de sang qui accompagne les phlegmasies. D'où il convient de faire sucer aux malades de petits morceaux de glace. Autrefois on recommandait les cautérisations au fond de la gorge avec l'acide nitrique, l'acide chlorhydrique, le nitrate d'argent, etc. On détruisait bien la fausse membrane, mais on n'enrayait nullement les progrès du mal, et la membrane se reproduisait dès que l'escarre était tombée. De plus, elles étaient douloureuses et dangereuses. Le seul caustique que j'emploie localement est l'acide citrique ou le jus de citron, toujours bien accepté par les malades. A côté de ces médicaments, il y a les topiques qui dissolvent les fausses membranes, et, en tête, je citerai l'eau de chaux, d'un emploi facile en badigeonnages et en irrigations dans le fond de la gorge. M. Bouchut a préconisé la papaïne, elle dissout très bien aussi les fausses membranes.

D'autres topiques, utiles également, sont les astringents : tannin, alun, et surtout le perchlorure de fer. Ce dernier a eu pendant quelque temps une très grande vogue, mais il est douloureux, il donne un goût affreux et détermine aussi des escarres ; aussi y a-t-on renoncé.

Les antiseptiques sont très employés et utilement comme moyens locaux : ce sont l'eau iodée et l'eau bromée au 100e. L'eau oxygénée, qui est souveraine sur le muguet, est encore très bonne dans la diphtérie. Mais ce qui vaut encore mieux, c'est le coaltar saponiné, employé pur pour les attouchements du pharynx, et au 10e ou au 20e en lavages de l'arrière-gorge. Enfin nous avons aussi les préparations iodoformées, l'éther en pulvérisations sur les parties malades.

En résumé, traitement local : 1° cas légers, jus de citron et lavages avec l'eau boriquée ou l'eau de Vichy ; 2° cas graves : toucher avec le coaltar saponiné pur et irrigations avec le même médicament au 20e. De plus, si les fausses membranes sont très épaisses, on les détache avec des pinces autant que faire se peut et on irrigue avec soin le pharynx.

Tel est le traitement médical de la diphtérie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

COMMUNICATIONS

Note sur un mode possible d'inoculation de la pustule maligne. — M. Proust reçut dans son service, à Lariboisière, le mercredi 24 septembre, un homme de quarante-deux ans, exerçant la profession de boucher, qui présentait au-dessus de l'arcade sourcilière droite une pustule charbonneuse de 2 centimètres de diamètre environ. Le centre en était formé par une vésicule renfermant de la sérosité roussâtre, entourée d'une couronne de vésicules plus blanches.

Toute la face, du côté droit, la paupière en particulier, le cou, jusqu'à la clavicule de ce côté, étaient le siège d'un œdème très prononcé.

Les ganglions de la région sous-parotidienne étaient énormes et extrêmement douloureux ; l'avant-bras gauche était également le siège d'une pustule charbonneuse, de même largeur que la précédente, mais entourée d'une zone œdémateuse moins prononcée.

L'état général était grave, la peau chaude, la langue sèche ; il y avait des frissons répétés, la température axillaire était de 40°,5, le pouls à 120.

Le malade avait passé toute la journée du samedi 20 septembre à tuer et à dépecer des moutons russes. Le lendemain, vers neuf heures, il s'aperçut qu'il avait un petit bouton à la face dorsale de l'avant-bras gauche. En même temps il éprouvait une démangeaison douloureuse au-dessus de l'arcade sourcilière droite ; le 22 septembre il fut pris de fièvre avec frissons et se mit au lit. Lorsque M. Proust le vit, il y avait déjà soixante-quatorze heures que la maladie avait débuté.

D'accord avec M. Bouchard, M. Proust prescrivit le traitement suivant : on commença par une application de pâte de Vienne, lais-

sée en place vingt minutes au front et quinze minutes au bras. Il se produisit des escarres qui dépassaient notablement les limites des pustules. Ces escarres furent immédiatement incisées jusqu'à ce que l'on arrivât sur une région saignante. Les parties incisées furent bourrées de charpie trempée dans une solution d'acide phénique au vingtième. Enfin, on injecta dans les zones œdémateuses et en douze points différents 5 gouttes d'une solution renfermant, pour 100 grammes d'eau distillée, 1 gramme de teinture d'iode et 3 grammes d'iodure de potassium. Le lendemain matin, cinq nouvelles injections furent pratiquées.

Dès le premier soir, on constatait une légère amélioration : la température était toujours élevée (40 degrés), mais les frissons avaient disparu et l'état général était meilleur.

Le lendemain 25, la température tombait à 37°,5, l'œdème avait beaucoup diminué, le malade accusait de l'appétit. De nouvelles injections iodées sont prescrites. Le soir, la température tombe à 37 degrés et elle ne remonte plus. L'œdème a complètement disparu le 28. Il ne reste plus qu'un engorgement ganglionnaire dans la région post-auriculaire.

Les escarres se sont détachées le 10 octobre, et le 23 la plaie du bras était cicatrisée.

Le liquide des pustules, recueilli directement dans un bouillon nutritif, donna naissance à une culture positive, qui devint la source d'une deuxième série dont le liquide, inoculé à un cobaye, fit périr cet animal en trente-six heures. Le sang de cet animal devint le point de départ d'autres cultures également positives.

M. Proust, ayant observé que les moutons de provenance russe ont souvent la peau traversée par de petits corps munis de piquants, fit examiner ces petits corps. Ce sont des graines d'une graminée nommée *stipa fertilis* qui, très abondante dans les steppes, y fructifie dans les mois de juillet et d'août. Une fois ayant traversé le derme, ces graines continuent leur migration à travers les tissus, ainsi que le font des aiguilles dans la race humaine; et elles peuvent blesser ceux qui mangent cette chair ou qui la manient.

Voilà les conclusions de ce travail :

« 1° Au point de vue pathologique. Après plus de trois fois vingt-quatre heures de maladie, avec une fièvre extrêmement vive, une température de 40°,5, un gonflement énorme, un état général fort grave, une pustule maligne peut être rapidement guérie par un traitement énergique.

« 2° Au point de vue hygiénique. Les moutons de la partie méridionale de la Russie peuvent présenter dans leurs tissus des sortes de piquants; ce sont des graines du *stipa fertilis*. Il y a à cet égard des mesures sanitaires à prendre, et au point de vue du danger que peut causer chez le consommateur l'ingestion de la viande provenant de ces moutons, et au point de vue de la possibilité de l'inoculation, chez les individus qui les dépouillent, des maladies infectieuses dont ces animaux sont atteints. »

DISCUSSION SUR LE CHOLÉRA

M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** dépose sur le bureau de l'Académie :

1° Un graphique représentant la courbe des décès de choléra;

2° Une répartition des décès par arrondissement et par quartier et la proportionnalité de la mortalité par rapport à la population;

3° Enfin la photographie d'un plan de Paris sur lequel on a eu soin de marquer le plus exactement possible chacun des décès cholériques.

Il rappelle que l'épidémie débuta le 4 novembre, plus de trois semaines après que l'épidémie d'Aubervilliers et de Saint-Ouen était terminée. La santé générale était alors si bonne que l'administration des hôpitaux disposa de l'hôpital Bichat et de celui des Mariniers, qu'elle avait jusqu'alors réservés dans la crainte d'une épidémie.

Elle atteignit d'abord un homme qui demeurait rue Saint-Antoine, et qui tomba malade le 3 novembre, à dix heures du soir. Mais dès le 5 elle apparaissait à la fois dans le quartier des Quinze-Vingts, dans celui du Gros-Caillou, près du Jardin des Plantes et rue Coquillière.

Cette apparition simultanée sur les points les plus opposés montre combien est illusoire l'opinion de certains hygiénistes qui ont soutenu que l'on pouvait préserver les grandes villes d'une épidémie cholérique en isolant les premiers cas de choléra qui se produisent.

L'épidémie atteignit rapidement son apogée, puis sa descente fut lente et progressive. Depuis deux jours on n'a plus constaté aucun décès.

Le chiffre total des décès du 4 novembre au 30 novembre a été de 912 pour Paris, c'est-à-dire qu'elle a atteint à peine 4,07 pour 10,000 habitants.

Comparant les chiffres fournis par les épidémies antérieures, M. Dujardin-Beaumetz conclut de cette comparaison que la mortalité a été constamment décroissante dans cette ville. Elle a été, cette année, beaucoup plus faible qu'à Marseille et surtout à Toulon, puisque dans cette dernière ville elle s'est élevée jusqu'à 138,43 pour 10,000 habitants (or plus de moitié de la population s'était enfuie).

L'arrondissement de Paris le plus frappé a été le VIIe, par suite de l'épidémie de l'asile de Breteuil. La mortalité s'y est élevée à 12,60 sur 10,000. Mais, si l'on faisait abstraction de cet asile, on trouverait qu'au contraire cet arrondissement a été l'un des moins frappés, puisque la proportion des décès n'y a été que de 4,60.

Puis vient le XIXe arrondissement (8,82 sur 10,000), le XIe (8,07), le XIIe (7,71).

Les moins frappés ont été le Ve (0,04 pour 10,000), le VIIIe (1,01).

Si, au lieu d'arrondissements, on divise Paris par quartiers, on trouve qu'après celui de l'avenue de Breteuil, les plus éprouvés ont été le quartier Sainte-Marguerite (12,91 pour 10,000), celui des Quinze-Vingts (12,30) et enfin le Pont de Flandre (12,59).

L'épidémie de l'asile de Breteuil débuta, le 7 novembre, par un vieillard qui était sorti la veille pour aller à Montmartre. En peu de jours, plus du tiers de l'effectif (de 217 vieillards des deux sexes) avait succombé.

On prit les mesures les plus énergiques. Une tente du système Tollet fut établie dans un des enclos attenant à l'asile et reçut les hommes malades; une autre, plus petite, reçut les femmes.

Malgré l'intensité de ce foyer, aucun autre cas ne se produisit autour de l'asile, et l'arrondissement fut, en somme, un des moins éprouvés.

Quant à la rue Sainte-Marguerite, où se produisit un des autres foyers les plus violents, c'est la rue la plus sale et la plus mal habitée peut-être de Paris. Dans une seule maison, qui renfermait 50 locataires, il y eut 7 décès. Le nombre des maisons de la rue est de 47; le nombre des cas y fut de 43; le nombre des décès de 25. Grâce aux énergiques mesures prises par le docteur Mouton et le commissaire de police, l'épidémie semble s'y être arrêtée sur place.

La double canalisation qui dans presque toutes les rues de Paris conduit, d'une part, les eaux de l'Ourcq, et, d'une autre part, les eaux de la Dhuys ou de la Vanne, les coups de robinet qui permettent de changer en un instant la nature des eaux distribuées rendent à peu près vaines toutes les recherches sur l'influence de ces eaux. Cependant on peut affirmer que dans la rue Sainte-Marguerite et dans le quartier du Pont de Flandre, c'est l'eau de l'Ourcq qui est bue exclusivement par les populations.

Les mesures de désinfection et de transport des malades prises par la police paraissent avoir eu une influence heureuse.

La maladie s'est montrée aussi meurtrière à Paris qu'à Toulon et à Marseille, si l'on compare les chiffres des décès à celui des personnes atteintes.

Dans les hôpitaux civils, à Toulon, suivant le docteur Cunéo, elle a été de plus de 50 p. 100 (221 entrées — 123 décès). A Marseille également (653 entrées — 337 décès); à Nantes, d'après M. Bonamy, 51 p. 100; à Paris, d'après la statistique des hôpitaux faite par M. Rivière, 54,49 p. 100.

Tous ces chiffres sont presque identiques : ce n'est donc pas la

gravité des cas, mais le nombre des personnes atteintes, qui distingue les divers foyers épidémiques.

M. Beaumetz croit qu'à Paris les mesures prises par la préfecture de police ont contribué à diminuer le nombre des cas d'invasion. Il exprime l'intime conviction qu'une fois le problème des vidanges des grandes populations résolu, d'une part, et de l'autre, lorsque des eaux de source pourront être distribuées largement à la population parisienne, on pourra réduire à leur minimum, presque insignifiant, les épidémies de choléra qui viendraient atteindre la capitale.

M. HARDY aurait voulu voir M. Dujardin-Beaumetz tirer lui-même les conclusions des faits rassemblés par lui. Il est évident que le choléra de cette année a un peu troublé toutes les théories. On ne sait plus aujourd'hui que penser. Dans l'épidémie de Paris, les phénomènes prémonitoires ont fait défaut. La santé publique était excellente. Quant à la contagion, elle n'a pas paru bien évidente. La plupart des malades se sont trouvés atteints sans avoir été en rapport avec aucun cholérique. Le mal a éclaté partout en même temps. Il est impossible d'en suivre à Paris la trace de quartier en quartier. Il est également impossible de dire comment il y est venu. Il n'y a pas été transporté par l'eau contaminée, car il ne s'était montré jusqu'alors que sur des points qui sont en aval et non en amont de la Seine, ou vers l'embouchure de la Loire.

A Paris même, l'influence des eaux sur la dissémination du mal est plus que douteuse. Un des seuls cholériques de situation aisée qui y aient été observés, était un client de M. Hardy, opéré de la pierre quelques semaines plus tôt, qui ne buvait jamais que de l'eau minérale et ne sortait jamais que dans sa propre voiture. Cet homme n'a subi aucun contact qu'il soit possible d'incriminer.

Bref, quel que soit le germe cholérique, il est probable que son habitat principal est plutôt l'atmosphère que l'eau. C'est par l'atmosphère qu'il se répand et la contagion d'homme à homme est si peu prouvée que l'on peut sans crainte soigner les cholériques.

M. Hardy ne croit donc pas que les mesures de désinfection et d'isolement, souvent vexatoires, prises par la préfecture de police, aient eu un bien grand résultat. Mais elles ont eu l'inconvénient d'effrayer les populations, de faire fuir Paris par ceux qui s'y trouvaient et d'empêcher les autres d'y rentrer. D'ailleurs toutes les fumigations sont absolument antiscientifiques, car avant de tenter ainsi de tuer le germe du choléra, il faudrait savoir ce qu'il est. Or nul n'en sait rien ; nul ne l'a vu.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ défend les mesures prises par la police. Ce ne sont pas elles qui ont effrayé les populations, c'est le choléra. Elles étaient, du reste, logiques et indiquées. Quand il s'agit d'une épidémie de fièvre typhoïde, dont on ne connaît pas mieux le germe qu'on ne connaît celui du choléra, on sait expérimentalement que les fumigations, les mesures de désinfection, purifient les casernes dans lesquelles une telle épidémie s'est déclarée et permettent de les faire habiter de nouveau impunément. On a procédé, avec raison, pour le choléra comme on le faisait contre la fièvre typhoïde.

M. BÉCHAMP dit que la quantité de microzymas contenus dans un litre d'air étant de plusieurs mille et la quantité des litres d'air respirés par jour par un seul homme étant de plusieurs mille également, l'atmosphère doit contenir une grande quantité de germes cholériques, et que si tout le monde n'est point atteint du choléra pendant une épidémie, cela doit tenir à ce que tous ne sont pas également susceptibles de contracter cette maladie.

M. HARDY revient sur la question de la contagion du choléra. Il ne voudrait pas qu'on exagérât les dangers de cette contagion, car ce serait exposer les malades à ne trouver personne qui les soignât. La contagion du choléra est aussi peu marquée que celle de la fièvre typhoïde. Or, pour la fièvre typhoïde, il est excessivement rare de découvrir de quelle manière une contagion aurait pu en être l'origine chez les malades qui viennent se faire traiter dans les hôpitaux.

M. PROUST cite quelques exemples dans lesquels la contagion du choléra semble évidente. Il s'agit de navires et de lazarets où le choléra s'est propagé. Il cite aussi le cas d'un autre navire où le choléra a paru causé par l'usage d'eau puisée à Marseille pendant l'épidémie et bue en mer.

RAPPORT

M. LEROY DE MÉRICOURT lit un rapport sur les documents relatifs au traitement du choléra envoyés à la commission des épidémies.

Il signale avec éloges un travail adressé par le professeur Semmola (de Naples) et ayant pour titre : *Recherches thérapeutiques sur le choléra asiatique*, 1882.

M. Semmola repousse la théorie microbienne du choléra ; il repousse aussi tout rapprochement entre l'infection cholérique et l'infection palustre. Le traitement doit être, pour lui, *symptomatique* et *physiologique*. Contre la fluxion intestinale, il préconise les narcotiques et les astringents ; contre la faiblesse, les stimulants ; contre l'algidité, la chaleur artificielle, l'alcool, etc. ; contre la paralysie du cœur, les injections hypodermiques d'éther, etc.

Pour lui les bases du traitement physiologique et rationnel du choléra sont les suivantes :

Repos rigoureux et absolu des organes frappés, par une abstinence complète à partir de la plus petite manifestation diarrhéique.

La diète doit être même imposée lorsque la réaction favorable s'est déclarée, si la diarrhée n'a pas complètement cessé depuis vingt-quatre heures. Il suffirait quelquefois de cinq à six cuillerées à café de bouillon administré prématurément pour faire réapparaître les manifestations cholériques les plus graves. Le lait à petites doses paraît l'élément le plus préférable au début. Le savant professeur de Naples préconise, comme moyen d'excitation, des bains de 38 à 40 degrés pendant la période d'algidité. Il faut ensuite entourer le malade de couvertures chaudes et lui donner des boissons chaudes légèrement alcoolisées.

Si la fièvre de réaction se montre avec intensité, il faudra lutter contre l'hyperthermie et en arriver aux bains presque froids ; la diète lactée constitue alors le régime par excellence.

Lorsque la réaction se trouve retracée par la persistance de la faiblesse du cœur, de l'angoisse épigastrique, etc., il sera bon d'employer les injections de citrate de caféine, les préparations de noix vomique et le bromhydrate de quinine en injections sous-cutanées.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. LE DENTU présente un malade auquel il a pratiqué avec succès, il y a plus de trois ans, l'extirpation du rein gauche.

Il s'agissait alors de tarir une fistule urinaire inguinale qui résultait de l'incision d'une hydronéphrose dans la fosse iliaque.

La néphrectomie avait fait cesser immédiatement tout écoulement d'urine, mais il restait une fistule purulente, à laquelle aboutissait un trajet d'une certaine longueur occupé par un tube à drainage. Ce tube fut laissé en place jusqu'à ce que l'écoulement du pus fût réduit à presque rien. Il ne fut enlevé qu'au mois de février 1883, et dès le lendemain l'orifice était fermé définitivement.

Depuis cette époque la guérison s'est maintenue sans qu'il survint le moindre trouble dans la santé de l'opéré, qui porte seulement au côté gauche une cicatrice infundibuliforme occupant la place de l'ancienne fistule. L'urine sécrétée est normale ; le rein droit fonctionne bien et le cœur est sain.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

347. M. Bellier. Contribution à l'étude de l'urano-staphylorraphie et de ses résultats. — 348. M. Mathieu. Contribution à l'étude clinique du rhumatisme noueux chez les jeunes sujets. — 349.

M. Sauve. Contribution à l'étude de l'hystérectomie dans le cancer de l'utérus. — 350. M. Conscience. Contribution à l'étude des propriétés du chlorhydrate de kairine. — 351. M. Blusson. Des accidents consécutifs à l'emploi de l'acide phénique en thérapeutique. — 352. M. Blesson. Influence de la grossesse sur la marche clinique du cancer. — 353. M. Seraphinoff. De la trépanation dans les ostéites douloureuses du tibia. — 354. M. Dubourg. De la rétention des membranes dans l'utérus après l'accouchement. — 355. M. Hélie. D'une forme de névralgie maxillaire (névralgie des édentés) considérée surtout au point de vue de la pathogénie et du traitement. — 356. M. Daima. Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire survenant dans le cours de la sclérose en plaques. — 357. M. Turbert. Contribution à l'étude clinique des névralgies du membre supérieur. — 358. M. Alem. De la pneumaturie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la nomination de M. le docteur Le Fort comme professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Necker, en remplacement de M. Trélat, nommé à la Charité, les mouvements suivants ont lieu dans les hôpitaux de Paris :

M. le docteur Tillaux passe de l'hôpital Beaujon à l'Hôtel-Dieu ; M. le docteur Cruveilhier, de la Maison municipale de santé, à l'hôpital Beaujon ; M. le docteur Horteloup, de l'hôpital du Midi, à la Maison municipale de santé, et M. le docteur Humbert, du Bureau central, à l'hôpital du Midi.

— Par décret, en date du 2 décembre 1884, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs en médecine Gouy, Dony, Ducasse, Lucas, Delarue, Fournac, Leclerc, Beuve, Turquet, Deschand, Jacquelot, Bertrand, Lafage, Thibierge, Bonnet, Chameron, Chotier, Humbert, Ricoux, Michel, Armedey, Millée, Coudray, Jilson, Leprévost, Gautier, Rey, Jacquin, Source, Cazes, Denise, Bourrel, Goethals, Roland, Bennezon, Hugues, Samsoen, Périer, Cordes, Champonnier, Caillet, Berne, Charvet, Étevenon, Gellé, Courtade, Menou, Bourguet, Bessière, Henrionnet, Châtelet, Leleu, Chabert, Renard, Baratier, Noury, Katz, Trinché, Artus, Hamel, Ramadier, Parisot, Denis, Mesnard, Mondon, Testelin, Gauch, Morival, Dupré, Pagnier, Bouchut, Peyrat.

— La seconde épreuve du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central vient de se terminer. Les candidats dont les noms suivent ont seuls été admis à subir l'épreuve suivante :

MM. les docteurs Ballet, Barié, Bourcy, Brault, Brocq, Galliard, Gauchas, Gaucher, Havage, Hirtz (Edgar), Jean, Juhel-Rénoy, Ledoux-Lebard, Lucas-Championnière, Marie, Martin, Netter, Renault, Siredey et Talamon.

— A la suite de la première épreuve du concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, seuls ont été reconnus admissibles les candidats dont les noms suivent, classés par ordre alphabétique :

MM. Albarran, Alexandre, Ardouin, Beaudouin (Georges), Benoit, Bernard, Besançon, Bezançon, Bonnet, Bouygues, Bureau, Calot, Cazals, Charrier, Chartier, Chavanne, Chevalier, Coffin, Couzette, Courbarien, Crivelli, Dantigny, Delaire, Delbet, Demars, Derégnaucourt, Deroche, Despaigne, Dieudonné, Dortel, Drouet, Dubarry, Dumoret, Dupré (Henri), Dusseaud, Dutil, Favardin, Franc (Charles), Franc (Eugène), Gauthier, Gibotteau, Gillet, Godard, Grandhomme, Graverry, Guitton, Hautecœur, Hillemand, Hudèle, Huet, Iscovescou, Jacquinot, Jaille, Janet, Jaudeau, Jennesco, Klippel, Laffitte (Jean-Baptiste), Laskine, Lavaux, Lefèvre, Leguen, Leriche, Lesage, Leudet, Loppé, Luzet, Lyot, Macry, Mantel, Marion, Martha, Martin du Magny, Mauvin, Melchior-Robert, Méry, Michel, Morel, Moulonguet, Moulo, Mullot, Nicolle, Pallier, Parmentier, Pichevin, Pinel-Maisonneuve, Plicque, Potherot, Pozzi, Prioleau, Reboul, Récamier, Regnault, Régnier, Rieffel, Roland, Rollin, Roulland, Sebileau, Skinner, Springer, Témoin, Thibault, Thierry, Thoumas, Thouvenet, Valat, Valette, Vaquez, Vignalon, Vilcocq, Villard (Maurice), Wickham, Widal et Wurtz.

— L'épidémie cholérique s'éteint de plus en plus. Voici les derniers chiffres que nous avons relevés pour les hôpitaux de Paris à l'Administration de l'Assistance publique :

Du 1er décembre au matin au 8 décembre minuit, le nombre des cholériques entrés dans les hôpitaux et hospices civils de Paris a été de 16 dont 10 hommes et 6 femmes. Le nombre des cas intérieurs a été de 2, dont 1 homme et 1 femme. Soit un total de 18 cas pour huit jours. Ce nombre doit être même réduit à 17 par suite de l'infirmation du diagnostic de l'un d'eux.

Pendant ce même temps, la mortalité a été de 13 décès, dont 7 hommes et 6 femmes. Ces décès se rapportent tant à des cas antérieurs qu'à des cholériques récemment atteints.

D'autre part, l'hôpital de Rothschild n'a reçu aucun malade atteint du choléra depuis le 27 novembre dernier.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Planteau est nommé, après concours, chef des travaux anatomiques.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Coppens, docteur en médecine, est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Raynal, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Barral, licencié ès sciences physiques, est nommé, pour l'année scolaire 1884-1885, préparateur de chimie organique et toxicologie, en remplacement de M. Marc, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Lemoine, docteur en médecine, est institué, pour une période de deux ans, chef de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Royer, dont le temps d'exercice est expiré.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Lauret, préparateur de physique, est délégué en outre, à titre provisoire, dans les fonctions de chef des travaux de physique.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Vincent, suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes, est chargé du cours de pathologie externe et de médecine opératoire, en remplacement de M. Spilmann, décédé.

— *École de médecine de Clermont.* — Ont été proclamés lauréats :

Élèves en médecine de première année. — Premier prix, M. Bassin ; deuxième prix, M. Souligoux ; mention honorable, M. Verrié.

Élèves de deuxième année. — Premier prix, M. Achalme ; deuxième prix, M. Faucillon ; mention honorable, M. Grasset.

Élèves de troisième année. — Premier prix (médailles d'argent données par M. Nivet), partagé entre MM. Bayle et Mouret.

Élèves en pharmacie (première année). — (Médaille d'argent donnée par M. Nivet), M. Givois.

Deuxième année. — Rappel de médaille d'argent et livres, M. Roche.

Prix des travaux pratiques (troisième année). — M. Biarnais.

Deuxième année. — M. Roche déjà nommé.

Prix Fleury (médaille de vermeil), donné à l'élève qui a recueilli, au lit des malades, le plus grand nombre d'observations, partagé entre MM. Mouret et Grasset, déjà nommés.

Prix Hippolyte Renoux, donné à l'élève qui a présenté des cahiers de cours bien rédigés, partagé entre MM. Grasset, Mouret, Faucillon, déjà nommés, et Fouriaux.

Prix de l'administration des hospices, M. Mouret, déjà trois fois nommé.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Guillemet, suppléant d'accouchements, est nommé professeur de clinique obstétricale et gynécologie, en remplacement de M. Vignard, décédé.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Regnault, professeur de clinique interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire d'hygiène et thérapeutique à ladite école, en remplacement de M. Pitois, décédé.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Albert (Léonce) est nommé préparateur de chimie et de pharmacie, en remplacement de M. Délieux, démissionnaire.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — MM. Lefour et Hirigoyen sont nommés, après concours, chirurgiens adjoints à la Maternité de Pellegrin.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Collardot (Ernest-Victor), pharmacien de première classe, est nommé préparateur de pharmacie et d'histoire naturelle, en remplacement de M. Gay, appelé à d'autres fonctions.

— Le lundi 19 janvier 1885, à deux heures précises, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration de l'assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en pharmacie vacantes dans les hôpitaux et hospices de Paris.

Le registre d'inscriptions est ouvert tous les jours, de onze heures à trois heures, du lundi 8 décembre 1884 au samedi 3 janvier 1885 inclusivement.

— M. le docteur Péan a été élu président de la Société des chirurgiens.

— MM. Vincent et Allard sont nommés, après concours, internes à l'asile départemental de Brou.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Darnel (de Calais) et de M. le docteur Hamon, qui vient de succomber aux fatigues d'un voyage d'exploration en Abyssinie.

— La Société d'anthropologie de Paris vient de constituer son bureau, ainsi qu'il suit, pour l'année 1885 :

Président : M. le docteur Dureau ; vice-présidents : MM. les docteurs Letourneau et Magitot; secrétaire général : M. le docteur Topinard; secrétaire général adjoint : M. Girard de Rialle; secrétaires annuels : MM. Issaurat et Hervé ; conservateur des collections : M. le docteur Collineau; archiviste : M. Dailly ; trésorier : M. le docteur F. de Ranse.

— La Société française de sauvetage a tenu sa séance générale annuelle le 7 décembre 1884, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne. Parmi les lauréats proclamés dans cette séance (médailles d'argent), nous remarquons les noms de MM. les docteurs Ant. Martin, A. Godo et Bonnefoy.

Les Sonnets du docteur, édition de bibliophile gr. in-octavo à deux couleurs avec un frontispice par G. Clairin et une eau-forte par Félicien Rops. — Sur papier de Hollande, 5 francs; vélin, 8 francs; japon, 12 francs. — 1884, Darantière, imprimeur-éditeur à Dijon. — Envoi franco contre mandat.

Traité de l'acclimatement et de l'acclimatation, par le docteur A. Jousset, ancien médecin de la marine, lauréat de l'Académie de médecine, etc., etc. 1 vol. in-8° de 460 pages avec 16 planches hors texte et 220 tableaux dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17110.

25

Poudre de viande de bœuf
DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.
(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies^.

19

Poudre de viande de bœuf
DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE
De Trouette-Perret
(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharm^ies^.

15

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

Quina-Laroche phosphaté
Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina, sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition* du *système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22 et 19, r. Drouot. Laroche

113

Le phosphate monocalcique
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Siropreconstituantou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id, id. à 1 — 60.
Paris, 163, r. de Belleville, et bonnes pharm^ies^.

39

Vin Defresne à la Peptone
Admise première, après analyse, dans les hôpitaux de Paris.

Récompensée à l'exposition universelle 1878.

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande, il contient aussi la fibre musculaire fluidifiée digérée rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère après le repas; 4 fr.

ELIXIR DEFRESNE à la PEPTONE, 5 fr., nutriment agréable et reconstituant.

PEPTONE DEFRESNE : 25 p. 100 de peptonet

Dose : 2 cuillerées à la fois dans eau tiède et salée, 5 fr.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'Estomac et des Intestins.

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine**, Paris.

136

Pansement antiseptique
Méthode LISTER.

MM. DESNOIX et Cie, pharmaciens, 17, rue Vieille-du-Temple, à Paris, préparent, depuis plusieurs années déjà, toutes les pièces nécessaires au pansement antiseptique par la méthode Lister et les tiennent à la disposition des médecins et chirurgiens qui désirent em ployer ce mode de pansement.

7

INALTÉRABLE, D'UN GOUT EXQUIS.

Vin d'Almanza de Lavocat
Au *quinquina, cacao, colombo* et *moka.*

Rétablit les fonctions de l'APPAREIL DIGESTIF, reconstitue les TEMPÉRAMENTS AFFAIBLIS.

Combat sûrement :
ANÉMIE, CHLOROSES, DIARRHÉES, FIÈVRES, etc.

Des flacons à l'essai sont envoyés gracieusement à **MM. les Docteurs** qui en feront la demande : à Lyon, ph^ie^ LAVOCAT, 42, rue Ferrandière; à Paris, ph^ie^ MOPPERT, 51, rue du Temple.

25

Saint-Raphaël, Vin tannique,
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint-Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

79

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

Royat, eau minérale naturelle
St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, **20** et **30** francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

46

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Orezza, EAU MINÉRALE FERRUGINEUSE ACIDULE
la plus riche en fer et acide carbonique.

Cette **eau** n'a pas de rivale pour la guérison des GASTRALGIES, FIÈVRES, CHLOROSE, ANÉMIE, et toutes les maladies provenant de L'APPAUVRISSEMENT DU SANG.

12

NOUVELLE MÉDICATION
Affections cardiaques, rhumatismales, goutteuses.

Le Vin Duflot
Macéré de Scille à base de vieux bordeaux
(FORMULE DU DOCTEUR TARTENSON)

est un diurétique qui a le mérite de ne pas congestionner les reins. Administré pendant les repas aux doses de 100 grammes, il produit une diurèse abondante très favorable dans les **Affections cardiaques, rhumatismales, goutteuses,** etc.

(Expérimenté en 1880 par le Professeur M. RAYNAUD à la Charité, et prescrit par la plupart des praticiens.)

Pharmacie DUFLOT, 30, rue de Trévise, Paris, et dans toutes les pharmacies de province.

80

Ergotine. Dragées d'ergotine
de BONJEAN.

La solution d'*Ergotine* est, d'après les plus illustres médecins, un des meilleurs hémostatiques (Ergotine, 10 gr.; eau, 100 gr.); pour injection hypodermique l'addition de 20 centigr. acide salicylique assure la conservation de cette solution. — Les DRAGÉES D'ERGOTINE BONJEAN sont employées avec le plus grand succès pour *faciliter le travail de l'accouchement,* arrêter les *hémorrhagies* de toute nature (crachements, pertes de sang, etc.), contre les *dysenteries* et *diarrhées chroniques,* et enfin pour combattre la *phthisie pulmonaire* et enrayer sa marche.

Dépôt général : LABELONYE, 99, r. d'Aboukir, Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

73

Vin bi-digestif de Chassaing
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE.
(Rapport favoarble de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire complet et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 4, avenue Victoria.

46

Pougues EAU MINÉRALE ALCALINE GAZEUSE RECONSTITUANTE
Gastralgies. — Dyspepsies. — Gravelles. Anémies. — Chloroses. — Convalescences.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France
est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraine le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel
AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

3

Maltine Gerbay,
Vérit. spécifique des Dyspepsies amylacée.
TITRÉE PAR LE Dr COUTARET,

Lauréat de l'Institut de France : Prix de 500 fr.

Cette préparation nouvelle a subi l'épreuve de l'expérimentation clinique et le contrôle de toutes les Sociétés savantes en 1870 et 1871 : Académie de médecine, Société des sciences médicales de Lyon, Académie des sciences de Paris, Société académique de la Loire-Inférieure, Société médico-chirurgicale de Liége, etc.

GUÉRISON SURE DES DYSPEPSIES, gastrites, aigreurs, eaux claires, vomissements, renvois, points, constipations, et tous les autres accidents de la première ou seconde digestion.

Médaille d'argent à l'Exposition de Lyon 1872.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

GROS : Pharmacie GERBAY, à Roanne (Loire).

125

Pilules suisses
(*Pilules de coloquinte composées*).
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

65

Vin Mariani à la Coca du Pérou
Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales ph^les^.

87

Ergotinine de Tanret
Lauréat de l'Institut.

L'auteur prépare avec cet *alcaloïde* une solution dosée à 1 milligr. le cent. cube (dose de 3 à 10 gouttes) et un sirop à 1 milligr. la grande cuillerée (dose de 1 à 8 cuillerées à café par jour).

S'emploie dans les mêmes cas que l'ergot.

Paris, ph^ie^ TANRET, 64, rue Basse-du Rempart.

N° 144. — SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1884. 57e ANNÉE. SAMEDI 13 DÉCEMBRE 1884. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Mal de Pott : Excurvation cervicale; atrophie consécutive du bras et de la main; — Excurvation dorsale; abcès par congestion; ectopie rénale. — La paraplégie. — THÉRAPEUTIQUE. La coca et la cocaïne. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Protestation contre la création, pendant l'épidémie cholérique, des médecins délégués de la préfecture de police. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Mal de Pott.

Deux cas de mal de Pott et un cas d'affection des vertèbres d'une autre nature ayant entraîné, tous trois, des phénomènes de compression médullaire secondaires, se trouvent simultanément dans le service de la clinique de la Pitié. M. le professeur Jaccoud a saisi cette occasion pour faire, par le rapprochement de ces trois malades, une étude clinique extrêmement intéressante de ces affections et des particularités différentielles qu'ont présentées dans chacune d'elles les phénomènes secondaires.

Résumons d'abord l'histoire des deux malades atteints du mal de Pott.

Mal de Pott. Excurvation cervicale ; atrophie consécutive du bras et de la main.

Le premier est un homme de vingt-quatre ans, qui frappe tout d'abord l'attention par deux faits morbides concomitants, dont on verra par la suite la relation, une bosse ou gibbosité cervicale et une atrophie de la main et du bras droit.

L'histoire de la tumeur cervicale est singulière. La voici en deux mots. Il y a dix-huit mois, cet homme a reçu sur l'épaule gauche un pot d'eau bouillante qui a produit une vaste brûlure, dont on voit encore les traces. Il s'est alité et est resté deux mois couché jusqu'à complète cicatrisation. C'est pendant cette période que le malade a été pris successivement des symptômes suivants : d'abord une douleur dans la nuque, ayant des irradiations multiples dans le voisinage; cette douleur était exaspérée par la pression et par les moindres mouvements; puis, un peu plus tard, un trismus avec rapprochement des mâchoires tel que, pour le nourrir on était obligé d'écarter violemment ses mâchoires et d'introduire dans la bouche, grâce à cet écartement, une cuiller à bec effilé.

Ces douleurs et ce trismus duraient depuis quinze jours environ, lorsque le malade constata pour la première fois l'existence d'une tuméfaction à la nuque.

Il évaluait le volume de cette grosseur à environ celui d'un œuf. Comme rien de semblable n'existait au moment où il s'alita, on est bien obligé d'admettre que cette tuméfaction a mis moins d'un mois à se développer et à acquérir les dimensions qu'elle présente maintenant. Depuis lors les brûlures se sont cicatrisées, mais la tumeur, les douleurs, le trismus, ont persisté. Le trismus a cessé d'abord, puis les douleurs ont diminué ou du moins ont cessé de s'accroître ; et les choses sont restées stationnaires dans ces conditions depuis deux mois. Aujourd'hui le malade n'a plus de douleurs spontanées, il ne reste plus que de la sensibilité à une pression un peu forte.

Voici les caractères de cette tumeur. Elle est d'une consistance osseuse; la pression, si forte qu'elle soit, ne modifie pas la forme ; son volume est celui d'un gros œuf de poule. Elle s'étend du niveau de la deuxième vertèbre cervicale à la sixième. Elle n'est pas exactement sur la ligne médiane, les deux tiers environ de sa largeur débordent à gauche de la ligne médiane, tandis qu'un tiers seulement dépasse cette ligne à droite. La peau qui recouvre cette tumeur est à peine rouge ; elle ne lui est point adhérente. A la partie supérieure de cette tumeur règne un sillon circulaire entre l'occiput et la saillie formée par l'apophyse épineuse de l'axis. Au-dessous on voit une concavité profonde, une dépression interscapulaire des plus prononcées tenant à une courbure de la colonne vertébrale, incurvation compensatrice.

La mensuration des parties montre que, au niveau de la tumeur, la ligne des apophyses est déviée; elle forme une incurvation latérale, d'où une modification de la distance du lobule de l'oreille à l'acromion.

De ces courbures résulte une attitude vicieuse de la tête, qui est sensiblement inclinée à gauche et en avant ; le menton est sensiblement rapproché du sternum. Les mouvements de la tête sont limités.

Enfin le cou est très notablement élargi en arrière, surtout par le tassement et l'affaissement de la colonne cervicale.

A la première question : qu'est-ce que cette tumeur ? la première idée se portait vers une exostose. Mais un examen attentif ne permettait pas de s'y arrêter. Une exostose datant de dix-huit mois n'aurait point donné lieu aux courbures cervicales constatées. Il s'agissait bien évidemment ici d'une tumeur blanche du cou, d'un mal de Pott cervical. Le tassement et l'élargissement du cou sont tout à fait

en harmonie avec cette idée. Mais il y a d'autres raisons qui militent en faveur de ce diagnostic.

En remontant aux antécédents de ce malade, on apprend que, dans son enfance, il a été tourmenté par des manifestations scrofuleuses ; il a eu un frère et une sœur morts phtisiques. Une autre sœur a une tumeur blanche du genou.

Le développement de cette tuméfaction du squelette du cou a été rapide. Néanmoins le malade a heureusement échappé aux dangers de la compression de la moelle. Il n'en a du moins présenté aucun des symptômes directs.

On a vu cependant que coïncidemment il s'était manifesté un certain degré d'atrophie du bras et de la main du côté droit. C'est le moment de rechercher la liaison qui peut exister entre ces deux faits, la tumeur cervicale et l'atrophie partielle du membre supérieur droit.

Il y a huit mois seulement que ce malade a commencé à s'apercevoir que sa main droite perdait de sa force et que son avant-bras s'amaigrissait un peu. Dans les premières semaines, il éprouva des crampes très douloureuses dans les doigts. En deux mois de temps la paralysie et l'atrophie sont arrivées au point où elles sont maintenant; la main présentant l'aspect qu'on lui voit dans l'atrophie musculaire progressive : disparition des éminences thénar et hypothénar; flexion des phalangines et des phalangettes, les premières phalanges seules restant étendues sur le métacarpe; en un mot, paralysie atrophique des extenseurs des doigts et des interosseux. L'avant-bras amaigri, atrophié, a 4 centimètres de tour de moins que l'avant-bras gauche. La sensibilité est conservée dans l'avant-bras comme dans la main. Mais par instants ces deux portions du membre se refroidissent comme par accès. Les choses sont ainsi stationnaires depuis six mois.

A quelle portion du système nerveux faut-il s'en prendre pour expliquer le rapport de cette atrophie avec la lésion cervicale? L'idée d'une compression du plexus nerveux brachial est la première qui viendrait naturellement se présenter. Mais évidemment le plexus n'est pas compromis tout entier, le bras et l'épaule restant intacts. C'est sur quelques-unes des racines seulement, sur une portion du nerf médian notamment que doit s'exercer la compression, ainsi que sur le cubital et le radial. Mais aucun de ces nerfs n'est compromis en totalité dans son action.

Malgré les difficultés de déterminer d'une manière bien précise le degré et l'étendue des lésions nerveuses, M. Jaccoud n'hésite pas à attribuer cette atrophie à une compression partielle des nerfs qui animent les muscles de l'avant-bras et de la main et à la rattacher à la lésion cervicale.

Mal de Pott. Excurvation dorsale; abcès par congestion; ectopie rénale ; paraplégie.

Le deuxième fait qui s'est présenté dans le service est un exemple très net et très classique du mal de Pott, différent en cela du précédent qui s'écarte un peu, comme on a pu le voir, du type commun. Il était intéressant, à cause de ces différences même, de les rapprocher.

Il s'agit, dans ce deuxième fait, d'une femme âgée de cinquante ans, entrée dans le service le 15 octobre. Tout cas de mal de Pott, si typique qu'il soit, dit M. Jaccoud à ce sujet, est toujours un fait très complexe. Il y a toujours lieu de se livrer à la recherche des cinq points suivants. Il faut : 1° reconstituer l'histoire de la lésion vertébrale ; 2° rechercher l'abcès par congestion ; 3° en déterminer les rapports avec les viscères voisins ; 4° rechercher l'influence de l'arthropathie vertébrale sur les membres inférieurs. C'est dans cet ordre qu'il a procédé à l'interrogatoire et à l'examen de la malade en question.

1° Lésion vertébrale. Ici les renseignements sont très précis. La malade rend très bien compte de l'époque du début de la maladie, des premiers symptômes dorsaux qui l'en ont avertie. Il y a quatre mois, elle a éprouvé des douleurs vives, fixes, au milieu de la région dorsale, d'abord sans irradiations qui se sont manifestées plus tard. Au bout d'un mois, en portant sa main sur son dos, elle a constaté l'existence de la saillie qu'on y voit aujourd'hui.

Mais il est bon de dire tout de suite qu'en interrogeant la malade pour savoir si, avant ce début si nettement indiqué, elle n'avait pas éprouvé quelque modification dans l'état de sa santé et quelles étaient ses conditions organiques avant la manifestation du premier symptôme de la maladie actuelle, on a appris d'elle que, depuis un an antérieurement à cette date, elle aurait commencé à tousser et à maigrir sans cause appréciable.

Revenant à la marche de l'affection présente, la malade dit qu'elle a commencé à éprouver il y a deux mois, c'est-à-dire deux mois après le début par la douleur dorsale, une douleur constrictive en ceinture. A cette même époque elle s'est aperçue d'un gonflement partiel du ventre, dans le côté droit.

Depuis deux mois il n'est pas survenu de nouveau symptôme, mais ceux que l'on vient d'énumérer : douleur dorsale, douleur en ceinture, gonflement du ventre, se sont graduellement accrus, pendant que la maigreur, l'affaiblissement et la détérioration organique se sont également de plus en plus accentués.

Si l'on examine maintenant de plus près chacun des phénomènes principaux qui viennent d'être indiqués seulement, voici ce que l'on constate.

La saillie vertébrale est tout à fait typique, elle est anguleuse, pointue, différente en cela de la tumeur cervicale du malade dont il a été question plus haut. Elle a son siège au milieu de la région dorsale. En examinant attentivement cette excurvation, on s'aperçoit qu'elle est constituée par deux saillies distinctes : l'une, plus apparente, paraît correspondre à la huitième vertèbre dorsale ; la deuxième est double ou formée par deux saillies : l'une constituée par la septième vertèbre, l'autre, la moins apparente, par la sixième. L'excurvation totale est donc formée aux dépens de trois vertèbres par le groupement de leurs apophyses épineuses rapprochées les unes des autres, par suite de la destruction partielle et de l'aplatissement de leur corps. Il n'y a point ici de courbure de compensation, différence encore avec ce qui a lieu chez le premier malade.

La percussion sur la saillie ne provoque point de douleur, mais elle en provoque dans le voisinage et notamment sur les parties latérales. La moindre impulsion imprimée au tronc ou la simple tentative d'un mouvement volontaire provoque ou exaspère les douleurs en ceinture.

2° Tumeur abdominale. En examinant le ventre, l'abdomen étant mis complètement à découvert, on est frappé tout d'abord par l'asymétrie qu'il présente : le côté droit est volumineux, saillant, tandis que le côté gauche conserve ses proportions normales. La compression dans la fosse iliaque gauche n'y révèle rien d'anomal, elle est complètement libre. Dans la fosse iliaque droite, au contraire, elle fait constater l'existence d'une tuméfaction considérable

qui la remplit tout entière, et elle fait percevoir en même temps dans cette tumeur une fluctuation des plus évidentes. La pression n'est pas d'ailleurs douloureuse. C'est un exemple des plus nets de l'abcès par congestion, qui résulte de la migration du pus provenant de la carie des vertèbres et ayant fusé tout le long de la colonne vertébrale, pour venir se collecter dans la fosse iliaque.

Ce deuxième point du diagnostic résolu, il y en avait un troisième à examiner : celui qui se rattache à l'influence que ces abcès par congestion peuvent exercer sur les viscères voisins.

Ici s'est présentée une particularité tout à fait intéressante.

En continuant à explorer les parois de l'abdomen, M. Jaccoud n'a pas tardé à s'apercevoir qu'il n'en avait pas fini avec les saillies et les tumeurs. Un peu au-dessous des fausses côtes, en suivant l'axe axillaire, il a constaté l'existence d'une seconde tumeur, saillante, bombée, lisse et très nettement limitée. Cette tumeur est mobile ; on la déplace par une pression un peu forte de haut en bas et de gauche à droite. Si l'on place une main sur cette tumeur, tandis que l'autre est appliquée sur la région lombaire, on sent qu'on peut la faire mouvoir, la promener d'une main à l'autre. En la passant ainsi entre les deux mains, on peut en apprécier parfaitement la consistance solide, ferme, et la conformation. Il n'y avait aucun doute, on avait évidemment affaire au rein droit mobilisé. Pour en acquérir le dernier degré de certitude, il n'y avait qu'à explorer la région lombaire de ce côté, en la comparant à celle du côté opposé ; on reconnaissait aussitôt, par la pénétration des doigts dans une sorte de cavité, que le rein avait cessé d'occuper sa place normale.

Ce mode d'ectopie rénale n'est pas inconnu ; il est rangé dans la classe des accidents de voisinage. Il est produit d'après le même mécanisme que les déplacements du rein par le foie ou par une tumeur du colon.

Cette ectopie présente ici cette particularité exceptionnelle que le rein n'est pas recouvert par une anse intestinale. M. Jaccoud a déjà signalé un fait de ce genre à titre d'exception dans son *Traité de pathologie*.

En résumé, mal de Pott datant de quatre mois, abcès par congestion et ectopie du rein, voilà les trois phénomènes principaux qu'a révélés l'exploration chez cette malade. Mais ce n'est pas tout encore. Il y avait à rechercher l'état des poumons et celui des membres inférieurs.

Les poumons présentent des deux côtés des signes certains de tuberculose. On constate de la matité dans les deux fosses sus-épineuses, descendant un peu vers le corps de l'omoplate. Le bruit respiratoire est rude, soufflant et entremêlé de quelques craquements humides. Ces signes sont un peu plus accusés à gauche qu'à droite. Dans les premiers jours, la malade ne crachait pas, ce qui rendait l'exploration bacilloscopique impossible. Elle s'est mise à cracher depuis quelques jours : on a recherché les bacilles, mais sans résultat. On renouvellera encore l'épreuve.

Restait à étudier l'état des membres abdominaux.

La paraplégie.

Nous allons entrer ici dans une phase nouvelle de l'histoire de cette malade, la plus intéressante, sans contredit : celle de la paraplégie.

Cette femme a commencé à éprouver, il y a deux mois, un affaiblissement des membres ; cet affaiblissement a été toujours croissant et il en est arrivé aujourd'hui au point que la marche est devenue impossible.

Nous allons faire assister nos lecteurs aux explorations successives auxquelles s'est livré M. Jaccoud, comme nous l'avons fait pour les phénomènes précédemment décrits.

Les points dont il y avait à s'enquérir étaient les suivants : 1° état des mouvements volontaires; 2° état des mouvements involontaires, réflexes ou provoqués ; 3° état des mouvements involontaires spontanés, c'est-à-dire qui se manifestent sans provocation, sans excitation préalable.

1° Les mouvements volontaires ne sont pas abolis; la malade peut exécuter certains mouvements dans son lit, elle peut même se lever, se tenir debout et faire quelques pas. Mais on va voir dans quelles limites ils sont possibles.

La malade, étant couchée sur le dos, peut élever chacun de ses membres inférieurs de 25 à 30 centimètres au plus au-dessus du plan du lit. Arrivé à cette limite, non seulement le membre ne peut être élevé plus haut, mais il est impuissant à rester longtemps dans cette attitude ; il retombe presque aussitôt, non pas brusquement, mais avec une certaine lenteur.

Les mouvements de latéralité sont exécutables, mais dans d'assez courtes limites. La locomobilité des membres inférieurs est donc conservée, mais réduite dans son amplitude comme dans sa force.

Quelle est la qualité de ces mouvements ? Lorsqu'on dit à cette malade de diriger son pied dans une direction déterminée, vers la main de l'observateur, par exemple, ce mouvement est mal coordonné ; elle atteint le but indiqué, mais après une série d'oscillations horizontales.

Placée debout, elle peut à peine s'y tenir une seconde ou une seconde et demie, quelquefois même une fraction de seconde seulement; elle est prise aussitôt d'une sorte de terreur, inspirée par le sentiment de faiblesse de ses jambes qui fléchissent, elle chancelle et tomberait si elle n'était retenue. En outre, si, pendant le très court espace de temps que persiste la station debout, on vient à lui fermer les yeux, elle chancelle et tomberait instantanément si on ne la retenait.

La marche, dans ces conditions, est, on le comprend, très compromise dans son mode comme dans sa durée. Cependant il se passe à cet égard un fait un peu paradoxal. Elle marche mal, sans doute, mais elle marche mieux qu'elle ne se tient debout. Elle ne fauche pas en marchant : le mouvement de projection du membre se fait directement en avant, en glissant sur le sol que la plante du pied ne quitte pas complètement, suivant une ligne droite. Au bout de trois ou quatre pas effectués ainsi, elle ne peut pas aller plus loin, elle est obligée de s'arrêter.

La malade étant couchée, voici ce que montre l'examen fait au point de vue des mouvements involontaires, c'est-à-dire des mouvements réflexes, provoqués. Les réflexes tendineux sont exagérés ; la percussion sur le tendon rotulien et sur le triceps crural donne lieu à des mouvements exagérés, dans leur rapidité et dans leur ampleur. Lorsqu'on frappe sur le triceps, il y a plus qu'un mouvement produit, il y a une trépidation du muscle.

Les mouvements réflexes associés se communiquant d'un membre à l'autre manquent complètement.

Qu'en est-il des mouvements involontaires spontanés ? La malade éprouve de temps en temps des crampes, des tressaillements des muscles et parfois ces tressaillements à

leur maximum vont jusqu'à la trépidation épileptoïde.

La sensibilité est intacte dans tous ses modes. La miction et la défécation se font régulièrement.

Voilà pour l'état des symptômes.

Quelle conclusion en tirer? Elle est tellement évidente, qu'il n'est pas un de nos lecteurs qui ne l'ait déjà tirée. On se trouve là en présence d'une compression incomplète et partielle de la moelle, au niveau de la septième et de la huitième vertèbre dorsale : incomplète, cela va de soi, puisque les mouvements, bien que très affaiblis, sont encore possibles dans de certaines limites; partielle, puisque la sensibilité est restée intacte et que les désordres ne portent que sur le système musculaire, La compression ne s'exerce donc que sur les faisceaux antéro-latéraux de la moelle; les faisceaux postérieurs sont respectés.

Cependant il y a quelque chose de plus. Les phénomènes qui se produisent lors de l'occlusion des yeux, témoignent d'un certain degré d'ataxie, mais partielle puisque la sensibilité est conservée.

En résumé, on trouve ici à leur minimum les accidents que produit habituellement la compression de la moelle. Le tableau est bien différent, lorsque la compression de la moelle est complète.

C'est ce que nous montrera l'exemple du troisième malade, qui présente une paraplégie complète, non pas due à un mal de Pott, mais à une arthrite rhumatismale des vertèbres du cou.

Ce sera le sujet de la prochaine Revue.

THÉRAPEUTIQUE

La coca et la cocaïne.

Par M. le Dr W. Renaud.

L'utilisation des propriétés anesthésiques du chlorhydrate de cocaïne pour toutes les opérations que l'on pratique sur les muqueuses accessibles à l'action chirurgicale, vient encore une fois attirer l'attention du monde savant sur les feuilles de l'érytroxilon coca.

C'est une histoire bien étrange que celle de cette plante, dont les services ont tour à tour été appréciés avec un enthousiasme exagéré ou avec un dédain immérité.

Les propriétés toniques de la coca bien connues des Indiens qui habitaient le territoire aujourd'hui occupé par le Pérou et la Bolivie étaient utilisées par eux d'une manière pour ainsi dire permanente, toutes les fois qu'ils se livraient à des travaux de quelque durée.

Les premiers Européens venus dans le pays, émerveillés des résultats qu'ils constatèrent, encore plus émerveillés de ceux qui leur furent racontés et qu'ils crurent sur parole, firent de cette plante, au moment où elle parvint chez nous, un éloge excessif dans lequel le surnaturel remplaçait bien souvent la réalité des faits. Il se produisit alors ce que l'on ne voit encore que trop souvent de nos jours, c'est que, dans l'enthousiasme du moment, la coca guérissait tous les maux, prolongeait la vie humaine, etc.

On dut bientôt en rabattre de pareilles prétentions et, par une réaction bien naturelle, on en arriva graduellement à nier la réalité des faits.

La coca tomba dans un oubli à peu près absolu, et elle y resta pendant le xviie, le xviiie siècle et la moitié du siècle actuel; il n'en est plus fait mention que dans des ouvrages de science pure et à titre de simple curiosité.

C'est vers l'année 1867, au moment de l'Exposition, que la coca fit sa réapparition en Europe, et c'est à Mariani que revient l'honneur d'avoir vulgarisé cette substance, en rendant facilement assimilables, sous forme d'*élixir*, de *pâte*, de *thé*, et surtout de *vin*, les principes actifs de la plante. Mariani a fait plus encore : il est arrivé à rendre manifestes les propriétés essentielles de la coca, et il a ainsi singulièrement facilité les études physiologiques qui ont fait entrer ce médicament dans la pratique journalière de la médecine.

Depuis lors, en effet, de grands et importants travaux ont été publiés sur la coca. Il nous suffira de citer ceux de G. Sée, qui la range parmi les désassimilants, Gubler, qui pense qu'elle est un des meilleurs stimulants du système nerveux, Ch. Fauvel, qui a su tirer un si merveilleux parti de cette plante dans le traitement des maladies du larynx, Dechambre, Mantegazza, Rabuteau et tant d'autres qui tous, sans exception, considèrent la coca comme l'une des substances dont l'action tonique et stimulante est la moins contestable.

La découverte, ou, pour mieux dire, l'utilisation des propriétés anesthésiques locales du chlorhydrate de cocaïne est un nouveau titre de gloire pour la coca, mais elle ne saurait faire oublier les propriétés de la plante elle-même.

Le chirurgien pourra se féliciter d'avoir trouvé dans la cocaïne le moyen de remplacer les anesthésiques généraux toutes les fois qu'il s'agira d'opérations superficielles pratiquées à la surface des muqueuses, mais les médecins n'en continueront pas moins à recourir, — pour leurs malades qui ont besoin de recouvrer leurs forces, de se tonifier, — aux différentes préparations obtenues à l'aide de la plante, et parmi celles-ci ce sera toujours au vin de coca qu'ils donneront la préférence.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Ostéomyélite. — M. LARGER, à l'occasion du procès-verbal, rappelle avoir communiqué il y a quelque temps l'observation d'un enfant de douze ans, qui était atteint d'une ostéomyélite, et chez lequel il pratiqua d'abord une trépanation osseuse, puis l'évidement de toutes les parties malades. Jusqu'ici il s'est bien trouvé de cette manière de faire. L'évidement s'est fait très facilement sous l'ischémie d'Esmarch.

M. Larger rappelle avoir, dans sa communication, émis cette opinion que l'ostéomyélite était une maladie infectieuse, microbienne, qu'elle pouvait donner lieu à une pyohémie spéciale. C'est là l'opinion qu'a de nouveau émise M. Terrier dans la dernière séance. Cette dénomination d'ostéomyélite convient-elle à l'affection dont il s'agit? M. Larger ne le pense pas; il fait observer que l'ostéomyélite existe aussi bien dans les os sans moelle que dans les os longs, dont le canal médullaire reste indemne. C'est pourquoi il avait proposé, en communiquant l'observation dont il est question plus haut, de lui donner pour titre : phlegmon diffus osseux.

Amputation ostéoplastique du pied. — M. TERRIER fait un rapport du travail de M. Villeneuve (de Marseille), relatif à un cas d'amputation ostéoplastique du pied, selon l'ingénieux procédé de M. Le Fort. Il s'agissait d'une femme de cinquante-deux ans, d'une bonne constitution habituelle, qui a été prise d'un premier abcès du pied gauche, ayant guéri facilement, puis d'un second abcès qu'on ne tarda pas à reconnaître comme étant symptomatique d'une lésion osseuse; bientôt apparurent trois trajets fistuleux indiquant nettement une affection des os du tarse.

M. Villeneuve pratiqua l'amputation du pied avec conservation du calcanéum et suture osseuse, selon le procédé de M. Le Fort. La suture osseuse fut maintenue à l'aide de deux longs clous d'acier qui ne furent enlevés que le douzième jour. Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes; la malade fut rapidement guérie et elle marche bien.

Fistules urétro-péniennes. — M. TILLAUX fait un rapport sur un travail de M. Robert (du Val-de-Grâce), ayant pour titre : *Fistule urétro-pénienne, mortification des parois de l'urètre par constriction circulaire de la verge à l'aide d'un corps métallique.* Après avoir rappelé un cas de M. Duplay et trois cas de l'hôpital Trousseau, l'auteur fait connaître son observation personnelle. Il s'agit d'un Arabe vagabond, dont les facultés mentales étaient troublées, qui s'introduisit la verge dans un anneau métallique. Sous l'influence de cette constriction, il se fit une rétention d'urine ; une fistule urinaire se forma en arrière de l'anneau. M. Robert commença par libérer la verge en passant une sonde de Blandin sous l'anneau et en limant celui-ci ; puis quand les choses furent revenues à l'état normal et qu'il ne resta plus que la fistule, il fit une urétroplastie à doubles lambeaux superposés et plaça une sonde à demeure. La suture manqua et la fistule se reforma.

Dans ces cas, aux difficultés habituelles d'obtenir une réunion immédiate se joint le contact de l'urine. Comment empêcher ce contact de l'urine avec la plaie ? On a proposé plusieurs moyens ; on a proposé de faire une boutonnière périnéale ; mais, outre que c'est là une aggravation de l'opération, il passe toujours un peu d'urine le long de la paroi supérieure du canal. Il y a la sonde à à demeure ; c'est à elle que M. Robert a eu recours, mais elle a aussi de sérieux inconvénients : elle favorise l'urétrite et par conséquent la suppuration, et ne met pas complètement à l'abri du contact de l'air ; peut-être est-il préférable de recourir au cathétérisme répété avec une sonde molle. Mais il est un moyen dont il n'est pas fait mention dans ce travail, et sur lequel M. Tillaux appelle l'attention : c'est la ponction de la vessie. Cette opération est devenue inoffensive depuis la découverte de l'appareil Dieulafoy. Elle n'est certainement pas plus dangereuse que la boutonnière périnéale et elle est autrement efficace. Si, grâce à elle, on ne laisse pas une goutte d'urine en contact avec la plaie, on a les plus grandes chances d'obtenir la réunion immédiate. Donc, dans les cas de ce genre, M. Tillaux donnerait la préférence d'abord au cathétérisme, aussi rare que possible avec une sonde molle, ensuite à la ponction vésicale pratiquée une ou deux fois toutes les deux heures pendant les cinq ou six premiers jours.

M. VERNEUIL, qui s'est depuis longtemps occupé de cette opération, a toujours préféré l'urétrorraphie à l'urétroplastie, qui échoue huit fois sur dix. La sonde à demeure a, selon lui, des inconvénients ; toutefois il fait exception en faveur de la sonde en caoutchouc rouge. Ces petites sondes, celles du nº 12 par exemple, sont très bien supportées et suffisent parfaitement pour amener l'écoulement de l'urine sans contact avec la plaie. M. Verneuil a réduit à néant ce principe de la nocuité de l'urine. Est-elle donc si nuisible dans les opérations de fistules vésico-vaginales, de taille, d'urétrotomie ? Toutefois il y a urine et urine ; les urines pathologiques peuvent être dangereuses, mais non l'urine normale. Cela est si vrai que Spencer Wels, Hergott, Simon, ont abandonné la sonde à demeure dans les opérations de fistule vésico-vaginale. En résumé, le contact de l'urine saine n'a pas les inconvénients qu'on lui attribue.

A quelles causes sont dus les insuccès de l'urétrorraphie ? Généralement, à la coexistence de propathies. C'est ainsi que M. Verneuil a récemment opéré un habitant du Canada qui portait une petite fistule au niveau du filet de la verge. Il appliqua quatre points de suture métallique. Il resta une petite fistule sur le trajet d'un de ces points qui étaient dus à la présence de cinq ou six petits calculs d'acide urique qui avaient glissé le long de ce point de suture. Il s'agissait, en effet, d'un goutteux. Ayant examiné l'urine, on la trouva chargée d'acide urique et d'urates. C'est pour la même cause que la suture manque chez les opérées de fistules vésico-vaginales, dont les urines contiennent des phosphates en excès.

En résumé, M. Verneuil préfère l'urétrorraphie à l'urétroplastie ; il emploie la petite sonde à demeure en caoutchouc rouge ; il croit que les urines ne sont nuisibles que quand elles ont des propriétés irritantes ; il ne croit pas à la nocuité de l'urine normale.

M. BERGER fait observer que la ponction de la vessie préconisée par M. Tillaux lui paraît un moyen peu pratique dans le cas dont il s'agit, où les conditions sont toutes différentes de celles dans lesquelles on a recours habituellement à cette opération. En effet, c'est généralement dans des cas de rétention complète, alors que la vessie est très distendue, qu'on fait cette ponction. Les conditions ne sont plus les mêmes dans les cas d'urétroplastie, où l'on peut rencontrer de grandes difficultés.

M. ANGER n'est pas partisan de la sonde à demeure.

M. RICHELOT partage l'avis de M. Verneuil sur l'action différente des urines.

Arthrite tuberculeuse. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une communication de M. Poulet (de Val-de-Grâce), relative à un cas d'arthrite tuberculeuse. Il s'agit d'un homme qui présentait une hydarthrose. La compression, les cautérisations étaient restées sans résultat. Cet homme succomba à une méningite tuberculeuse, et à l'autopsie on trouva cette forme d'arthrite tuberculeuse qui a été décrite par les Allemands sous le nom d'*hydrops tuberculosus.* Les Allemands reconnaissent quatre formes de cette arthrite. M. Chauvel fait observer, à ce sujet, que la chirurgie est actuellement envahie par le tubercule, par les nodules, les follicules, les bacilles, etc. Il y a un luxe de divisions et de subdivisions dans lesquelles la clinique s'égare. Il serait bon que ces recherches fussent soumises à une critique sévère.

Au point de vue du traitement de ces arthrites, les Allemands recommandent soit l'excision de la synoviale, soit les injections phéniquées ou iodoformées. L'excision de la synoviale n'est pas une opération logique, puisqu'il est impossible de l'enlever tout entière. Quant aux injections antiseptiques, on a peut-être un peu trop de tendance à ouvrir l'articulation pour y recourir et l'on se presse un peu trop d'abandonner d'anciennes méthodes de traitement qui ont fait leurs preuves, telles que la compression, les cautérisations ponctuées, profondes, etc.

M. TILLAUX s'associe pleinement aux réserves formulées par M. le rapporteur au sujet des nouveaux traitements préconisés pour les arthrites et de l'abandon beaucoup trop facile des anciennes méthodes.

Luxation métacarpienne. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une autre observation de M. Poulet, dans laquelle il s'agit d'une luxation métacarpienne en avant, dont il a pu faire la réduction, après avoir laissé le membre baigner pendant un mois dans un bain phéniqué.

Cancer du corps thyroïde. — M. MARCHAND communique une observation de cancer du corps thyroïde. C'est, dit-il, une affection déjà rare dans les pays à goitres, à plus forte raison à Paris. Or il s'agit d'une femme née à Paris et ne l'ayant pas quitté. L'observation date aujourd'hui d'un an. C'était une femme de trente-deux ans, bien constituée, mariée à dix-huit ans, ayant eu trois enfants, sans antécédents héréditaires. Elle a toujours eu le cou gros, mais n'avait cependant pas de goitre véritable. Dix-huit mois avant l'époque où M. Marchand la vit pour la première fois, elle s'aperçut de la présence d'une tumeur dans la partie médiane du cou, tumeur à développement lent et qui, en dix-huit mois, acquit le volume d'un œuf de poule. Cette femme eut des accidents de compression très graves du côté des phénomènes respiratoires. Dans les cas de cancer, généralement, on observe un développement rapide et des phénomènes de compression de l'œsophage, de la dysphagie. Ici, au contraire, développement lent, aucun phénomène de dysphagie, mais dyspnée. Cette dyspnée, qui ne se produisait d'abord que dans les exercices violents, devient bientôt permanente et s'accompagne de cornage. La malade eut même deux fois des phénomènes graves de suppuration. Lorsque M. Marchand la vit pour la première fois, la tumeur avait le volume d'un œuf, était d'une dureté ligneuse et paraissait avoir un prolongement rétro-sternal. Il n'y avait aucun phénomène douloureux ni local, ni à distance. Une compression même d ouce déterminait de la sténose laryngée.

Tous les traitements employés avaient été sans résultat. Un accès de suffocation détermina M. Marchand à faire de suite la thyroïdectomie. Cette opération fut pratiquée par lui le 18 août 1883, avec l'assistance de MM. Monod et Henriet. Il eut recours au manuel opératoire de Reverdin; il fit une longue incision longitudinale; il dut faire des ligatures et des pincements multiples; il arriva sur la surface antérieure de la tumeur, d'un blanc rosâtre, parcourue par des vaisseaux volumineux; la tumeur restait profondément située; le dégagement de sa face antérieure fut long et difficile : M. Marchand agrandit l'incision, fit une incision transversale et put alors mieux découvrir la tumeur. Il parvint à constituer deux pédicules vasculaires; il y avait des adhérences de tous côtés, la tumeur peu à peu put être dégagée : M. Marchand la fit basculer et il put voir alors qu'il n'y avait aucun prolongement rétro-sternal. Il eut la chance de ne comprendre aucune partie de la tumeur dans les pédiculisations. La trachée avait sa forme normale ; il n'y avait aucun ramollissement de ses cerceaux. Il n'y eut pas d'hémorragie inquiétante, ni aucun accès de suffocation pendant l'opération qui dura deux heures.

Les suites furent remarquablement simples. La malade a parfaitement guéri sans accidents. Il y eut seulement les fils à ligature qui ne tombèrent que huit semaines après l'opération.

La tumeur avait 9 centimètres de hauteur sur 8 de largeur. Elle était constituée par deux tissus, l'un mollasse, superficiel, l'autre dur complètement entouré par le premier.

Il s'agissait d'un cancer, ainsi que l'a confirmé l'examen histologique. Le tissu mou qui enveloppait la tumeur dure était du tissu thyroïdien parfaitement sain.

Il y a un très petit nombre de cas de cancers thyroïdiens opérés avec succès. Rozé (de Zurich) en a publié 3 cas, tous terminés par la mort. Billroth, sur 3 cas, a eu 2 guérisons dont une durable. Le cas de M. Marchand date aujourd'hui de seize mois et il n'y a pas encore de récidive.

ÉLECTIONS

La commission du prix Laborie est composée de MM. Le Dentu, Delens, Chauvel, Marchand et Terrillon;

Celle du prix Duval, de MM. Marjolin, Nicaise, Berger, Bouilly et Pozzi.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU IIIe ARRONDISSEMENT

(MAIRIE DU TEMPLE)

Protestation contre la création, pendant l'épidémie cholérique, des médecins délégués de la Préfecture de police.

La Société médicale du IIIe arrondissement a décidé, dans sa séance du 28 novembre, qu'elle se ferait l'interprète des plaintes nombreuses qu'a provoquées dans le corps médical l'institution des médecins délégués de la Préfecture de police, créée pendant l'épidémie cholérique. Dans le but de n'entraver en rien l'action administrative, nous avons cru devoir attendre la fin de l'épidémie; le moment nous semble actuellement venu de signaler au Conseil d'hygiène et de salubrité les inconvénients multiples que présente cette mesure.

Nous sommes loin assurément de mettre en doute le dévouement des médecins délégués ; mais, nous fondant sur l'examen des cas de notre arrondissement, nous estimons que leur intervention a été très souvent inutile et toujours blessante pour la dignité des médecins traitants.

L'Administration a, dans la dernière épidémie, été avisée des cas de choléra de deux façons différentes : tantôt le médecin traitant les notifiait lui-même, tantôt c'était la rumeur publique. Dans le second cas seulement, à notre avis, l'Administration était autorisée à déléguer un médecin pour donner les premiers soins et vérifier le diagnostic; dans le premier cas, nul mieux que le médecin traitant n'était apte à fournir un diagnostic exact et il n'était nul besoin d'un médecin contrôleur. Or ce n'est pas ainsi que les choses se sont passées; dans tous les cas, non seulement un mais plusieurs délégués sont venus successivement visiter les malades, les alarmer et jeter quelquefois du discrédit sur le médecin de la famille.

Si l'on nous objecte que les médecins délégués étaient chargés de présider aux mesures de désinfection, nous n'aurons aucune peine à démontrer qu'un inspecteur de police, muni d'instructions précises, serait plus apte qu'aucun médecin à ce genre de service.

La Société médicale du IIIe arrondissement a décidé qu'elle protesterait contre l'institution des médecins délégués; elle espère qu'à l'avenir l'Administration ménagera un peu plus les susceptibilités du corps médical. Elle a lieu de compter que d'autres protestations viendront se joindre à la sienne et que les Sociétés médicales, la presse et tous les praticiens tiendront à honneur de faire respecter notre dignité. En conséquence, nous invitons nos confrères à adresser leurs protestations ou leur adhésion à la nôtre au président de la Société médicale du IIIe arrondissement, à la mairie du Temple. Ces protestations seront elles-mêmes transmises au président du Conseil d'hygiène et de salubrité.

Paris, le 3 décembre 1884.

LENOIR, *président;* COLLINEAU, *secrétaire général;*
RUEFF et Paul BOYER, *rapporteurs.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 décembre 1884, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin de deuxième classe : M. Lantier, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

— Les questions données jusqu'à présent pour la seconde épreuve du concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris sont : 1° Artère pulmonaire ; embolie pulmonaire, causes et signes; 2° Muqueuse linguale ; signes et diagnostic de l'angine diphtéritique ; 3° Glande sous-maxillaire ; signes et diagnostic de la grenouillette.

— A la suite du concours qui s'est ouvert le 1er décembre 1884 pour cinq places d'internes en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine et l'infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de police, sont nommés :

Internes titulaires : MM. Vrain, Loisel, Malfilâtre, Grenier et Blaise.

Internes provisoires : MM. Revertegat, Houeix de la Brousse, Fournier, Barthomeuf et Garnier.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 décembre 1884, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Toulouse est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Les concours pour les prix (année scolaire 1883-1884) se sont terminés par les nominations suivantes :

Troisième année. — Science anatomique et physiologique. Prix : M. Ruotte.

Quatrième année. — 1° Science médicale. Prix : M. Bauquel. — Mentions honorables : MM. Cherpittel et Devaux. — 2° Science chirurgicale. Prix : M. Vautrin.

Concours de l'internat (prix Bénit). Prix : M. Brullard. — Mention honorable : M. Vautrin.

Concours de thèses. Prix : M. Schürrer. — Mentions très honorables : MM. Parisot, Schuhl, Nicolas, Loison, Henry, Vuillemin et Lebon.

— *Faculté des sciences de Grenoble.* — M. Cheyre (Henri), licencié ès sciences mathématiques, est nommé préparateur de minéra-

logie et géologie, en remplacement de M. Dufour, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Lyon.* — M. Guillet, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique en remplacement de M. Chavanon, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Rennes.* — M. Defrance, professeur au lycée de Rennes, est chargé d'un cours complémentaire de sciences naturelles, en remplacement de M. Priem, appelé à d'autres fonctions.

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — M. Jacquemin (Georges-Eugène), bachelier ès sciences, est nommé préparateur de toxicologie et de physique, en remplacement de M. Charaux, démissionnaire.

M. Held, agrégé, est chargé du cours de pharmacie, en remplacement de M. Haller, appelé à d'autres fonctions.

M. Klobb, chef des travaux de chimie et de pharmacie, est chargé, en outre, du cours complémentaire de minéralogie et d'hydrologie, en remplacement de M. Held, appelé à d'autres fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Oberlin, directeur honoraire de l'École de pharmacie de Nancy. En 1872, M. Oberlin fut nommé directeur de l'École de pharmacie transférée avec la Faculté de médecine de Strasbourg à Nancy. Depuis, l'École de pharmacie a conquis son autonomie complète.

Nous apprenons en même temps avec regret la mort de M. le docteur Eugène Bertin, ancien professeur suppléant à la Faculté de médecine de Nancy.

— *Muséum.* — M. le professeur Edmond Perrier commencera le cours de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes), le lundi 15 décembre 1884, à dix heures trois quarts du matin, dans la galerie de zoologie et le continuera les jeudis et les lundis suivants à la même heure.

Le professeur exposera l'embryologie des vers et des mollusques, ses rapports avec la classification de ces animaux.

Des conférences réservées aux candidats à l'agrégation et au doctorat auront lieu dans le laboratoire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des maladies des voies urinaires, par le docteur Mallez. Résumé très complet de tout ce qui a été fait ou employé dans la thérapeutique des affections de la vessie, de l'urètre et des reins. — Accompagné de tableaux synoptiques de l'ensemble du traitement de chaque maladie. In-12 de 300 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Étude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte : atropine, morphine et chloroforme, par le docteur Félix Colombel. In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Étude sur l'hydropneumopéricarde médical, par Clément Armedey. In-8° de 64 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les maladies de la mémoire. Troubles morbides multiples; conditions pathogéniques et étiologiques; valeur diagnostique et pronostique. — Le virus des chancres et bubons vénériens non syphilitiques. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — VARIÉTÉS. Un savant d'autrefois. Son mémorial (1780-1865). — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les maladies de la mémoire (1).

TROUBLES MORBIDES MULTIPLES; CONDITIONS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES; VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE.

III

c. Amnésies temporaires. — Les amnésies temporaires diffèrent de tous points des amnésies progressives. Il ne s'agit plus ici d'une déchéance continue de la mémoire, mais d'une ou de plusieurs lacunes que les circonstances pathologiques créent dans le champ des souvenirs. Le malade a oublié tout ce qui se rapporte à une période plus ou moins longue de son existence; à l'égard des souvenirs qui se rattachent aux époques antérieures ou postérieures à cette période, la mémoire est intacte. Certains rêves réalisent des exemples d'amnésie temporaire. Il arrive assez fréquemment qu'au réveil nous ne gardions aucun souvenir d'un songe durant lequel notre esprit a conçu et enchaîné des idées, perçu des sensations (hallucinatoires ou illusoires, il est vrai), souvent même commandé des actes, mouvements de défense, cris, etc. Bref! notre esprit a été là présent et agissant, et cependant, dans bien des cas, la mémoire ne conserve aucune trace du rêve, ou garde seulement des traces confuses suffisantes pour nous révéler la réalité du songe, insuffisantes pour nous en rappeler les épisodes et la nature.

Ce fait d'amnésie temporaire, d'observation courante, aide à se rendre compte d'une autre amnésie temporaire, d'ordre pathologique celle-là : je veux parler de l'amnésie des épileptiques. Le vertige épileptique, en effet, ou la grande attaque convulsive s'accompagnent souvent de phénomènes délirants, d'actes impulsifs, de mouvements automatiques, dont le malade ne garde point le moindre souvenir, après être revenu à lui. Les faits de ce genre sont très connus et j'ai d'ailleurs beaucoup insisté sur leur description clinique et leur valeur médico-légale (2). L'individu atteint du mal comitial ressemble au rêveur, dont je viens de vous parler, qui, au réveil, ne se souvient plus de ce dont il a rêvé, qui ne sait même pas s'il a rêvé. Il s'est déshabillé en public, a erré à travers les rues, a frappé, quelquefois même tué, et de tout ce qui vient de se passer il n'a nulle conscience. Il y a une lacune dans son passé, un point noir qui recouvre tout un moment de sa vie. C'est de l'amnésie temporaire, dans toute l'acception du mot.

Chez les hystériques, on peut observer des phénomènes analogues. Le délire de la grande attaque, dans bien des cas, ne laisse aucune empreinte dans la mémoire ; et, en dehors de la période convulsive, les malades ont presque toujours grand'peine à se rappeler les hallucinations de l'accès. De même, les phénomènes psychiques si complexes de l'état hypnotique s'effacent du souvenir, dès qu'on réveille la malade, qui ne se doute en aucune façon des idées provoquées dont elle vient d'être le jouet, des actes auxquels elle s'est livrée, des faits de suggestion dont elle a été le sujet.

Mais dans les circonstances qui précèdent, l'amnésie se rapporte à des idées, à des actes qui n'ont jamais fait partie de la mémoire. Ces idées, ces actes ne sont point effacés du souvenir : ils ne s'y sont jamais fixés.

Il se passe quelque chose d'analogue chez certains individus soumis à un choc cérébral, et chez lesquels la mémoire s'arrête, si je puis dire, au moment de l'accident : à dater de celui-ci, les acquisitions nouvelles sont devenues impossibles. Laycock (1) rapporte l'observation suivante : le mécanicien d'un navire à vapeur tombe sur le dos; le derrière de sa tête heurte contre un objet dur; il reste quelque temps inconscient. Revenu à lui, il recouvre assez vite une parfaite santé physique; il conserve le souvenir de toutes les années écoulées jusqu'à son accident; mais à partir de ce moment, la mémoire n'existe plus, même pour les faits strictement personnels. En arrivant à l'hôpital, il ne peut dire s'il est venu à pied, en voiture ou par le chemin de fer. En sortant de déjeuner, il oublie qu'il vient de le faire ; il n'a aucune idée de l'heure, ni du jour, ni de la semaine. Il essaye par la réflexion de répondre aux questions qui lui sont posées, il n'y parvient pas. Sa parole est lente, mais précise. Il dit ce qu'il veut dire et lit correctement.

Dans d'autres cas, les phénomènes observés sont autres. Sous l'influence, comme précédemment, d'un traumatisme cérébral, d'une impression vive de frayeur, d'une syncope, d'une commotion nerveuse quelconque, il s'établit une lacune dans la mémoire, mais cette lacune comprend des souvenirs antérieurs à l'accident. Comme tout à l'heure, il y

(1) Suite. — Voir le numéro du 9 décembre 1884.
(2) Legrand du Saulle, *Étude médico-légale sur les épileptiques.* — Paris, 1877.

(1) Laycock, *On certain disorders and defects of memory.*

a bien impossibilité ou difficulté de la fixation des impressions, à partir de l'époque du choc cérébral, mais il y a encore effacement d'un certain nombre des événements du passé, qui, jusqu'à l'accident, faisaient partie du domaine de la mémoire.

Un homme conduisait en cabriolet sa femme et son enfant. Le cheval, pris de frayeur, s'emporta. Après de vains efforts pour en devenir maître, le conducteur fut jeté violemment à terre et reçut une forte secousse du cerveau. En revenant à lui, il avait oublié les antécédents immédiats de l'accident. La dernière chose qu'il se rappelât, c'était la rencontre d'un ami sur sa route, à environ deux milles de l'endroit où il avait été renversé. Mais il n'a recouvré, jusqu'à ce jour, aucun souvenir de ses efforts pour maîtriser le cheval, ni de la terreur de sa femme et de son enfant (1).

Une jeune femme, mariée à un homme qu'elle aimait passionnément, fut prise en couches d'une longue syncope, à la suite de laquelle elle avait perdu la mémoire du temps qui s'était écoulé depuis son mariage inclusivement. Elle se rappelait très exactement tout le reste de sa vie jusque-là... Elle repoussa avec effroi, dans les premiers instants, son mari et son enfant qu'on lui présentait. Depuis, elle n'a jamais pu recouvrer la mémoire de cette période de la vie, ni des événements qui l'ont accompagné. Ses parents et ses amis sont parvenus, par raison et par l'autorité de leur témoignage, à lui persuader qu'elle est mariée et qu'elle a un fils. Elle les croit, parce qu'elle aime mieux penser qu'elle a perdu le souvenir d'une année que d'admettre des impostures, mais sa conviction, sa conscience intime n'y est pour rien. Elle voit là son mari et son enfant, sans pouvoir s'imaginer par quelle magie elle a acquis l'un et donné le jour à l'autre (2).

Dans ces deux faits, la lacune de la mémoire porte sur le souvenir de la période de la vie qui a immédiatement précédé l'époque de l'accident. En général, les choses ont lieu ainsi. Exceptionnellement cependant, le malade se rappelle les événements immédiatement antérieurs à sa maladie et oublie ceux d'une époque plus lointaine de sa vie. Tel était le cas d'un homme dont M. Brown-Séquard a rapporté l'observation, qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, avait perdu le souvenir de cinq des années de sa vie; les cinq ans qui comprenaient l'époque de son mariage, finissaient juste six mois avant la date de l'attaque.

Enfin il peut arriver que le trouble cérébral, quelle qu'en soit la cause, soit assez profond pour que tous les souvenirs du passé s'effacent en bloc; quitte à se rétablir ensuite, il est vrai, sous l'influence de la rééducation. Forbes Winslow a rapporté plusieurs exemples de cet ordre. J'en choisis un entre beaucoup d'autres.

Un homme âgé de trente ans, fort instruit, à la suite d'une grave maladie, avait tout oublié, jusqu'au nom des objets les plus communs. Sa santé rétablie, il recommença à tout apprendre comme un enfant, d'abord le nom des choses, puis à lire; puis il commença à apprendre le latin. Ses progrès furent rapides. Un jour, étudiant avec son frère qui lui servait de maître, il s'arrêta subitement et porta la main à son front. « J'éprouve, dit-il, dans la tête une sensation particulière. et il me semble maintenant que j'ai su tout cela autrefois. » A partir de ce moment il recouvra rapidement ses facultés.

L'observation suivante mérite d'être reproduite, malgré sa longueur. Elle est particulièrement curieuse au point de vue du travail de rééducation, à l'aide duquel les individus atteints d'amnésie temporaire complète arrivent à recouvrer la mémoire.

Une femme de vingt-quatre ans, de complexion délicate, tomba dans un état de somnolence profonde qui persista pendant deux mois. Après ce temps, la malade revint à elle petit à petit. Mais une fois sortie de sa torpeur, elle paraissait avoir oublié presque tout ce qu'elle avait appris. « Tout lui semblait nouveau; elle ne reconnaissait pas une seule personne, même ses plus proches parents. Gaie, remuante, inattentive, charmée de tout ce qu'elle voyait ou entendait, elle ressemblait à un enfant. Bientôt elle devint capable d'attention. Sa mémoire, entièrement perdue en ce qui concernait ses connaissances antérieures, était très vive et très solide pour tout ce qu'elle avait vu et entendu depuis sa maladie. Elle recouvra une partie de ce qu'elle avait appris autrefois, avec une facilité très grande dans certains cas, moindre dans d'autres. Il est remarquable que, quoique le procédé suivi pour retrouver son acquis ait paru consister moins à l'étudier à nouveau qu'à se le rappeler avec l'aide de ses proches, cependant, même maintenant, elle ne paraît pas avoir conscience, au plus faible degré, de l'avoir possédé autrefois.

« D'abord, il fut impossible d'avoir avec elle une conversation. Au lieu de répondre à une question, elle la répétait tout haut textuellement, et pendant longtemps, avant de répondre à une question, elle la répétait tout entière. Elle n'avait à l'origine qu'un très petit nombre de mots à son service; elle en acquit rapidement un grand nombre; mais elle commettait d'étranges erreurs en les employant. Cependant, en général, elle ne confondait que les mots qui avaient ensemble quelques rapports. Ainsi, pour *thé*, elle disait *sauce* (et elle employa longtemps ce mot pour les liquides); pour *blanc*, elle disait *noir*; pour *chaud*, *froid*; pour *ma jambe*, *mon bras*, etc. D'ordinaire, elle se sert maintenant des mots dans leur signification propre, quoiqu'elle change parfois leur terminaison ou qu'elle en compose de nouveaux.

« Elle n'a encore reconnu personne, même parmi ses plus proches parents, c'est-à-dire qu'elle n'a aucun souvenir de les avoir vus avant sa maladie. Elle les désigne par leurs noms ou par ceux qu'elle leur a donnés; mais elle les considère comme de nouvelles connaissances et n'a aucune idée de leur parenté avec elle. Depuis sa maladie, elle n'a vu qu'une douzaine de gens, et c'est pour elle tout ce qu'elle a jamais connu.

« Elle a appris de nouveau à lire; mais il a été nécessaire de commencer par l'alphabet, car elle ne connaissait plus une seule lettre. Elle a appris ensuite à former des syllabes, des mots, et maintenant elle lit passablement. Ce qui l'a aidée dans cette réacquisition, c'est de chanter les paroles de certaines chansons qui lui étaient familières et qu'on lui présentait imprimées pendant qu'elle jouait du piano.

« Pour apprendre à écrire, elle a commencé par les études les plus élémentaires. Toutefois elle a fait des progrès beaucoup plus rapides qu'une personne qui ne l'aurait jamais su.

« Peu après être sortie de sa torpeur, elle a pu chanter plusieurs de ses anciennes chansons et jouer du piano avec

(1) Carpenter. *Mental physiology*, p. 450.

(2) Lettre de Ch. Villiers à G. Cuvier, citée par Louyer-Villermay, *Essai sur les maladies de la mémoire*, et par Ribot, *Maladies de la mémoire*. — Paris, 1881.

peu ou point d'aide. Quand elle chante, elle a, en général, besoin d'être aidée pour les deux ou trois premiers mots d'une ligne; elle achève le reste, de mémoire à ce qu'il semble. Elle peut jouer, d'après une partition, plusieurs airs qu'elle n'avait jamais vus auparavant.

« Elle a appris sans difficulté plusieurs jeux de cartes; elle sait tricoter et faire divers ouvrages analogues. Mais, je le répète, il est remarquable qu'elle ne semble pas avoir le plus léger souvenir d'avoir possédé autrefois tout cela; quoiqu'il soit évident qu'elle ait été grandement aidée dans son travail de réacquisition par ses connaissances antérieures dont elle n'a pas conscience. Quand on lui a demandé où elle a appris à jouer un air en regardant la musique sur un livre, elle a répondu qu'elle ne pouvait pas le dire et elle s'est étonnée que son interlocuteur ne pût en faire autant.

« A vrai dire, d'après diverses remarques qu'elle a faites d'elle-même, par hasard, il semble qu'elle possède plusieurs idées générales d'une nature plus ou moins complexe qu'elle n'a pas eu l'occasion d'acquérir depuis sa guérison (1). »

De ce fait très curieux, je rapprocherai le suivant, qui n'est pas moins instructif.

Kœmpfen rapporte le cas d'un officier qui, se livrant à des exercices à cheval, tomba sur la partie droite du corps, surtout sur le pariétal droit. « Cette commotion fut suivie d'une légère syncope. Revenu à lui, l'officier remonta à cheval « pour dissiper un reste d'étourdissement » et il continua sa leçon d'équitation pendant trois quarts d'heure avec une grande régularité. Cependant, de temps en temps, il disait à l'écuyer : « Je sors d'un rêve. Que m'est-il donc arrivé? » On le reconduisit à son domicile. Habitant la même maison que le malade, je fus mandé aussitôt. Il était debout, me reconnut, me salua comme à l'ordinaire, et me dit : « Je sors comme d'un rêve. Que m'est-il donc arrivé? » Parole libre. Réponses justes à toutes les questions. Il ne se plaint que de confusion dans la tête. Malgré mes demandes, celles de son écuyer et de son domestique, il ne se rappelle ni sa blessure de l'avant-veille, ni son voyage à Versailles de la veille, ni sa sortie du matin, ni les ordres qu'il a donnés avant de sortir, ni sa chute, ni ce qui a suivi. Il reconnaît parfaitement tout le monde, appelle chacun par son nom, sait qu'il est officier, qu'il est de semaine, etc.

« Je n'ai pas laissé passer une heure sans observer ce malade. Chaque fois que je revenais à lui, il croyait toujours me voir pour la première fois. Il ne se rappelle aucune des prescriptions médicales qu'il vient de suivre (bain de pieds, frictions, etc.). En un mot, *rien n'existe pour lui que l'action du moment*.

Six heures après l'accident, le pouls commença à se relever et le malade commença à retenir la réponse à lui faite tant de fois : « Vous êtes tombé de cheval. »

Huit heures après l'accident, le pouls gagne encore : le malade se souvient de m'avoir vu une fois.

Deux heures et demie plus tard, le pouls est normal. Le malade n'oublie plus rien de ce qu'on lui dit. Il se rappelle parfaitement sa blessure au pied. Il commence aussi à se rappeler qu'il a été la veille à Versailles, mais d'une manière si incertaine qu'il avoue que si on lui affirmait bien positivement le contraire, il serait disposé à le croire. Cependant le retour de la mémoire s'opérant toujours de plus en plus, il acquiert dans la soirée la conviction intime d'avoir été à Versailles. Mais c'est là que s'arrête pour ce jour le progrès du souvenir. Il se couche sans pouvoir se rappeler ce qu'il a fait à Versailles, comment il est revenu à Paris...

Le 2 décembre, après une nuit d'un sommeil tranquille, il se rappelle dès son réveil, successivement, ce qu'il a fait à Versailles, comment il en est revenu. Mais tout ce qu'il a fait, vu ou entendu le 1er décembre avant sa chute, il l'ignore encore aujourd'hui, c'est-à-dire qu'il n'en a pas la connaissance par lui-même, mais seulement par des témoins.

Cette perte de la mémoire a été, comme disent les mathématiciens, en raison inverse du temps qui s'est écoulé entre les actions et la chute, et le retour de la mémoire a été dans un ordre déterminé du plus loin au plus proche (1). »

(1) Sharpey, in *Brain*, avril 1879.

(1) Kœmpfen, *Mém. de l'Acad. de médecine*, 1835; cité par Ribot, p. 96 et suivantes.

LE VIRUS DES CHANCRES ET BUBONS VÉNÉRIENS NON SYPHILITIQUES.

Par M. le docteur Paul GIBIER.

Les vénéréologistes admettent en général que les bubons qui compliquent les chancrelles ou chancres mous peuvent être ou simplement inflammatoires ou virulents, c'est-à-dire qu'ils renferment dans ce dernier cas, même avant leur ouverture, l'élément contagieux du chancre mou, lequel élément peut parfois ne se révéler qu'au bout d'un certain temps après l'incision du bubon. (Ricord.)

Dans une récente communication, M. Straus a exposé les résultats fournis par 44 expériences très intéressantes en ce sens qu'elles ont toutes été négatives. M. Straus en a conclu que l'on a tort de considérer les bubons vénériens comme primitivement virulents et qu'ils ne le deviennent après leur ouverture qu'à la suite d'inoculations accidentelles.

Je laisse à d'autres le soin de signaler les conséquences que peut entraîner une semblable doctrine dans la pratique. Je désire seulement appeler l'attention sur un certain nombre de faits de mon observation personnelle qui sont en contradiction avec les conclusions de M. le docteur Straus.

Pendant mon passage à l'hôpital du Midi, comme interne, j'ai eu souvent l'occasion d'inoculer du pus provenant d'un bubon immédiatement après son incision. Le point inoculé était recouvert d'un verre de montre maintenu à l'aide d'une plaque de diachylon et d'un bandage de corps. Cette pratique est celle de mon maître le docteur Horteloup, qui a fait bien longtemps avant moi les mêmes observations. Que se passait-il? L'inoculation exploratrice était tantôt positive et tantôt négative. J'ai observé aussi, comme l'a signalé M. Ricord, que tel bubon non virulent aujourd'hui pouvait l'être demain. Est-ce que cette modification est toujours due au transport dans l'abcès d'une particule provenant du chancre? Je ne le pense pas.

Je n'ai pas cru devoir conserver toutes ces observations, la question ne me semblant pas pouvoir devenir litigieuse, mais, depuis, à l'occasion de recherches entreprises sur le microbe de cette affection, recherches sur lesquelles j'espère revenir un jour, j'ai fait deux expériences qui me semblent devoir donner à réfléchir avant de faire table rase de faits établis par tant et tant d'observateurs pour adopter une opinion nouvelle.

Ces expériences ont été faites sur deux malades admis en même temps, le 1er février 1883, dans le service de mon cher maître le professeur Cornil, salle Rostan, lits nos 13 et 24. Ces deux malades, atteints d'adénites inguinales survenues à la suite de chancres simples, étaient presque guéris de leurs ulcérations. Leurs bubons n'étaient pas ouverts, mais la fluctuation était très manifeste. Après avoir cautérisé assez profondément le point culminant des abcès avec le fer rouge, je plongeai dans leur cavité une pipette Pasteur

flambée et j'aspirai une partie du contenu. Avec le pus ainsi recueilli je fis une inoculation à la lancette sur l'abdomen du sujet, à droite de l'ombilic et à peu près sur la même ligne. Le point inoculé fut préalablement gratté et lavé à l'alcool. Les malades venaient de revêtir une chemise propre et le point inoculé fut protégé par un verre de montre fixé par une large plaque de diachylon et un bandage de corps. Un chancre caractéristique, et qui mit beaucoup de temps à guérir malgré les pansements fut la conséquence de cette inoculation. Une deuxième inoculation faite avec les produits de ces premiers chancres sur le point correspondant du tégument abdominal fut non moins positive que la précédente.

Résumons ces deux observations :

Observation I. — Le nommé R... (Émile), dix-huit ans, couvreur entre le 1er février 1883, salle Rostan, nº 13, hôpital de la Pitié service du professeur Cornil.

Il y a quinze jours, apparition de deux chancres dans le sillon balano-préputial, quatre jours après le dernier coït. Depuis huit jours, adénite inguinale gauche douloureuse. La peau est rouge amincie. Chancres de la verge en bonne voie de cicatrisation. Opération et inoculation exploratrice comme il est dit plus haut, puis incision de l'abcès au bistouri.

3 février. Le bubon a l'aspect chancreux (bords déchiquetés, fond granuleux, etc.). La piqûre d'inoculation a l'aspect d'un petit chancre mou. Examen à la loupe très net.

4 février. Ulcération à bords décollés au niveau de la piqûre. Application de chlorure de zinc en solution saturée.

5 février. Le chancre abdominal s'agrandit. Le bubon a très mauvais aspect. Les chancres péniens sont guéris.

6 février. Même état. Deuxième inoculation faite avec le pus du premier chancre abdominal sur le point opposé de l'abdomen.

8 février. Petit chancre au niveau de la deuxième inoculation.

9 février. La deuxième inoculation est tout à fait caractéristique.

Les chancres abdominaux mirent plusieurs semaines à guérir et le malade sortit le 23 mars après cinquante jours de présence à l'hôpital.

Obs. II. — Le nommé B... (Alexandre), vingt-huit ans, bijoutier, entre le 1er février 1883, salle Rostan, nº 24.

Il y a environ trois semaines, le malade a eu avec une femme des relations qui furent suivies, au bout de trois jours, de l'apparition de plusieurs petits chancres péniens. *Ces chancres sont à peine visibles aujourd'hui, ils sont à peu près cicatrisés.*

Il y a douze jours : douleur dans l'aine gauche, adénite.

La suite de l'observation est identique à la précédente.

Le malade sortit au bout de cinquante-sept jours, le 30 mars, avant la guérison complète de son bubon inguinal.

On remarquera, nous l'espérons, la rigueur avec laquelle ces expériences ont été faites ; il nous semble difficile de nier, après cela, la virulence propre du bubon.

Signalons encore ce point intéressant, c'est que, dans la deuxième inoculation, les chancres initiaux étaient à peu près cicatrisés avant l'ouverture du bubon.

Du reste, nous avons observé et nous pouvons dire que tous les syphiliographes ont pu observer comme nous des bubons virulents, comme on les appelle, survenir après la disparition complète des chancres.

Et puis enfin, — et nous terminerons par là, — comment pourrait-on expliquer (si le bubon n'était susceptible d'aucune virulence propre) les longues discussions qui ont été soulevées à propos du bubon d'emblée, ainsi qu'on nomme certaines adénites survenant en dehors de tout chancre appréciable et dont l'inoculation du pus aboutit à la formation du chancre mou si caractéristique.

Nous concluons donc que si, dans un certain nombre de cas, des adénites non chancreuses, simplement inflammatoires, peuvent survenir en complication d'un chancre mou, ce ne saurait être la règle; et nous ne doutons pas que des expériences entreprises en plus grand nombre ne viennent appuyer notre opinion.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 13 décembre 1884. — Présidence de M. Paul Bert.

COMMUNICATIONS

Influence des hautes pressions sur les lampyres. — **M. R. DUBOIS**, en son nom et au nom de M. P. Regnard, fait connaître les résultats de leurs recherches relatives à l'influence des hautes pressions sur les fonctions photogéniques des lampyres.

Les êtres qui habitent les abîmes de la mer sont souvent lumineux et le mécanisme de production de la lumière paraît offrir de grandes analogies avec celui de nos animaux terrestres phosphorescents.

Calorimétrie. — **M. CHARLES RICHET** fait une communication dans laquelle il fait connaître les résultats de ses expériences de calorimétrie sur les animaux. Il a successivement étudié l'influence de la taille, des téguments et du système nerveux sur la production de la chaleur animale. Il est arrivé aux résultats suivants : la production de chaleur n'est pas en rapport avec la taille ; les téguments empêchent la déperdition de chaleur; l'excitation du système nerveux, la piqûre du cerveau par exemple, augmente la production de la chaleur.

Spectroscopie des tissus vivants. — **M. ALBERT ROBIN**, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Hénocque, oppose aux faits avancés par lui les six objections suivantes : 1º il faut tenir compte, dans ces recherches, de la possibilité d'une erreur personnelle considérable; 2º on éprouve une extrême difficulté pour apprécier le moment du *virage*, c'est-à-dire le moment où disparaît la première bande de l'hémoglobine; 3º les chiffres donnés par trois observateurs chez l'individu sain diffèrent sensiblement; 4º il faut toujours observer le même doigt, sans quoi il y a une grande discordance dans les résultats; 5º s'il y a une erreur d'observation, il est impossible de la rectifier; 6º à de mêmes états physiologiques répondent des chiffres différents.

M. HÉNOCQUE fait une communication complémentaire pour démontrer qu'il est nécessaire de procéder méthodiquement, suivant les indications qu'il a données, si l'on veut éviter les causes d'erreurs qui ont été constatées dans les recherches faites par divers observateurs.

Il a choisi le pouce, parce que c'est le doigt le plus favorable, et que la ligature n'isole qu'une seule phalange. On écarte ainsi les variations dues aux oscillations circulatoires collatérales et surtout aux réserves du sang dans les os, qui sont mises en évidence par une expérience très simple qu'il a pratiquée sept fois et sur quatre individus. En effet, on pratique la ligature du poignet avec le tube de caoutchouc; l'examen spectroscopique des ongles démontre que c'est dans le pouce que la durée de la réduction est plus courte, et dans le médius qu'elle est la plus longue. L'annulaire et l'index offrent une durée intermédiaire ; et dans le petit doigt la réduction est plus lente que dans le pouce, mais moindre que dans les trois doigts précédents. Il y a donc lieu de tenir compte de la longueur du pouce, lorsqu'elle diffère exceptionnellement de la moyenne.

Il est essentiel de se servir, dans ces recherches, d'un spectroscope à échelle graduée permettant de reconnaître non seulement la largeur de la bande d'absorption, mais aussi sa position par rapport à la raie D du sodium, parce qu'on évitera ainsi une erreur qui sera facilement commise si l'on est distrait ou interrompu dans l'examen, et qui consiste à confondre la bande diffuse du sang réduit avec celle du sang circulant. En effet, lorsqu'on pratique la ligature du pouce alors que le « virage » ou l'apparition du jaune s'est produit et que la réduction est complète, à la surface de l'ongle il y a encore des changements dans

le sang, qui constituent la *période de cyanose*, dans laquelle on voit au spectroscope des modifications qui peuvent faire croire que la réduction n'a pas encore eu lieu alors qu'elle est complète, ainsi que le prouve l'examen du sang lui-même, ou plus simplement l'étude de la position de la bande et celle de la région rouge du spectre.

C'est en examinant l'ongle en large et en long, et en appréciant le spectre à la surface de l'ongle, à la lunule pâle et au bord cutané, qu'on arrive par la pratique à une appréciation très précise, et c'est ainsi que M. Hénocque a recueilli des séries de chiffres différant seulement de quelques secondes et souvent identiques, par exemple, chez un même individu; soixante-deux observations prises en divers moments et en six mois ont donné les chiffres suivants : 25 fois la durée de la réduction a été de 40 à 50″; 7 fois, de 50″; 6 fois, de 45″, et 9 fois, de 45″ à 47″; les données du pouls et de la température sont elles-mêmes soumises à bien des variations, et M. Hénocque espère que la multiplicité des recherches permettra de suivre les lois des variations de la durée de la réduction, qui sont dans les cas pathologiques bien plus caractérisées et plus faciles à contrôler que dans l'état de santé.

Communication entre la circulation de la mère et celle du fœtus. — M. CURIE a fait un certain nombre d'expériences qui l'ont conduit à cette conclusion qu'il existe une communication entre la circulation de la mère et celle du fœtus. Il a fait des injections colorées et a vu que ces injections passaient également de la mère au fœtus et du fœtus à la mère. Cette communication est-elle normale ou bien est-elle due à des ruptures et à des extravasations? Pour M. Curie, elle est normale et non la conséquence de ruptures ni d'extravasations; d'ailleurs ces injections réussissent toujours dans les mêmes conditions.

Le virus des chancres et bubons vénériens non syphilitiques. — M. PAUL GIBIER fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1155.)

Les bactéries du choléra. — M. DOYEN fait connaître les résultats de recherches qu'il a faites dans le laboratoire de M. Cornil. (Sera publié.)

M. MALASSEZ fait observer que le point nouveau de la communication de M. Doyen est la présence de microbes dans le sang. Or, lorsque l'on fixe du sang de cholérique, on trouve de petits corps semblables à des microbes. Il y a là des causes d'erreurs considérables.

M. STRAUS, qui a fait les recherches les plus minutieuses dans ce sens, déclare n'avoir rien trouvé de semblable aux résultats annoncés par M. Doyen.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un savant d'autrefois. — Son mémorial (1780-1865)

Publié par ses fils les docteurs A. et G. Léon-Dufour (1).

XXX

Les *restaurants* sont très peu nombreux, chers et fort médiocres; les *cafés* sont au nombre de sept ou huit, fort mesquins : on y fume toujours; les glaces n'y sont pas mauvaises, mais elles sont d'un prix plus élevé qu'à Paris (une peseta, 1 franc). Quarante *fontaines* publiques, la plupart élégamment construites, fournissent abondamment une eau vive, très pure, excellente.

Les édifices les plus remarquables sont :

1° De nombreuses églises, San Isidoro el Real, construite par les jésuites, non entièrement achevée; il y a des colonnes à l'extérieur, l'intérieur est fort beau, les autels sont resplendissants d'or; San Andres, fort belles colonnes en marbre, voûte ornée de guirlandes d'anges en stuc blanc; San Francisco et son couvent où l'on admire une galerie de tableaux représentant les traits principaux de la vie de saint François-Xavier.

2° La magnifique porte Alcala, construite sous Charles III par Franscico Sabatini, premier architecte de ce roi; elle offre cinq baies, dont trois sont plus grandes et ont des chapiteaux modelés sur des types antiques; les portes San-Vicente, Recoletos et Atocha sont aussi fort belles.

3° l'*Hôpital général* est un édifice immense qui n'est pas achevé, œuvre du même Sabatini, situé à l'extrémité sud-est de la ville, au bas de la grande rue Atocha, tout près de la porte de ce nom, en sorte qu'il domine sur la campagne; le granit est la base de tous les matériaux de construction; il y a de belles cours avec des fontaines; les salles sont très vastes, bien aérées, plusieurs contiennent de 160 à 170 lits convenablement espacés et sont précédées de galeries spacieuses pour la promenade des malades; la pharmacie y est bien installée. Cet hôpital contient actuellement deux mille malades de notre armée;

4° La *Douane*, située dans la rue Alcala, grand et bel édifice.

5° Les *Académies de peinture et de sculpture* et le *Cabinet d'histoire naturelle* sont installés dans un grand édifice voisin du précédent. Au cabinet d'histoire naturelle qui n'est pas comparable au Muséum de Paris, il y a une pièce fort rare, c'est le squelette entier d'un mammifère fossile gigantesque (mégathérium) dont les ossements ont été trouvés à 25 pieds sous terre dans l'Amérique méridionale. Sa taille surpasse celle des plus gros éléphants; la tête et le cou m'ont paru disproportionnés avec les jambes et, peut-être, l'a-t-on mal reconstruit : c'est l'opinion de l'illustre Geoffroy-Saint-Hilaire avec lequel j'ai eu l'honneur de visiter les collections madritaines; il se rend à Lisbonne en mission scientifique. Le cabinet renferme de superbes échantillons de minéralogie, minerais d'or et d'argent;

6° Le *Palais-Royal* est placé à l'extrémité ouest de la ville; il est construit en granit, la façade seule est revêtue de tables de calcaire blanc. Pour prévenir l'incendie (le dernier date de 1734), on a évité le plus possible le bois dans la construction; il est encore inachevé.

La *population* de Madrid est en ce moment quasi supérieure à sa contenance parce qu'il y a beaucoup de Français; les circonstances politiques y ont attiré, dit-on, plus de vingt mille étrangers. Les Madritains ont généralement une taille avantageuse, un teint décoloré, jaunâtre, tous les traits de la face saillants, la barbe noire, le regard triste et sévère : en été comme en hiver, à tous les âges, ils se revêtent de la *capa* ou capote dont ils s'enveloppent jusqu'au menton inclusivement; ils ne la quittent guère que dans l'intérieur des maisons et dans les jours de toilette. Les femmes ne sont pas belles : de petite taille, elles ont bonne tournure, la démarche agile et gracieuse, elles sont vêtues de noir et ont la tête toujours couverte de la *mantille* qui les flatte beaucoup. Leur robe de parure, que l'on nomme *basquina*, est souvent ornementée de plusieurs rangées de franges longues (*flacos*) avec des guirlandes de jayet. On ne voit ni coiffure, ni bonnet, ni chapeau; un voile en dentelle ou en tulle remplace la mantille chez les femmes riches; au théâtre et dans les salons, les femmes du monde sont mises à la française.

Les ordres religieux sont très nombreux. On compte 48 couvents de religieux, 34 de religieuses, 23 paroisses. Outre les prêtres qui ont tous le chapeau dont les vastes ailes sont retroussées, on rencontre tant de moines dans les rues qu'on pourrait faire une monacographie riche en genres, espèces et variétés : bruns *Capucins* à la longue barbe, au capuchon pointu, déchaussés; blancs *Trinitaires*; gris *Franciscains* avec la ceinture de corde et le capuchon court et arrondi; blancs *Bernardins*; *Minimes* blancs et noirs; *Célestins* bleus (espèce très rare). Pendant le jour les sonneries d'église en carillon sont tellement fréquentes que nos oreilles françaises en sont assourdies, on dirait le tocsin en permanence; on croirait aussi qu'il ne meurt à Madrid que des moines ou des

(1) Suite. — Voir le numéro du 2 décembre 1884.

religieuses, car tous les morts sont transportés au cimetière vêtus avec le costume monacal et la face découverte. J'ai remarqué aux fenêtres de presque toutes les maisons des feuilles de palmier qui ont été bénites le jour des Rameaux. Ces feuilles sont tantôt telles qu'on les cueille, tantôt ornées de rubans avec leurs folioles plus ou moins entortillées. Vues de loin, ces feuilles ressemblent assez bien, surtout aux yeux du naturaliste, à des squelettes de poisson; les folioles représentent d'autant mieux les côtes qu'elles sont blanchâtres et d'une apparence osseuse. Pour terminer mon essai de notice anthropologique, je dois noter une observation faite depuis mon entrée en Espagne : c'est que les Espagnols, soit campagnards, soit citadins, sont moins portés au larcin que les Français.

2 mai. Jour de l'émeute contre les Français.

Vers dix heures du matin, j'étais chez M. Bardol avec mon collègue Dupetit, lorsqu'on vient nous annoncer qu'il y a un soulèvement général de la populace de Madrid et qu'on se bat dans les rues; bientôt des explosions répétées d'armes à feu ne confirment que trop cette grave nouvelle. On entend dans la rue les portes se fermer, tout le monde fuir, une cohue épouvantable. Notre confrère Roch arrive et nous raconte que, passant par une rue, deux Espagnols ont fondu sur lui un poignard à la main et que, sans a menace défensive de son grand sabre et l'aide d'une patrouille française, il aurait été victime de ces assassins. Nous n'avions d'autres armes qu'un sabre, une épée, un couteau et une paire de mauvais pistolets; notre position était d'autant plus fâcheuse que nous avions à nous méfier du maître de la maison et surtout de la *senora* qui détestait les Français et dont les vociférations étaient féroces. Ils faisaient dépaver l'écurie dans l'intention probable d'assommer les Français avec les cailloux.

Après trois heures de pénible incertitude, nous sommes informés par notre hôte que tout est calme et que nous pouvons gagner sans crainte nos logements respectifs. J'ai souvent pensé que ce rude patriote voulait nous perdre; j'étais en bourgeois et j'avais le chapeau rond; espérant que je pourrai passer pour un Espagnol, je me hasarde à sortir et je me sépare de mes confrères qui allaient dans un quartier opposé au mien. Quel fut mon étonnement de trouver les rues absolument désertes! Toutes les portes et fenêtres des maisons étaient fermées. On voyait quelques personnes aux balcons, les unes attirées par une curiosité féroce, les autres par la malveillance, car ils jetaient des pierres et des tuiles sur les Français.

J'entre dans la rue Funcaral, une des plus populeuses : je regarde à droite et à gauche, elle est aussi déserte que les autres. Sur la place Saint-Louis que j'avais laissée le matin encombrée de marchands et dont les boutiques étaient fermées, ma position devint très critique. Je vois devant et derrière moi des troupes françaises qui me crient : *Entrez*, et, en même temps, me tirent des coups de fusil. Le ronflement des balles vint pour la première fois frapper de fort près mon tympan; où entrer, lorsque toutes les portes sont fermées? Je me tapis un moment derrière une baraque et je maudis mon chapeau rond qui devait me préserver des projectiles espagnols. Je courus au hasard me réfugier dans un corps de garde espagnol, fort incertain si je devais garder l'incognito; après un quart d'heure de silence, j'échangeai quelques mots avec l'officier espagnol qui n'était pas plus tranquille que moi; en attendant les événements, je parcourus quelques pages d'un volume des *Pensées de madame Necker* qui se trouvait sur la table du corps de garde. Vers deux heures, les troupes françaises affluèrent de toutes parts en tiraillant dans les rues et bientôt le calme se rétablit; j'en profitai pour me rendre à mon logis. En passant à la rue Montera, je vis plusieurs morts sur le pavé; j'étais arrivé à cinquante pas de ma maison, lorsque j'entends encore le cri « Entrez! » et j'aperçois en même temps des soldats qui me couchent en joue; je me colle promptement dans l'embrasure d'une porte et, fatigué de ma position extraordinairement verticale, je crie aux soldats que je suis Français; j'appelle mon hôte Guillerme, qui heureusement me reconnut, m'ouvrit la porte de sa maison et la referma aussitôt. Vers six heures je sortis avec G... : des postes français étaient placés de distance en distance pour exercer la police et maintenir l'ordre; ils obligeaient tous les Espagnols à quitter leurs manteaux et à les porter sur le bras; ils les fouillent et arrêtent ceux qui ont des armes. La puerta del Sol qui avait été le principal centre de l'émeute est maintenant occupée par des troupes françaises et trois pièces d'artillerie.

Cette insurrection avait été fomentée par la plus basse classe du peuple avec complicité de paysans des environs; elle avait commencé à la porte Santa-Barbara, à l'occasion du départ de la reine d'Étrurie et de l'Infant. Le peuple se porta ensuite devant le Palais, à la place Mayor et à la puerta del Sol, s'empara de l'arsenal, traîna quatre canons dans la rue et fit feu plusieurs fois. Le général Lefranc débusqua les insurgés de l'arsenal après avoir été repoussé deux fois et légèrement blessé; il s'en rendit maître en tuant de son épée un officier espagnol qui voulait lui en défendre l'entrée; de la puerta del Sol, les Français tirèrent à mitraille dans la rue Alcala qui était pleine de révoltés. Les militaires espagnols ne prirent pas part à l'émeute; les prêtres ont beaucoup contribué à exciter la populace.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'architecte éminent auquel nous devons l'Hôtel-Dieu de Paris, M. Diet, a été élu, samedi, membre de l'Académie des beaux-arts.

— Les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux de Paris (service de médecine) :

M. Bucquoy passe à l'Hôtel-Dieu, M. Luys à la Charité, M. Blachez à Cochin, M. du Castel au Midi, M. Joffroy à la Salpêtrière, M. Raymond à Saint-Antoine, MM. Moutard-Martin et Danlos à Tenon, M. Sevestre aux Enfants-Assistés, M. Quinquaud à Ivry, M. Albert Robin aux Ménages, M. Cuffer à Bicêtre et M. Gingeaud à Sainte-Périne.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le 15 octobre 1884, c'est-à-dire au début de la présente année scolaire, le nombre des étudiants inscrits à la Faculté était de 3,994. On évalue pour cette année, comme la précédente, le nombre des inscriptions nouvelles à 500 ou 550 environ.

Le nombre des étrangers, hommes, inscrits au 1er décembre 1884 était de 538, parmi lesquels 127 Américains, 96 Russes, 61 Roumains, 52 Espagnols, 45 Turcs, 30 Brésiliens, 26 Suisses, 25 Grecs, 22 Anglais.

Le nombre des étudiantes est en remarquable progrès. A l'heure actuelle, il est de 78, alors qu'il n'était que de 45 au 15 octobre 1883; 12 autres femmes environ sont actuellement en instance pour obtenir leur inscription. Sur les 78 femmes, actuellement inscrites, il n'y a que 13 Françaises. Les Russes sont au nombre de 47, les Anglaises de 11 et les Américaines de 3.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Larnaudié, chef du laboratoire de pharmacie, est délégué dans les fonctions de chef des travaux chimiques et pharmaceutiques, en remplacement de M. Blarez, appelé à d'autres fonctions,

— Par arrêté ministériel, M. le docteur A.-M. Bloch vient d'être nommé médecin de l'asile national de Vincennes.

— La Société de médecine de Paris a élu, pour l'année 1885, M. de Beauvais, président; M. Gillebert-d'Hercourt père, vice-président; M. Thorens, secrétaire général; M. Perrin, trésorier; M. Bougon, archiviste; MM. Christian et Deligny, secrétaires annuels; MM. Polaillon et Richelot fils, membres du conseil d'administration.

— M. le professeur Richet continuera ses leçons de clinique chirurgicale, à l'Hôtel-Dieu, les mardi et samedi de chaque semaine, à neuf heures et demie.

— M. le professeur Frémy commencera son cours de chimie inorganique, le mercredi 17 décembre 1884, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre du Muséum, 63, rue du Buffon, et le

continuera les mercredis de chaque semaine, à la même heure. Le professeur exposera les propriétés générales des métaux classés en familles; il insistera sur les applications de la chimie aux sciences naturelles.

Des conférences auront lieu deux fois par semaine ainsi que des interrogations, lesquelles seront faites par le professeur, l'aide naturaliste et les préparateurs. Des manipulations auront lieu tous les jours de midi à cinq heures, sous la surveillance du professeur, de l'aide-naturaliste et des préparateurs. Les élèves qui désirent prendre part aux manipulations devront se faire inscrire immédiatement au laboratoire de M. Frémy, 63, rue de Buffon.

— M. Lagarde soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le 18 décembre 1884, à une heure et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches photométriques sur le spectre de l'hydrogène. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ; ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital Saint-Louis. La période préataxique du tabes d'origine syphilitique. — Laboratoire de M. Cornil. Recherches sur la présence de bactéries dans les viscères des cholériques. — Fistules urétrales non urinaires. — Académie de Médecine. — Société médicale des Hôpitaux. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous voici entrés dans ces séances de fin d'année presque exclusivement occupées par des rapports et des élections.

C'est à peine si M. Trélat a pu obtenir dix minutes pour donner une première idée des conclusions auxquelles l'ont conduit les résultats des opérations d'anaplastie pratiquées sur la voûte et le voile du palais.

Ces conclusions ne manquent pas d'originalité. Suivant M. Trélat, l'éducation fait beaucoup plus que l'opération elle-même pour la netteté de la parole chez les individus qui sont nés avec une scissure palatine.

Il n'y a donc aucun avantage à pratiquer cette opération sur des enfants trop jeunes. Mieux vaut attendre, afin que les opérés aient l'âge nécessaire pour s'appliquer à articuler correctement chaque syllabe.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. Fournier.

La période préataxique du tabes d'origine syphilitique (1).

IV

Après vous avoir décrit, dans notre dernière conférence, les vertiges, c'est-à-dire les premiers phénomènes cérébraux du tabes cérébro-spinal d'origine syphilitique, je passe immédiatement aujourd'hui au groupe des symptômes du même ordre cérébral, connus sous le nom d'*ictus* ou de sidération nerveuse à manifestation brusque.

Les ictus sont fréquents, communs, dans le tabes syphilitique à la période préataxique et peuvent revêtir les trois formes suivantes :

1° La forme congestive ou apoplectiforme ; 2° la forme épileptiforme ; 3° la forme aphasique.

Les ictus congestifs sont légers ou intenses. Lorsqu'ils sont légers, ils sont caractérisés par une légère défaillance nerveuse avec étourdissement. Le malade s'affaisse sur lui-même, mais il ne perd pas connaissance. S'il est intense, alors on est réellement en présence de phénomènes congestifs d'une sidération imprévue, chute, perte de connaissance comme dans l'apoplexie. Celle-ci peut durer depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures, voire même un, deux ou trois jours. L'ictus apoplectiforme peut se produire une seule fois ; il peut aussi se renouveler au cours du tabes par une série de crises apoplectiques, comateuses.

Les ictus épileptiformes sont plus rares ; mais ils existent. Certains malades peuvent même débuter dans le tabes par de véritables accès comitiaux ; on dirait de vrais épileptiques atteints du grand ou du petit mal. M. Spillmann, agrégé de la Faculté de Nancy, a rapporté une observation de tabes qui débute ainsi par trois attaques épileptiques. Moi-même j'ai recueilli également un fait de trois accès comitiaux.

Ces accès peuvent présenter deux formes : celles du grand ou du petit mal, comme l'épilepsie elle-même. Quand il s'agit du grand mal, on assiste à une attaque véritable, à début soudain, sidération, chute, convulsions toniques, puis cloniques, morsure de la langue, etc., en un mot tout le tableau de l'attaque vraie. Le petit mal est caractérisé soit par une absence, soit par un vertige épileptique. Ainsi, j'ai soigné un malade qui, en 1874, eut ses premières douleurs fulgurantes, en 1879 une hémiplégie passagère, et en 1881 plusieurs accès d'absence comitiale à début subit, sans aura : il éprouvait un malaise soudain, il restait fixe, immobile, rigide, ne se plaignant pas, ne comprenant rien; puis, au bout d'un temps variant de quinze à trente secondes, il revenait à lui, n'ayant conservé aucun souvenir de ce qui s'était passé.

On voit quelquefois aussi la maladie débuter par des accès de grand mal auxquels succèdent plus tard des accès de petit mal.

Enfin nous arrivons à l'ictus aphasique, beaucoup plus rare que les deux formes précédentes. On n'observe jamais au début du tabes, mais seulement un peu plus tard, au bout de plusieurs années, l'extinction ou l'abolition du langage. Cet ictus est généralement caractérisé par un embarras subit de la parole, le malade ne trouve plus ses mots, il prend un mot pour un autre, ou bien il ne prononce plus un seul mot, mais il émet seulement des sons inarticulés.

C'est ainsi qu'un syphilitique est entré ici en 1881 après avoir débuté dans le tabes en 1875, par des vertiges, des douleurs fulgurantes, en 1876, par une paralysie oculaire; puis il éprouva un embarras subit de la parole : pendant plus de deux mois il estropia les mots, prononçant *bureau*,

(1) Suite. — Voir le numéro du 4 décembre 1884.

par exemple, pour *chapeau*. Un de mes malades de la ville a eu, à plusieurs reprises, des accès d'aphasie pendant le cours de la période préataxique de son tabes. Récemment il a eu un ictus aphasique qui n'a pas duré moins de trois quarts d'heure. Cet individu allait prendre le chemin de fer à la gare Saint-Lazare, lorsque tout à coup il éprouve un malaise subit en montant l'escalier de la gare. Effrayé, il entre dans un café, demande un verre d'eau glacée; promptement son malaise augmente, il perd l'usage de la parole, reste un quart d'heure dans le même état. Enfin il veut payer sa dépense : impossible de le faire, il est obligé de confier son porte-monnaie au garçon de café, en cherchant à lui faire comprendre de se payer lui-même. Il fait signe à un cocher pour se faire reconduire chez lui, mais il lui est impossible de donner son adresse, et ce n'est qu'au bout de quelques instants qu'il retrouve la parole.

Voici un exemple, entre autres, d'ictus aphasique.

Les ictus dans le cours de la période préataxique du tabes donnent une allure cérébrale à la maladie. Les symptômes insidieux qui les caractérisent déroutent souvent le médecin dans son diagnostic, et moi-même je m'y suis trouvé pris malgré l'habitude que je puis en avoir. D'où cette conclusion qu'il faut toujours, en présence d'ictus de cette nature, réserver une place au tabes comme pouvant être l'origine de semblables accidents.

Ceci dit sur les ictus tabétiques de types divers, commençons ce qui a trait aux troubles moteurs.

Bien souvent dans la science, imbus de certaines idées, nous ne comprenons pas ce que nous voyons ou nous passons à côté, considérant le fait sous nos yeux comme une exception insignifiante. C'est ainsi qu'il y a quelque temps encore on disait que le tabes était une affection, une sclérose des cordons postérieurs, et les troubles moteurs du tabes se trouvaient ou négligés ou mal expliqués. Cependant, à un moment donné, quelques auteurs ont réagi contre cette manière de voir. Nous citerons entre autres M. Pierret qui, dans sa thèse inaugurale, traita la question des paralysies transitoires, non seulement du côté des yeux, mais encore d'autres régions du corps. Nous citerons aussi M. Grasset qui parla des troubles paralytiques que l'on pouvait observer dans le tabes.

En somme, dans le tabes on trouve des paralysies de plusieurs ordres : 1° des paralysies partielles; 2° des hémiplégies faciales; 3° des monoplégies (un bras, une jambe); 4° de véritables paraplégies venant parfois inaugurer le tabes; 5° enfin la grande hémiplégie complète.

Mais ne nous occupons ici que des paralysies que l'on peut rencontrer dans le cours de la période préataxique. Nous verrons ainsi, d'après la statistique, que j'ai relevé : vingt fois une hémiplégie générale; six fois une hémiplégie faciale; trois fois une hémiplégie des membres, etc., etc. Les six cas d'hémiplégie faciale me sont personnels. Oui, il peut y avoir une hémiplégie faciale dans le tabes, mais celle-ci présente toujours ou presque toujours les trois particularités suivantes : 1° d'être faiblement accentuée et représentée souvent par une simple parésie de la face; 2° d'être peu durable, transitoire même quelquefois, c'est-à-dire persistant depuis quelques minutes ou quelques heures jusqu'à cinq, huit et quinze jours; 3° de pouvoir disparaître spontanément sans aucun traitement. Ainsi donc la bénignité, la courte durée et la spontanéité de disparition sont ses trois attributs, et, mises en parallèle avec ce que l'on observe dans les paralysies d'autre origine, elles sont absolument différentes, car ces dernières ne sont jamais éphémères et ne guérissent généralement pas sans traitement.

Ma statistique, comme je vous le disais tout à l'heure, compte vingt cas de grande hémiplégie ou hémiplégie générale. Je vous en citerai deux comme exemples. Dans l'un, l'hémiplégie ouvre la scène; elle apparaît brusquement, disparaît spontanément, et quelques semaines plus tard surviennent successivement les douleurs fulgurantes, les troubles vésicaux, la faiblesse génitale, etc. Dans l'autre cas, il s'agit d'un malade qui, en 1869, présente de la diplopie, des douleurs fulgurantes; en 1873, étant à cheval, il est soudainement frappé d'une hémiplégie du côté gauche qui guérit complètement en quelques semaines sans aucun traitement. Plus tard sont survenus les phénomènes ataxiques. Chez certains malades, ces hémiplégies se reproduisent plusieurs fois dans le cours de la période préataxique.

Dans les vingt cas de ma statistique, voyons comment ces hémiplégies se sont réparties : huit fois elles ont apparu comme début du tabes, douze fois au cours de la période préataxique. Deux fois elles ont été intenses, bien formulées; dix-huit fois, faibles, ressemblant plutôt à des parésies qu'à des hémiplégies, et sur ces dix-huit fois, cinq n'ont été que simplement ébauchées. Leur durée a été courte dix-sept fois; longue, trois fois; dix-huit fois elles ont disparu sans laisser aucune trace.

En résumé, les hémiplégies qui surviennent dans le cours de la période préataxique du tabes sont remarquables : 1° par leur bénignité; 2° par leur courte durée; 3° par leur disparition presque toujours complète; 4° par leur disparition spontanée. Voilà encore quatre particularités des plus curieuses qui rapprochent ces grandes hémiplégies de l'hémiplégie faciale et des paralysies oculaires qui souvent préludent au début du tabes et disparaissent aussi spontanément sans aucun traitement.

Ces paralysies sont donc toutes de même ordre, toutes elles appartiennent à la grande famille tabétique, et je conclus : *a*) des paralysies de divers sièges peuvent prendre place dans la symptomatologie du tabes syphilitique; *b*) elles sont remarquables en ce qu'elles sont : 1° résolutives; 2° rapidement résolutives; 3° spontanément résolutives.

De ce qui précède, il ressort cet enseignement pronostique qu'il faut toujours tenir pour suspect chez un syphilitique toute hémiplégie en apparence bénigne qui guérit vite et seule, car ce sont là, en réalité, de mauvaises hémiplégies, de présage fâcheux, des accidents précurseurs du tabes.

Aussi est-il très important de bien fixer le diagnostic des hémiplégies tabétiques d'avec les hémiplégies provenant d'une syphilis cérébrale. Ce diagnostic se tirera des prodromes que l'on observe dans la syphilis cérébrale et surtout d'une céphalée intense, et de sa durée, tandis que dans le tabes, il n'y a pas de prodromes, pas de symptômes immédiats et surtout pas de céphalée, sauf dans quelques cas tout à fait exceptionnels. De plus, l'hémiplégie de la syphilis cérébrale est une hémiplégie vraie, tandis que dans le tabes elle est, le plus souvent, pauvrement formulée et ressemble plus à une parésie qu'à une hémiplégie véritable. De plus encore, dans le tabes, elle est instable, transitoire, tandis que dans la syphilis du cerveau elle est stable, durable et souvent permanente. Enfin dans le tabes elle guérit spontanément, sans aucun traitement, tandis que dans la syphilis c'est le contraire.

En résumé donc : 1° les hémiplégies du tabes sont des hémiplégies spéciales, formant une famille naturelle du tabes ; 2° elles doivent être tenues comme suspectes en raison de leur apparente bénignité, de leur curabilité et de leur curation spontanée.

LABORATOIRE DE M. LE PROFESSEUR CORNIL.

Recherches sur la présence de bactéries dans les viscères des cholériques.

Par M. E. Doyen, interne des hôpitaux.

Nous avons examiné, durant la récente épidémie, le contenu intestinal et les viscères d'un certain nombre de cholériques.

Les pièces ont été recueillies peu de temps après la mort.

Dans toutes nos autopsies, nous avons trouvé, dans le contenu et les tuniques de l'intestin, des bacilles-virgules.

Ces bacilles, dans les cas foudroyants, existaient, à l'état de culture pure, dans le duodénum et la partie supérieure du jéjunum. Dans les cas lents, nous ne les trouvons que dans l'iléon, mêlés à d'autres bactéries. Nous noterons cette migration des bacilles-virgules de haut en bas le long du tube digestif.

Notre attention fut attirée spécialement sur l'examen du foie, du rein, de la rate. Le poumon doit être écarté, comme pouvant donner lieu à trop de causes d'erreur.

Des petits fragments de ces viscères, provenant de trois sujets différents, furent inoculés dans la gélatine. Dans ces trois cas, nous avons obtenu des résultats positifs ; mais les cultures présentaient à la fois plusieurs espèces de bactéries : des bacilles-virgules, des diplocoques, des micrococoques en chaînettes, et des bâtonnets volumineux. D'autres tubes, où nous avions déposé des fragments de viscères sains, restaient stériles.

Nous avons alors recherché si nous pouvions découvrir, sur les coupes, les divers microbes que nous présentaient les cultures.

Dans les sept cas que nous avons examinés, nous avons observé, sur les coupes du foie et du rein, diverses bactéries se rapportant à quatre types distincts : 1° des bâtonnets volumineux ; 2° des diplocoques formés par la réunion de deux éléments ovalaires ; 3° des microcoques en chaînettes ; 4° des bacilles droits ou plus souvent contournés en C, en S ou en tire-bouchon, présentant les mêmes caractères que les bacilles-virgules dans les coupes de l'intestin.

La rate se prête moins bien que le rein ou le foie à cette investigation.

Ces diverses bactéries se rencontrent dans l'intérieur des vaisseaux, c'est-à-dire dans le sang : soit à l'état libre, entre les globules rouges, soit, plus souvent, au milieu d'amas de leucocytes, et dans l'épaisseur de ces derniers. Nous les avons aussi observés dans les capillaires.

L'examen comparatif des coupes et des cultures du rein et du foie démontre l'identité des microbes observés dans ces deux cas. La température froide de la saison, le peu d'intervalle qui séparait l'autopsie de la mort, la présence des bactéries dans l'épaisseur des leucocytes, permettent de rejeter leur origine cadavérique. D'ailleurs ces bactéries sont les mêmes que celles qu'on rencontre dans le mucus intestinal et dans les coupes de l'intestin. De là à leur pénétration dans les vaisseaux, il n'y a qu'un pas.

Nous déduirons donc des faits que nous venons de signaler, l'existence, dans le choléra, d'une septicémie complexe, d'origine intestinale, développée par suite de la chute de l'épithélium. Toutes les bactéries contenues dans l'intestin peuvent pénétrer dans l'épaisseur de ses tuniques, durant la vie, et de là dans le sang.

C'est ainsi que nous avons rencontré, chez les cholériques, dans les viscères où les bactéries s'accumulent de préférence au cours des septicémies pathologiques et expérimentales, des bacilles-virgules, mêlés à des bacilles variés et à des microcoques.

L'existence de ces bactéries dans le sang nous semble un fait capital et de nature à éclairer la marche du choléra et certains symptômes inexplicables par la présence exclusive des bactéries dans l'intestin.

Nous ajouterons qu'après MM. Koch et Nicati, nous avons réussi à déterminer le choléra chez le cobaye et le chien.

La culture du foie, du rein, de la rate d'un de ces animaux, mort le 11 décembre dernier, a déterminé sur la gélatine le développement de nombreux bacilles-virgules et de quelques autres bactéries. Nous continuons actuellement ces expériences et nous reviendrons sur ces derniers faits, que nous n'avons d'ailleurs constatés que depuis le 13 décembre.

FISTULES URÉTRALES NON URINAIRES (1)

Par M. le docteur Reliquet.

IV

Voici maintenant un fait où pendant longtemps l'injection a passé par l'urètre, sans qu'il s'écoulât la moindre quantité d'urine par la fistule. Et cela jusqu'au moment où des graviers sont sortis par la plaie. A partir de ce fait, à chaque miction, quelques gouttes d'urine sont passées par la fistule :

Obs. V. — A la fin de mars je suis appelé près de M. X..., soixante ans, atteint de rétention d'urine. Chaudepisse dans sa jeunesse ; il y a plus de vingt ans a eu à deux reprises des abcès au périnée qui ont été ouverts. A cette époque, on s'était beaucoup préoccupé de savoir si l'urine passait par les ouvertures faites. Ce qu'on ne put pas constater.

Avant ces abcès, il avait déjà des difficultés de miction, qui furent traitées par le passage de bougies de plus en plus grosses. Depuis un certain temps, son médecin passait quelquefois des bougies nos 12 à 15, qui maintenaient la miction. Mais ces soins furent interrompus.

Depuis longtemps un long séjour en chemin de fer provoquait de la difficulté pour uriner et de la gêne au périnée. M. X... vient de faire un long voyage pendant lequel ont débuté les accidents actuels.

A mon arrivée, le 26 mars, la difficulté pour uriner est très grande. Par des efforts violents il s'échappe quelques gouttes d'urine et cela à des intervalles très rapprochés.

Le passage de l'urine dans l'urètre est très douloureux.

Sur la face inférieure de la verge, dans les bourses, existe une tumeur accolée à l'urètre, bien délimitée, sans l'empâtement périphérique, si caractéristique de l'infiltration urineuse. Cette tumeur a augmenté rapidement depuis deux jours, et le malade compare cette tumeur et les douleurs qu'il éprouve exactement à ce qu'il a eu il y a vingt ans, lorsqu'on lui a ouvert successivement deux abcès. Par le toucher rectal on reconnait que la tumeur s'arrête en arrière au niveau du bulbe.

En explorant l'urètre je trouve un rétrécissement situé un peu au delà de la partie moyenne de la verge, et dans lequel je ne peux passer que le n° 7. Cette bougie soulage, en favorisant la sortie d'une assez grande quantité d'urine immédiatement après qu'on l'a retirée.

Devant cette tuméfaction sous l'urètre, que, de suite, je considérai plutôt comme un abcès périphérique que comme une infiltration commençante, mais ayant la crainte de l'infiltration, je commençai par proposer de faire immédiatement l'urétrotomie interne. Si c'est une infiltration d'urine, par l'urétrotomie interne et la sonde à demeure nous verrons tout de suite la tuméfaction se limiter, s'affaisser, ne plus être douloureuse (2), et nous aurons

(1) Suite. — Voir le numéro du 6 décembre 1884.

(2) Ce que j'ai démontré dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, page 307.

la chance très probable, dans ce cas, d'obtenir la guérison sans ouverture à la peau, sans fistule. Si c'est un abcès glandulaire périphérique à l'urètre, l'urétrotomie et la sonde à demeure seront sans action sur lui.

Enfin, il n'y a pas d'erreur possible, il y a rétrécissement de l'urètre, l'obstacle est en avant du cul-de-sac du bulbe dans la verge, il ne s'agit pas d'un spasme de la région membraneuse, provoquée par la cowpérite.

Je fais l'urétrotomie interne. Pendant les quarante-huit heures que la sonde reste à demeure, la tumeur des bourses, au lieu de s'affaisser, de se ramollir, d'être moins douloureuse, reste sensiblement dans le même état ; elle ne diminue ni n'augmente.

Deux jours après avoir retiré la sonde à demeure, la tumeur fluctuante est saillante en avant des bourses, la peau est rouge, très douloureuse au toucher. J'ouvre en avant sur ce point, il sort un liquide fétide, sanguinolent, assez épais, rappelant l'odeur des tissus infiltrés d'urine, mais ayant une odeur plus fétide encore, plus douceâtre, exactement celle que j'avais observée un an avant chez un autre malade, qui avait aussi un rétrécissement de l'urètre avec suppuration de la glande de Cowper qui se vidait dans l'urètre.

Les tissus périphériques à cette poche ne sont pas mortifiés, et dans la suite il n'y a pas eu de petits lambeaux de sphacèle éliminés. Avec une grosse sonde cannelée, je reconnais que cette cavité se prolonge très loin en arrière vers le périnée, jusque contre l'urètre. Je fais une contre-ouverture à la face postérieure des bourses contre le périnée, et je mets en place un gros drain de caoutchouc en anneaux. Le tout est lavé dans toutes les anfractuosités avec de l'eau phéniquée au 10/1000e. Matin et soir, on fait avec cette solution des injections dans la poche, par le drain.

Dès le début, chez ce malade, il a fallu combattre une constipation habituelle. Les lavements avec la longue canule en gomme ont été donnés matin et soir. De temps en temps on donne un peu d'eau purgative.

Trois jours après l'ouverture de l'abcès, les injections faites par les deux ouvertures passent en partie par l'urètre.

Les fonctions de miction se font bien, à des intervalles de trois et quatre heures, sans douleurs. L'urine ne contient pas de mucosités. Et, malgré la surveillance la plus complète, on ne voit pas passer d'urine par les plaies antérieure et postérieure des bourses.

Le dixième jour après l'urétrotomie interne, je passe une bougie n° 18, qui entre facilement dans la vessie.

Puis j'attends que l'abcès soit en voie de guérison pour calibrer l'urètre avec le cathéter Béniqué.

Depuis que la sonde à demeure, après l'urétrotomie, a été retirée, il n'y a pas eu trace d'écoulement par l'urètre.

Douze jours après l'ouverture de l'abcès, celui-ci a sa cavité réduite au trajet occupé par le drain.

A la base des bourses, en arrière, et allant vers la portion périnéale de l'urètre, on sent un cordon gros comme une ficelle qui, partant du conduit occupé par le drain, va en haut et en arrière, vers le bulbe ou près de lui.

Les tissus étant souples tout autour du drain en anneaux, la suppuration qui s'en écoule étant nulle, je le retire et je mets dans l'ouverture postérieure des bourses un drain simple, ayant pour but de maintenir ce conduit postérieur jusqu'à parfaite cicatrisation, en continuant à y faire des injections d'eau phéniquée au 1/1000e ou d'eau boriquée à 40/1000e.

Mais ce conduit postérieur se rétracte de plus en plus. Le drain qu'on y met, toujours de plus en plus petit, en sort avec la plus grande facilité. Au contraire, le trajet antérieur persiste ; par lui s'échappe le liquide muco-purulent, épais ; alors je laisse cicatriser le conduit postérieur et je dilate l'orifice antérieur avec du laminaria.

Le malade, en voulant retirer le laminaria, en laisse un morceau dans le trajet. Pour retirer ce corps étranger, je suis obligé d'inciser l'orifice cutané : j'en profite pour régulariser tout le trajet, j'engage un stylet cannelé jusqu'à la limite postérieure contre le bulbe, et j'incise de façon à régulariser l'infundibulum, de façon aussi à avoir un cône, du point le plus profond à la peau.

Pendant cette petite opération, je ne sens pas le moindre frottement de métal sur du calcaire, soit avec le stylet, soit avec le bistouri. Après cette opération, il passe un peu de sang par l'urètre, mais il n'y a aucun trouble de miction ni douleur en urinant.

Les injections d'eau phéniquée, matin et soir, faites dans ce trajet antérieur, passent toutes les fois par l'urètre, entraînant quelques rares petites mucosités. L'urine ne passe toujours pas par la fistule.

Le trajet postérieur se cicatrise très vite.

Tous les jours après l'injection dans le trajet j'y introduis une mèche de charpie en anse imbibée d'eau phéniquée jusqu'au sommet de l'infundibulum.

Depuis ce débridement général du conduit, les parois se régularisent, deviennent souples, et on sent un noyau gros comme une petite cerise qui est contre le bulbe. Peu à peu ce noyau s'isole de plus en plus du bulbe et descend en avant. Ce qui reste des indurations dans le trajet postérieur des bourses se cicatrise et disparaît.

Je continue à surveiller les cicatrisations du sommet de l'infundibulum à la peau. Toujours les injections reviennent par l'urètre et l'urine ne passe pas par la plaie.

Avec les cathéters Béniqué, j'ai progressivement calibré l'urètre qui reçoit le n° 47.

J'étais préoccupé de voir ce trajet antérieur ne pas diminuer, lorsque le trajet postérieur, s'étant cicatrisé, avait disparu aussi facilement. Je ne connaissais pas la nature de l'induration qui s'était éloignée assez du bulbe pour qu'on pût sentir le cordon qui l'en sépare avec le doigt. Lorsque le 11 mai, dix jours après le débridement du trajet, le matin, je trouve sur les bourses, au pourtour de l'orifice du trajet, dont la mèche est sortie, un petit calcul gros comme une lentille, en tout semblable à celui (fig. 31, C) oblong, à surface lisse.

Le malade ayant eu des coliques néphrétiques, je pouvais me demander si le calcul n'était pas sorti par l'urètre. Mais je fus bientôt fixé. Je le fis analyser par M. Yvon, qui me remit la note suivante :

« Petit calcul blanc, jaunâtre, poli, pesant 0^{gr},072.

Soumis à l'incinération, il laisse un résidu minéral abondant.

Soumis à l'action successive de l'acide azotique et de l'ammoniaque, il donne la réaction de la murexide. Il renferme donc de l'*acide urique*.

Le résidu minéral, dissous dans un acide, donne un liquide qui renferme une forte proportion de *chaux*, de l'*acide phosphorique* et de la *magnésie*.

La matière primitive soumise à l'action de la potasse laisse dégager un peu d'*ammoniaque*.

On peut associer ces éléments de la manière suivante : *urate de chaux*, *phosphate de chaux*, avec un peu de *phosphate ammoniaco-magnésien*. »

Il n'y avait pas de doute, ce gravier était urinaire. Mais, comme on va le voir, il était sorti du trajet fistuleux.

Je continue à panser de la même façon : injections qui passent toujours par l'urètre, en entraînant très peu de mucosités, et mèche en anse dans la plaie.

Le 14 mai, soir, je trouve la mèche en anse dans la plaie ; j'en saisis les deux chefs pour la retirer, mais une résistance énergique s'oppose à sa sortie. Par une traction continue, je la retire, et dans son anse, comme dans une fronde, je trouve deux calculs placés l'un sur l'autre (fig. 31, A). L'un cubique (fig. 31, B), dont les six faces sont excavées. La face supérieure porte dans son excavation (fig. 31, A) un gravier de forme lenticulaire ovoïde exactement de même aspect que celui trouvé sur les bourses, le 11 mai (fig. 31, C).

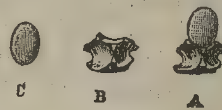


Fig. 31.

Ainsi, il n'y a plus de doutes, ce premier gravier est sorti du trajet fistuleux. De plus, les six facettes concaves du calcul cubique central (fig. 31, B) laissent supposer qu'il reste des graviers dans le trajet fistuleux. Nous n'en avons

vu que deux, il est peu probable que les quatre autres soient sortis sans qu'on s'en soit aperçu. Du reste, j'explore le trajet fistuleux avec un stylet monté sur un tambour en métal. A l'autre extrémité du tambour est fixé un tube en caoutchouc que je fixe dans mon oreille. Ainsi, je sens et j'entends parfaitement le frottement et le choc du stylet contre du calcaire.

Bientôt, sous l'influence des injections qui passent toujours par l'urètre, on voit l'épaisseur des tissus du trajet fistuleux diminuer, devenir très souple : alors on sent très bien les graviers au travers des tissus.

A ce moment seulement, lorsque le malade urine, on voit distinctement des gouttes d'urine qui passent par la plaie, et cela se continue pendant plusieurs mois. Je vais tous les huit jours passer un cathéter Béniqué. Le trajet fistuleux persiste toujours. Il ne se ferme pas absolument, quoiqu'il sorte toujours quelques gouttes d'urine.

Bien souvent j'ai engagé le malade à se faire enlever ses graviers, que rien ne pouvait faire prévoir au début, l'urine ne passant pas par la plaie. J'ai eu beau insister sur la formation certaine d'un nouvel abcès, si l'orifice cutané se ferme, sur l'ennui du passage de l'urine, si surtout la quantité d'urine s'écoulant par cette voie augmente. Le malade a voulu rester tel que.

Pendant ce long traitement, M. S... a eu une véritable colique néphrétique, suivie de l'évacuation de cristaux d'acide urique agglomérés en petites masses grosses comme des têtes d'épingle. Mais ces graviers n'avaient pas du tout l'aspect lisse et la consistance dense et dure de ceux qui sont sortis par le trajet fistuleux, Je vois ce malade de temps en temps jusqu'en décembre 1883.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Un mémoire intitulé : *De la fièvre typhoïde dans les garnisons du corps d'armée de Tunisie, de 1881 à 1884*, par M. Torthe, médecin aide-major de première classe.

2° Deux mémoires intitulés : l'un, *Recherches étiologiques sur les épidémies de dysenterie sévissant périodiquement à Saint-Germain-en-Laye ;* l'autre, *Une Épidémie de fièvre typhoïde au camp de Chellala*, par M. le docteur Charles Amat, médecin aide-major de première classe.

3° Un pli cacheté adressé par M. Eugène Alliot, officier de santé à Neung-sur-Beuvron (Loir-et-Cher). — (Accepté).

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Un nouvel otoscope. — M. LÉON LE FORT présente, au nom de M. J.-A. Rattel, un nouvel otoscope.

C'est Fabrice d'Acquapendente qui eut le premier l'idée d'éclairer l'oreille (1600). Pour cela, il plaça le malade devant une fenêtre de façon à faire pencher les rayons lumineux dans le conduit auditif externe.

C'est lui aussi qui imagina de placer une lumière derrière une bouteille remplie d'eau, et d'en projeter les rayons concentrés dans l'oreille.

En 1646, Fabrice de Hilden inventait le « speculum auris ». Ce spéculum était en forme de pince.

Donc, au commencement du XVIIe siècle, les médecins avaient déjà à leur disposition tout ce qu'il faut pour pratiquer l'examen de l'oreille, savoir :

1° Une source lumineuse ;

2° Un moyen de concentration de cette lumière ;

3° Enfin, un instrument qui, pénétrant dans le conduit auditif, en tient les parois écartées.

Les améliorations qui eurent lieu dans la suite, portèrent sur chacun des trois points précédents. A la lumière solaire, on préféra la lumière artificielle (celle des huiles végétales ou minérales, l'éclairage oxyhydrique, le gaz, la lumière magnésienne, etc.). La bouteille de Fabrice d'Acquapendente fit place à la lentille convexe (Archibald Cleland), aux miroirs concaves, sphériques, paraboliques, etc. Le spéculum en pince de Fabrice de Hilden fut remplacé par des spéculums pleins, cylindriques, coniques, bivalves...

Toute l'histoire de l'éclairage de l'oreille rentre dans ce cadre.

L'appareil qui fait l'objet de cette présentation offre des dispositions qui lui sont propres dans ce qui a rapport à la lumière et au procédé employé pour la concentrer.

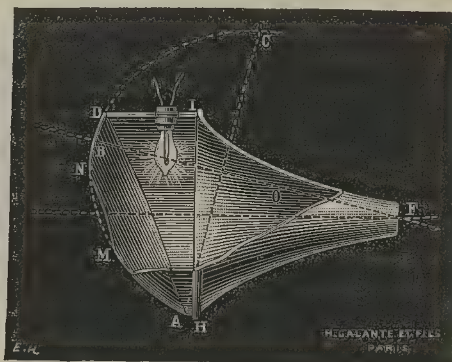


Fig. 32.

Il est éclairé, en effet, par une petite lampe à incandescence, à fil de charbon fabriqué. Celle-ci est placée à l'intérieur de l'instrument, et sa puissance d'éclairage est égale à deux bougies. Elle peut éclairer pendant 100 heures. Un accumulateur, d'une intensité de courant de 13 ampères-heures, l'alimente pendant six heures au minimum.

Le réflecteur est représenté par une portion d'ellipse (A M N D) calculée de telle sorte que l'un des foyers correspond à la lampe, et le deuxième à l'extrémité de l'instrument.

Ajoutons qu'un *commutateur* appliqué sur l'otoscope permet d'établir et d'interrompre à volonté le courant ;

Qu'un rhéostat, ajouté à l'accumulateur, donne la possibilité de graduer à loisir la lumière, en la faisant passer par toutes les nuances comprises entre le rouge cerise et l'incandescence ;

Qu'enfin l'orifice (M N) par lequel regarde l'observateur est de dimensions telles qu'il livre passage à tous les instruments nécessaires au traitement des maladies de l'oreille moyenne et de l'oreille interne.

Ce mode d'éclairage et de réflexion peut être adapté à un otoscope de Brunton, utilisé par l'examen des autres cavités naturelles, nez, pharynx, vagin, etc.

Les réflecteurs *elliptiques* ne paraissent pas avoir été employés jusqu'ici.

En forme de conclusion, nous dirons que ce nouvel otoscope, essentiellement pratique, réalise de sérieux progrès, et qu'il est appelé, grâce à ses heureuses dispositions, à rendre de réels services en otiatrique.

Cet appareil a été construit par M. Galante.

RAPPORTS

M. MESNET lit un rapport sur le prix Civrieux.

M. FÉRÉOL lit un rapport sur le prix Saint-Paul.

M. GARIEL lit un rapport sur le prix Buignet.

Les conclusions de ces rapports relatives aux récompenses à décerner sont réservées pour être lues et discutées en comité secret.

COMMUNICATION

M. TRÉLAT communique le commencement d'un mémoire sur la valeur des opérations anaplastiques qui se pratiquent sur le voile du palais et la voûte palatine, et sur l'âge qu'il faut choisir pour les pratiquer.

L'heure du comité secret étant arrivée, la suite de cette commu-

nication est renvoyée à la semaine prochaine. Nous la résumerons alors dans son ensemble.

L'Académie se forme en comité à quatre heures trois quarts pour discuter les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 décembre 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

COMMUNICATIONS

Enquête sur la transmission de la tuberculose. — M. VALLIN, au nom de la commission de phtisiologie dont il est rapporteur, donne lecture de l'instruction qui doit être envoyée, au nom de cette commission, à tous les médecins de France.

Après avoir fait connaître les différents moyens étudiés par la commission pour faire aboutir l'enquête sur la contagion de la tuberculose, après avoir rappelé ceux qui ont été employés, pour une semblable enquête, en Angleterre et en Allemagne, M. Vallin propose d'adopter l'instruction suivante, qui serait envoyée à tous les médecins, avec prière d'adresser leurs documents avant le 1er avril prochain.

INSTRUCTION.

Age, sexe, profession, conditions hygiéniques générales et santé antérieure. Antécédents héréditaires. — Les spécifier dans les cas négatifs comme dans les cas positifs. Indiquer le degré de parenté avec les ascendants ou les collatéraux suspects. Dire si le malade partageait le lit, la chambre des parents tuberculeux.

Conjoints. — Dans les cas de transmission entre époux, insister sur les antécédents héréditaires et personnels de part et d'autre. Le survivant a-t-il partagé le lit ou la chambre du conjoint phtisique à une époque avancée de la maladie. Le sol de la chambre, la literie étaient-ils souillés par des produits de l'expectoration. Indiquer la part à faire aux fatigues, aux émotions, à la vie confinée, à la prédisposition dans le développement de la maladie sur le survivant. Donner les dates du début de la vie en commun, du décès, du début de la tuberculose transmise.

Étrangers. — Dans le cas de transmission à des étrangers, énumérer les conditions de la vie en commun dans une habitation particulière, un atelier, un hôpital, une école, une caserne, une prison. Ces personnes partageaient-elles la même chambre, le même lit? Les crachats étaient-ils projetés sur le sol.

Avez-vous observé des cas de transmission par l'usage des vêtements, des objets de literie ayant servi à un phtisique?

Connaissez-vous des cas où une personne aurait contracté la tuberculose après avoir remplacé un phtisique dans une chambre d'hôtel, un appartement non désinfectés?

Quelle a paru être la fréquence des cas de transmission? La phtisie laryngée, buccale, pharyngée et linguale semble-t-elle se transmettre plus facilement?

La tuberculose transmise a-t-elle une marche plus rapide que d'ordinaire?

Avez-vous des cas où un enfant, né de parents non suspects, aurait contracté la tuberculose après avoir été allaité par une nourrice phtisique? Quels étaient, dans ce cas, le régime, l'hygiène de l'enfant?

Connaissez-vous des cas où un groupe de personnes ayant fait un usage prolongé de viande ou de lait provenant de vaches phtisiques auraient contracté plus tard la tuberculose?

La Société procède aux mutations dans les hôpitaux (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 1158.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Choléra. — L'épidémie, à peu près complètement éteinte à Paris, présente ce fait particulier que la majorité des cholériques admis dans les hôpitaux civils de Paris, depuis quatre ou cinq jours, proviennent d'Aubervilliers où un nouveau foyer s'est déclaré dans le passage Saint-Nicolas.

D'autre part, le choléra frappe en ce moment le dépôt de mendicité de Saint-Denis (Seine), où l'on comptait hier, déjà, un chiffre de 19 décès.

— A la suite de la troisième épreuve (consultation) du concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, ont seuls été reconnus admissibles, les dix candidats suivants : MM. les docteurs Ballet, Gaucher, Talamon, Barié, Hirtz (Edgar), Brault, Jean, Brocq, Martin et Renault.

La question suivante a été donnée pour la première épreuve définitive (composition écrite): « Causes et anatomie pathologique des différentes variétés de la cirrhose hépatique. »

— MM. les médecins principaux de la marine Talairach, Cerf-Mayer, Dupont, Vaillant et Forné ont été inscrits, le 16 décembre 1884, par le conseil d'amirauté, au tableau d'avancement de 1885, pour le grade de médecin en chef.

— Le prix de médecine navale pour l'année 1884 est décerné à M. le docteur Mourson, médecin de première classe, pour son mémoire sur « la fièvre typhoïde à bord des navires de l'État, particulièrement dans les pays chauds. »

Des témoignages de satisfaction sont accordées à MM. les docteurs Aude, Aube, Bestion, Kermorgant, Kieffer, Leconte, Raoul, Rit et Rochard, pour leurs mémoires.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Lutz, agrégé, est rappelé à l'exercice, en remplacement de M. Henninger, décédé.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Wertheimer, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chargé du cours de physiologie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Sont nommés : MM. Joullié, aide d'anatomie; Balez, aide de chimie; Guibert, aide d'anatomie pathologique et d'histologie; Gombert, aide de physiologie, en remplacement de MM. Estor, Heydar, Courrent et Battle, démissionnaires.

M. Courrent est chargé des fonctions de préparateur d'anatomie pathologique et d'histologie, en remplacement de M. Mélian, démissionnaire.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Thorion est nommé préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Baur, dont le temps d'exercice est expiré.

M. Simon, docteur en médecine, est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Ganzinotti, dont le temps d'exercice est expiré.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont nommés : MM. Pasquier, préparateur de chimie; Peaucellier, prosecteur, et Andrieu, aide d'anatomie, en remplacement de MM. Cuvellier, Gand et Léquibry, démissionnaires.

— *École de médecine de Poitiers.* — M. Malapert (Prosper) est nommé prosecteur de ladite école.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. André est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Belugon, démissionnaire.

— *École de pharmacie de Nancy.* — M. Chalin est nommé aide-préparateur des travaux de chimie et pharmacie, en remplacement de M. Starck, démissionnaire.

— MM. Marie et Henry David de Mayrena sont chargés d'une mission scientifique à Sumatra, et principalement dans le royaume d'Atjeh, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

M. Maurel, médecin de première classe de la marine, est chargé

d'une mission en Cochinchine, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'État.

M. le docteur Rouire, médecin aide-major de première classe, attaché à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, est chargé d'une mission scientifique sur les bords du lac Kelbieh.

— Un legs de quatre millions et demi vient d'être fait à l'Université de Sydney par M. Challis.

— La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour l'année 1885, est composé comme il suit :

Président, M. le docteur Blanche ; vice-présidents, MM. Horteloup, magistrat, et le docteur Polaillon ; secrétaire général, M. le docteur Gallard ; secrétaires des séances, MM. les docteurs Le Blond et Socquet ; archiviste, M. le docteur Ladreit de la Charrière ; trésorier, M. Mayet, pharmacien.

Membres de la commission permanente chargée de répondre dans l'intervalle des séances aux demandes d'avis motivés adressées à la Société : MM. Blanche, président ; Gallard, secrétaire général ; MM. Boudet et le docteur Brouardel, Chaudé, avocat, MM. les docteurs Foville, Grassi, Laugier, Lutaud, Polaillon et Vibert.

Membres du conseil de famille : MM. Blanche, président ; Horteloup et Polaillon, vice-présidents ; le docteur Brouardel, Benoist, magistrat, le docteur Hemey, Lefort, chimiste, le docteur Lunier.

Membres du comité de publication : MM. Gallard, secrétaire général ; les docteurs Barthélemy, Le Blond, Legrand du Saulle, Rocher, avocat, le docteur Socquet.

Dans la même séance, la Société a nommé membre honoraire : M. le professeur Trélat ; membres correspondants nationaux : MM. Barbot, pharmacien à Saint-Malo, les docteurs Bertrand, à Roanne, Bouteille, à Toulouse, Bouton, à Besançon, Camus, à Chambéry, Grenell, à Gérardmer, Houssard, avocat à Tours, Le Prince, pharmacien à Bourges, les docteurs Picard, à Selles-sur-Cher, Sordes, à Tarare (Rhône).

La Société tient ses séances le deuxième lundi de chaque mois, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. Les séances sont publiques.

— M. Chareyre soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 19 décembre 1884, à une heure et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, une thèse intitulée : « Nouvelles recherches sur les cystolithes ».

Notes de pathologie exotique des manifestations du paludisme sur les organes génitaux de l'homme, par le docteur Girerd, chef du service chirurgical de l'hôpital central de Panama. 1 vol. in-8° de 90 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Du traitement du pédicule après l'hystérectomie par la voie abdominale, par le docteur Amiot. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17156.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : **8** fr. **50**.	— 6 mois : **16** fr.	1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : **10** fr. ».	— 6 mois : **18** fr.	— 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Cancer de l'estomac. — Arthrite rhumatismale de la région cervicale, compliquée de méningite; paraplégie. — Fausse articulation du bras, suite d'une fracture mal réduite; résection et coaptation de fragments. — Tumeur épithéliale du conduit auditif externe; repullulation rapide; opération; guérison. — Société de Chirurgie. — Congrès français de chirurgie. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cancer de l'estomac.

Un homme de soixante ans est entré il y a quelques jours dans le service de la clinique médicale de la Charité pour une affection de l'estomac, dont il y avait à déterminer la nature. Cet homme, bien constitué, habituellement bien portant, bien que par les exigences de sa profession il ait toujours eu une grande irrégularité dans les heures de ses repas, a commencé à accuser pour la première fois des désordres du côté de l'estomac il y a huit mois. Après avoir mangé, il éprouvait du malaise, des pesanteurs, il avait des rapports acides, des vapeurs brûlantes montant le long de l'œsophage, du dégoût, particulièrement pour les aliments solides, le pain, la viande; il n'avait quelque appétence que pour les aliments liquides; il en était arrivé peu à peu à ne presque plus manger. Aussi se mit-il à perdre ses forces et à maigrir rapidement.

A son entrée à l'hôpital, on constate une maigreur extrême, une diminution des forces musculaires telle qu'il ne peut presque plus marcher ; son teint est pâle, mais pas précisément cachectique, ses artères sont flexueuses, dures, mais leur impulsion n'est pas très grande ; le cœur bat très faiblement et paraît être un peu atrophié. Le malade n'a du reste point vomi chez lui, il a vomi deux fois seulement depuis qu'il est à l'hôpital, une fois un pot de lait, la seconde fois quelques liquides, sans aucun caractère.

La palpation sur la région épigastrique ne révèle rien de particulier ; il n'y a ni tuméfaction, ni dilatation, ni empâtement. Quelle pouvait être la cause de cette anémie, de cet amaigrissement et de cette perte de forces survenus si rapidement? Un pareil dépérissement chez un homme de soixante ans, ayant joui jusque-là d'une bonne santé, ne pouvait évidemment s'expliquer que par une lésion organique. Mais laquelle? Tout portait à suspecter l'estomac. C'est, en effet, de ce côté que M. Hardy a dirigé son exploration. On a déjà vu que la palpation n'indiquait rien de précis. Était-ce une dyspepsie pure et simple? M. Hardy ne l'a pas pensé, une dyspepsie se manifeste ordinairement plus tôt, et cet homme ne s'était plaint de rien de semblable jusque-là. Ce n'était pas davantage une gastralgie, le malade n'accusant aucune douleur. Était-ce une gastrite chronique? Pas davantage ; le malade n'avait ni fièvre, ni la langue rouge, ni vomissements, que très exceptionnellement comme on vient de le voir. Enfin il ne présentait aucun des signes de l'ulcère de l'estomac, ni douleur, ni inappétence absolue, ni vomissements sanguins.

Par voie d'exclusion, il fallait arriver au cancer. Mais à ce point de vue encore il manquait beaucoup de caractères. On ne trouvait pas de tumeur, il n'y avait pas de vomissements. Malgré cela, M. Hardy incline fortement pour ce diagnostic. « Lorsque, dit-il, chez un homme de soixante ans, il survient, avec des troubles de digestion, une inappétence pour les aliments solides, de l'amaigrissement et un dépérissement général, il faut penser à un cancer, alors même qu'on n'en constate pas les signes physiques. » Mais s'il y a un cancer, de quelle espèce est-il, où siège-t-il? Ce n'est pas une tumeur, on n'en perçoit nullement la moindre apparence. Ce n'est, par conséquent, ni un squirrhe, ni un encéphaloïde. Il ne siège pas au pylore, il y aurait une dilatation de l'estomac, qu'on ne trouve point ici ; il n'est pas au cardia non plus, les aliments ne pénétreraient pas dans l'estomac, ils reflueraient par l'œsophage, tandis qu'ils pénètrent et sont même en partie digérés, quoique péniblement. Il s'agit donc très probablement ici d'un de ces cancers épithéliaux en nappe ou en plaques des parois de l'estomac et occupant la petite courbure.

Voilà un diagnostic basé presque uniquement, par voie d'exclusion, sur des signes négatifs ou absents et sur un petit nombre de signes rationnels. Il y a sans doute en faveur de ce diagnostic de grandes probabilités ; mais de certitude, point.

Fallait-il s'en tenir là? N'existe-t-il pas dans la science d'autres moyens d'exploration susceptibles de jeter quelque lumière sur ces obscurités? On en a proposé plusieurs dans ces derniers temps qui ont été de la part de M. Dujardin-Beaumetz l'objet d'une étude critique approfondie (voir *Gazette des hôpitaux*, n° du 5 août 1884). Nous rappellerons notamment le moyen proposé par M. Rommelaëre (de Bruxelles). On se souvient que M. Rommelaëre, se fondant sur cette idée que le cancer est le résultat de la viciation de la nutrition intime, viciation établie par une diminution de l'urée urinaire, et qui ne se rencontre pas dans les cas de tumeurs bénignes, en a conclu que, lorsqu'en présence d'un cas douteux la quantité d'urée quotidienne est

abaissée au-dessous de sa proportion normale, à 10 grammes ou au-dessous, on a dans ce fait seul un signe révélateur du cancer.

On sait aussi que M. Dujardin-Beaumetz, ayant appliqué ce mode d'exploration dans son service, à l'hôpital Cochin, en avait retiré tout d'abord un résultat qui semblait confirmatif de la théorie du médecin belge, mais qu'un fait qui venait de se passer alors dans ses salles lui avait montré que l'examen de l'urine ne fournit pas toujours un guide suffisant pour le diagnostic en question. C'était l'histoire d'une femme âgée, chez laquelle il avait diagnostiqué un cancer du foie propagé à l'estomac, ce qu'avait confirmé en apparence l'examen de l'urée, répété pendant plusieurs jours, n'indiquant que 4 grammes; l'autopsie a montré, au lieu d'un cancer, un kyste hydatique. Enfin, ainsi que M. Dujardin-Beaumetz en a fait la remarque très juste, la quantité d'urée étant en rapport direct avec l'alimentation et la nutrition, on comprend combien elle peut se montrer variable et par conséquent d'une indication peu positive pour le diagnostic.

M. Hardy a voulu faire l'épreuve de ce mode d'exploration chez le malade dont nous venons de rapporter l'histoire. On a évalué, d'après le même procédé de Regnard, dont s'était servi le médecin de Cochin, la proportion d'urée que cet homme a rendue dans les vingt-quatre heures.

Voici en quelques mots en quoi consiste ce procédé. Le dosage de l'urée se fait au moyen du réactif à l'hypobromite de soude, dont voici la composition :

Dans 40 centimètres cubes de lessive de soude, on ajoute 60 centimètres cubes d'eau distillée, puis on verse, en remuant le mélange avec un agitateur, 2 centimètres cubes de brome. A l'aide de l'un des appareils de Regnard ou de Thierry, qui ne diffèrent que par le dispositif, mais qui répondent l'un et l'autre au même principe, on met en rapport 2 centimètres cubes de l'urine à explorer avec 10 centimètres cubes d'hypobromite de soude. Le résultat de ce contact est la séparation de l'acide carbonique de l'azote représentant la quantité d'urée, qui va se rendre dans un tube gradué qui permet d'en apprécier exactement la quantité.

On a trouvé 6 grammes. Bien que ce résultat fût favorable au diagnostic formulé, M. Hardy n'a pas cru devoir s'en autoriser pour l'affirmer. Il le maintient seulement comme probable, mais en se fondant uniquement sur les motifs exposés plus haut.

Le pronostic est grave naturellement. Cet homme paraît être à la fin de la première période de la maladie, la période dyspeptique ou des troubles digestifs et de l'amaigrissement; il ne tardera probablement pas à entrer dans la deuxième période, c'est-à-dire dans la cachexie.

Le traitement se réduit à peu près à nourrir le mieux possible le malade et à soutenir ses forces. On lui donne des aliments mous et liquides, facilement absorbables, des potages, des bouillons, du lait, des jus de viande et quelques légumes ; c'est le lait surtout qui domine dans son régime. Comme boisson, on lui donne du vin blanc coupé avec des eaux minérales ; enfin on cherche à neutraliser les acidités stomacales par de l'eau de chaux, de la craie ou de la magnésie.

L'avenir nous apprendra, — si nous en sommes informés, — ce qu'il en aura été de l'exactitude de ce diagnostic. On sait combien les surprises sont fréquentes et les erreurs difficiles à éviter en pareil cas.

Arthrite rhumatismale de la région cervicale, compliquée de méningite; paraplégie.

Le troisième malade, dont M. Jaccoud a entretenu son auditoire dans ses dernières leçons (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1145), est un malade couché au n° 7 de la salle des hommes. C'est un homme de quarante ans, robuste, qui est entré à l'hôpital pour une affection de la région cervicale du rachis avec compression de la moelle, se traduisant par une parésie des quatre membres, qui, à l'une de ses périodes, a présenté un type bien net d'une compression presque complète.

Cet homme est entré à la Pitié vers la fin du mois de janvier dernier, accusant de la douleur dans la région de la nuque, dans les épaules et dans les membres supérieurs. Ces symptômes duraient depuis trois semaines; les douleurs avaient éclaté simultanément et avec une extrême violence. Au moment de son entrée, les douleurs cervicales spontanées étaient telles qu'elles immobilisaient presque complètement les mouvements du cou. Les mouvements provoqués exaspéraient ces douleurs au point qu'il fallait les cesser aussitôt. Les douleurs des membres étaient encore plus horribles, c'était une sensation de torsion et de broiement des chairs qu'il éprouvait tout le long des membres. Les articulations jouaient d'ailleurs librement; il n'y avait ni rougeur ni tuméfaction autour. L'exploration des membres faisait constater l'existence de nombreuses plaques d'anesthésie. Enfin un examen plus minutieux du cou faisait reconnaître une contracture des deux muscles trapèzes.

La première idée que ces douleurs vives semblaient devoir suggérer à l'esprit était celle de névrites multiples. C'était, en effet, le diagnostic qu'à première vue avait porté M. Brissaud, alors chef de clinique de la Pitié. Mais en y regardant de plus près et en considérant qu'aux douleurs névralgiques s'ajoutait de l'anesthésie, qu'en outre il y avait de la fièvre, M. Jaccoud pensa qu'il devait y avoir là plus qu'une lésion des nerfs, une lésion centrale. Rapprochant ce double ordre de phénomènes de la lésion locale de la région cervicale qui s'accusait par une exaspération douloureuse lorsqu'on exerçait une pression même légère sur les apophyses épineuses ou sur les apophyses transverses des cinquième et sixième vertèbres, il formula le diagnostic suivant : Localisation de rhumatisme articulaire sur les deux dernières vertèbres cervicales; irritation consécutive des racines nerveuses de cette même région se propageant jusqu'aux méninges. Rien ici, d'ailleurs, du mal de Pott.

M. Jaccoud prescrivit le salicylate de soude à la dose de 6 grammes par jour, continuée pendant plusieurs jours de suite. La fièvre tomba, les douleurs subirent une diminution notable d'abord, pour cesser ensuite complètement. Vers le 8 ou 9 février, le malade ne souffrait plus du tout; mais on avait cependant une preuve encore de la grande intensité de l'affection rhumatismale dans la persistance des contractures musculaires.

Le malade s'apprêtait à quitter l'hôpital, lorsque, dans les derniers jours du mois de février, il fut repris de la même manière; les douleurs reparurent avec la même intensité et les mêmes caractères. Il se manifesta, en outre, à cette deuxième reprise, de nouveaux phénomènes, confirmatifs du diagnostic formulé. Cette fois, l'articulation du coude fut prise, et quelques jours après les membres inférieurs devinrent à leur tour le siège de douleurs névralgiques semblables à celles des membres supérieurs, en même temps que les

articulations deviennent rouges, tuméfiées et douloureuses.

On revint de nouveau au salicylate de soude, qui eut en peu de temps le même effet sédatif sur les douleurs.

Dans cette nouvelle période de sa maladie, qui allait du 1er au 15 mars, le malade pouvait encore mouvoir ses membres. Mais à dater du 15 mars, lorsque, après la disparition des douleurs, M. Jaccoud voulut apprécier l'état de la motilité, il reconnut qu'elle était complètement perdue. A l'immobilité par la douleur avait succédé une immobilité complète par abolition absolue de la contractilité musculaire.

On remarquera ici cette particularité que, dans ce cas, la paralysie n'a pas été simultanée dans les quatre membres. Ce n'a été que quinze jours après la manifestation de la paralysie des membres supérieurs que les membres inférieurs se sont paralysés à leur tour. Cela s'explique par cette circonstance que les racines des nerfs conducteurs de la motricité pour les membres inférieurs naissent d'une région plus profonde et plus inférieure à la fois de la moelle que celle des nerfs moteurs des membres supérieurs.

Le malade, à dater de ce moment, a été mis à l'usage de l'iodure de potassium à haute dose.

Au mois d'avril, à la paralysie des quatre membres était venue s'ajouter la défécation involontaire, bientôt suivie elle-même de la miction par rengorgement.

En mai, on ajoute au traitement les frictions mercurielles. C'est vers la deuxième quinzaine de mai seulement qu'on a pu constater une lueur d'amélioration; le malade commençait à pouvoir exécuter quelques très légers mouvements. Mais cette lueur ne dura que quelques jours. Toute possibilité de mouvement fut de nouveau perdue et il apparut une escarre au sacrum.

Les choses restèrent à peu près dans cet état pendant les mois de juin et juillet. En août, le cou était devenu plus mobile, la flexion était presque normale, les mouvements de latéralité et d'extension restaient seuls encore assez limités.

Au mois de septembre, M. A. Robin, ayant pris le service, cessa le traitement par l'iodure et les frictions mercurielles et prescrivit la strychnine. A dater de ce moment l'amélioration a commencé à s'accentuer. Les moyens de traitement mis en usage jusqu'alors avaient déjà préparé cette amélioration en provoquant la résorption des productions morbides péri-articulaires et des exsudats méningitiques. Le retour de la motilité a eu lieu d'abord dans les membres supérieurs, puis un peu plus tard dans les membres inférieurs. L'anesthésie a disparu à son tour, mais elle a été remplacée par de l'hyperesthésie. Enfin l'escarre est en voie de cicatrisation. Les muscles ne sont pas atrophiés, leur contraction est satisfaisante. Les fonctions de la défécation et de la miction se sont rétablies; les urines sont normales. Le cœur ne présente aucune trace de lésion.

A quoi, en définitive, avait-on eu affaire chez ce malade? A une arthrite rhumatismale de la région vertébro-cervicale, avec complication de méningite; compression de la moelle cervicale dans sa partie inférieure par les exsudats méningitiques; diminution graduelle et cessation presque complète de cette compression par suite de la résolution de l'arthrite et de la méningite cervicale et de la résorption des exsudats qui en étaient résultés, troisième phase, phase actuelle de la maladie.

Voilà pour la première partie du diagnostic. Elle était aussi claire que possible. La nature rhumatismale de l'arthrite, si elle avait pu paraître douteuse dans le principe, alors que les articulations cervicales étaient seules atteintes, avait été en quelque sorte révélée par l'effet si prompt et si complet de la médication salicylique; elle a été confirmée plus tard par la récidive et par la manifestation simultanée de douleurs semblables dans les membres.

L'arthrite rhumatismale des vertèbres cervicales est loin, d'ailleurs, d'être un fait rare; mais ce qui est rare, c'est son existence isolée, unique, c'est cette circonstance exceptionnelle d'unité, de localisation qui, dans le cours de la première période, pouvait rendre le diagnostic hésitant.

Une autre particularité rare tout à fait exceptionnelle qu'a présentée ce fait, c'est la participation des méninges à l'affection arthritique. On trouve dans les annales de la science des exemples de rhumatismes vertébraux aboutissant les uns à l'ankylose, les autres au mal de Pott; mais on ne trouve pas d'exemple d'arthrite rhumatismale compliquée de méningite. C'est cette association qui fait de ce cas un fait unique.

Enfin, un dernier point dans cette histoire reste à signaler: c'est celui qui est relatif au traitement et en particulier à l'action du salicylate de soude. On a vu, avant la généralisation de la maladie, alors qu'elle était encore limitée aux vertèbres du cou, quel a été l'effet prompt de ce médicament, qui s'est montré en quelque sorte comme la pierre de touche du rhumatisme. Mais il est digne de remarque qu'il est resté complètement sans action sur les autres phénomènes morbides. Ce n'est que par la médication iodique et mercurielle qu'on est parvenu à obtenir la résolution des engorgements et la résorption des produits plastiques qui ont causé la compression médullaire. Le salicylate de soude, auquel on a attribué une action antirhumatismale, ne serait donc simplement qu'un puissant analgésiant, incapable d'ailleurs d'agir sur les séreuses et sur les viscères.

Fausse articulation du bras, suite d'une fracture mal réduite; résection et coaptation de fragments.

Un homme, âgé de quarante-deux ans, est entré dans le service de M. Després, à l'hôpital de la Charité, pour une fausse articulation suite d'une fracture de l'humérus droit sous-deltoïdienne, datant de cinq mois. La fracture avait été traitée par un appareil plâtré. Voici, à peu près, quelle était la disposition des deux fragments. Ils étaient fortement écartés l'un de l'autre, chevauchant de plusieurs centimètres l'un sur l'autre. Leurs extrémités étaient cicatrisées séparément. Il en résultait, indépendamment de la gêne des mouvements, une déformation considérable du membre.

Pour remédier à cette difformité et réintégrer autant que possible la continuité de l'os et les fonctions du membre, M. Després a mis le tibia à nu au moyen d'une large incision des parties molles au niveau de la fracture; il a détaché le périoste de chacune des extrémités osseuses, a réséqué ces extrémités d'une quantité suffisante pour que, en les rapprochant et en les mettant directement en contact par leur surface avivée, elles pussent s'adapter exactement. Cette adaptation faite, il a entouré les fragments mis ainsi au contact des débris flottants du périoste. Puis il a réuni profondément et superficiellement la plaie, il a enveloppé le membre de gutta-percha et appliqué un bandage de corps serrant le bras fortement contre le tronc.

Nous ferons connaître le résultat de cette opération.

TUMEUR ÉPITHÉLIALE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

REPULLULATION RAPIDE ; OPÉRATION ; GUÉRISON (1)

Par le docteur E. MÉNIÈRE.

Les tumeurs épithéliales du conduit auditif externe, assez bien décrites par quelques auteurs, ne se rencontrent pas très fréquemment.

L'an dernier j'ai soigné un malade affecté d'un épithélioma dans des conditions telles qu'il me paraît intéressant d'en donner l'observation. Je crois inutile de la transcrire dans tous ses détails; je me contenterai d'indiquer les points principaux, importants, et je terminerai ce travail par quelques réflexions que m'a suggérées la marche de la maladie.

OBSERVATION. — En juillet 1883, M. X..., âgé de quarante-deux ans, d'une bonne santé habituelle, vigoureux, sans antécédents syphilitiques ou scrofuleux, me fut adressé par un de mes confrères. Le malade se plaignait, depuis près de trois mois, d'un écoulement muco-purulent peu considérable de l'oreille droite.

Depuis quelques jours, en outre, il avait dans l'oreille malade, un peu de douleurs irradiant dans la tête, mais superficiellement. L'audition avait diminué de 80 p. 100.

Interrogé avec soin, M. X... ne se souvenait pas d'avoir jamais souffert de cette oreille, soit dans le jeune âge, soit plus tard.

Ce qui frappa tout d'abord ma vue, ce fut une tumeur faisant saillie dans le méat. La coloration en était toute particulière, et ne ressemblait nullement à celle des tumeurs polypeuses; certaines parties mamelonnées étaient grisâtres, d'autres d'un rouge vineux, avec une apparence de mauvaise nature.

Le malade sentait bien que son oreille était remplie par cette néoplasie, et assurait qu'elle avait peu saigné.

Je cherchai à me rendre compte du point de départ de cette tumeur, en glissant un stylet fin le long des parois. Cette petite manœuvre, quoique peu douloureuse, était assez difficile à cause de l'expansion de la masse. En arrière, en haut et en bas, j'étais arrêté à 2 centimètres, à peu près; mais à la partie antéro-supérieure, je sentis un point un peu plus mou et je cherchai à passer soit au-dessus, soit au-dessous.

Cela me fut impossible; à ce moment il survint un écoulement de sang assez fort que j'arrêtai facilement.

Ma première impression fut que j'étais en face d'une tumeur épithéliale à marche rapide. Le point de départ me paraissait être le conduit auditif osseux. Pensant qu'il fallait agir rapidement, je me servis du serre-nœud avec fil d'argent, et j'enlevai d'un seul coup toute la partie de la tumeur que je pus circonscrire. Ce morceau avait plus d'un centimètre en longueur et un peu plus en largeur.

Il y eut un écoulement de sang assez abondant qui fut arrêté par des injections d'eau chaude et un tamponnement avec du coton sec. Je laissai le malade se reposer une heure et je pratiquai avec le serre-nœud une seconde ablation poussée aussi loin que possible. Ce morceau était très irrégulier comme forme. Nouvelle hémorragie arrêtée par les mêmes moyens.

Le conduit étant un peu débarrassé, je pus examiner avec beaucoup de soin; je touchai avec le stylet une surface charnue, molle, rougeâtre qui, évidemment, recouvrait du tissu osseux.

Je crois pouvoir donner une idée juste de ce qui existait, en comparant cette couche charnue à de la mousse ayant envahi un tronc d'arbre et y adhérant fortement.

Je renvoyai le malade en lui conseillant cinq à six fois par jour des injections d'eau phéniquée chaude à 2 1/2 p. 100. Deux jours après, en revoyant M. X..., je fus surpris de voir la tumeur presque aussi volumineuse que lors de la première visite.

Je fis une nouvelle opération dans les mêmes conditions, et, voulant de plus compléter et assurer le diagnostic, je priai M. Cadiat de bien vouloir faire l'examen histologique.

(1) Travail lu au Congrès otologique international de Bâle.

Je tiens à transcrire la note qui me fut remise par mon distingué confrère :

« J'ai examiné cette tumeur, à mon laboratoire, avec le plus grand soin; la majeure partie est formée de cellules épithéliales provenant de l'épiderme à divers états de développement. Les unes sont très petites, les autres sont très grosses, enfin beaucoup sont déjà complètement dégénérées. En outre beaucoup ont deux noyaux, ce qui prouve une activité cellulaire considérable. Accessoirement, comme dans les tumeurs épithéliales, les cancers épithéliaux, etc., on trouve des corps fibro-plastiques très développés. La trame du tissu conjonctif est à peine développée comme dans les tumeurs rapides . . . .

« Cette tumeur n'a pas de dispositions papillaires; ce sont des accumulations épithéliales se développant très vite, et je crois que c'est une forme grave d'après la structure. »

Cette note est aussi nette que possible; elle est complétée par le dessin ci-joint.



Fig. 33.

L'étiologie ne nous apprenant rien au point de vue du début de cette affection, je me ralliai à l'hypothèse d'une périostite accompagnée d'ostéite, sans que le malade ait jamais souffert d'une façon sérieuse.

Interrogé à cet égard plusieurs fois, il n'a jamais varié dans ses réponses.

Je passe les détails; je fis de nouvelles opérations suivies de cautérisations de toutes sortes sans résultat bien net.

Dans un cas aussi délicat, je jugeai convenable de demander une consultation. M. le professeur Trélat fut appelé.

Le diagnostic n'étant pas douteux, il fut convenu, après que j'eus expliqué la situation en détail, que je tenterais l'enlèvement total de la tumeur, avec une curette évidée à circonférence extérieure tranchante; il fallait arriver par le grattage jusqu'aux parties osseuses malades.

Puis, après, je devais placer des morceaux de pâte de chlorure de zinc sur les parties charnues encore adhérentes, afin d'obtenir une escarre suffisante.

Le 7 août, l'opération fut pratiquée. Il y eut un écoulement de sang assez considérable. (Il est important de noter que ce n'était point une hémorragie.)

Lorsque le conduit fut bien séché, la pâte de zinc fut placée et causa des douleurs assez fortes irradiant dans la région.

La repullulation s'arrêta à peu près, mais je dus continuer les applications de caustiques.

Au commencement de septembre, M. X... était beaucoup mieux. Il n'existait plus de douleurs. En touchant la surface malade, jamais je n'ai senti un point de l'os dénudé.

Les injections phéniquées et l'application du perchlorure de fer sur les points malades furent continuées sous la direction de M. le docteur Jégu, mon chef de clinique, pendant une absence que je fis à cette époque.

Au mois d'octobre la cicatrisation était assez avancée. Elle fut complète au mois de novembre.

Voici ce qui se voyait à l'examen direct : Vers la partie moyenne du conduit auditif externe, le regard était arrêté par une surface un peu plus rouge que la peau du voisinage.

En touchant avec un stylet, on *sentait sur tous les points une résistance osseuse*. C'était un véritable infundibulum à surface légèrement concave.

L'audition, très faible, n'était pas absolument abolie par la présence de cette hyperostose considérable fermant toute la lumière.

En faisant le cathétérisme, on constatait l'entrée de l'air dans la caisse ; mais le bruit était éloigné et profond.

J'ai revu plusieurs fois le malade ; son état est parfait, il a été constaté par le professeur Trélat.

Ce cas est intéressant à plus d'un titre. Voilà un homme jeune, vigoureux, bien portant, en présentant aucun antécédent diathésique, qui, sans causes appréciables, présente une tumeur épithéliale bien caractérisée.

L'épithélioma a marché rapidement ; la repullulation s'est faite avec non moins de rapidité dans un espace de temps relativement très court. Y a-t-il eu périostite, puis ostéite sur laquelle se serait greffée cette tumeur ?

Il faut noter que les douleurs avaient été insignifiantes.

La tumeur enlevée avec peine et la cicatrisation obtenue, on trouve le conduit auditif absolument fermé à la partie moyenne par une hyperostose qui comble la lumière du canal.

Vraisemblablement le conduit était normal en arrière de ce point.

Dans cette occurrence, fallait-il songer, pour remédier à la surdité, à ouvrir une voie à travers cette barrière osseuse avec le trépan perforateur ? M. le professeur Trélat a repoussé comme moi ce moyen.

Après maintes recherches dans les ouvrages classiques, je n'ai trouvé aucun cas de ce genre, et celui-ci m'a paru mériter l'attention des otologistes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Kystes de l'ovaire et tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation de M. Villeneuve (de Marseille). Il s'agit d'une malade atteinte en même temps d'un gros kyste de l'ovaire et de tumeurs fibreuses de l'utérus. M. Villeneuve pratique l'ovariotomie et laisse en place les tumeurs fibreuses. Deux ans après apparaît un nouveau kyste ovarique du côté opposé ; nouvelle ovariotomie, cette fois très difficile, parce que le kyste est entouré par les tumeurs fibreuses qui lui forment comme une coque périphérique.

Inoculabilité du bubon chancreux. — M. HORTELOUP lit une note sur l'adénite virulente qui accompagne le chancre mou. Il rappelle la communication faite récemment par M. Straus à la Société de biologie (voy. *Gazette des hôpitaux*, n° du 9 décembre), communication dans laquelle il affirme que le bubon du chancre mou n'est jamais directement virulent. Se basant sur ce fait que toute virulence implique la présence de microbes, M. Straus, n'ayant jamais trouvé de microbes dans le pus d'aucun bubon, était conduit tout d'abord à admettre la non-virulence du bubon. Puis, ayant fait un certain nombre d'inoculations qui ont toutes été négatives, il en concluait que ses devanciers ont fait des expérimentations défectueuses. Cependant, sur 138 bubons inoculés, Ricord avait obtenu 43 résultats positifs. Pour répondre à cette objection de M. Straus que les expérimentations de ses devanciers sont toutes défectueuses, M. Horteloup communique l'observation suivante : Le 29 novembre entre dans son service de l'hôpital du Midi un jeune homme de vingt-huit ans qui portait un bubon consécutif à un chancre du frein. Ce bubon est ouvert le 29 novembre. Le pus de ce bubon est inoculé sur la peau de l'abdomen, à un centimètre de l'ombilic. Le point d'inoculation est recouvert d'un verre de montre ; pansement phéniqué, précautions antiseptiques les plus rigoureuses ; résultat négatif. Une nouvelle inoculation est pratiquée, exactement dans les mêmes conditions d'antisepsie, à 1 centimètre de la première ; résultat positif. Une troisième réinoculation, faite dans les mêmes conditions, donne également un résultat positif. Le même jour, on pratique deux inoculations provenant d'un bubon simple ; résultat négatif.

M. Horteloup croit donc que M. Straus a été trompé par une série cliniquement heureuse. Il ne met pas en doute la virulence des bubons et il serait à craindre que, sur les résultats obtenus par M. Straus, on eût de la tendance à porter un pronostic trop bénin en présence d'un bubon.

Épilepsie spinale avec trépidation épileptoïde d'origine traumatique. — M. POULET communique une observation d'épilepsie spinale avec trépidation épileptoïde du membre supérieur droit, consécutive à un traumatisme. Il s'agit d'un Arabe blessé au Tonkin par une balle qui lui a sectionné le médian et une partie du cubital au pli du coude. Les trépidations présentent cette singularité qu'elles ont débuté au moment de la blessure. L'élongation des branches terminales du plexus brachial à la sortie de l'aisselle a amené la disparition complète de la trépidation épileptoïde.

De l'albuminurie après l'administration du chloroforme. — M. TERRIER, en son nom et au nom de M. Patin, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, fait une communication sur la présence de l'albumine avant et après l'administration du chloroforme. Ayant examiné des urines avant et après des opérations avec anesthésie par le chloroforme, MM. Terrier et Patin ont constaté 6 fois sur 9 la présence de l'albumine à la suite de ces opérations. Ils ont également remarqué que cette albuminurie était plus en rapport avec l'anesthésie elle-même qu'avec la durée de cette anesthésie.

La séance est levée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

MEMBRES DE LA COMMISSION D'ORGANISATION.

M. le professeur Trélat, président ;

M. le professeur Verneuil ;

M. le docteur Horteloup, chirurgien des hôpitaux, secrétaire général de la Société de chirurgie ;

M. le docteur Chauvel, professeur au Val-de-Grâce ;

M. le docteur Bouilly, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris ;

M. le docteur Ch. Monod, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris ;

M. le docteur S. Pozzi, agrégé, chirurgien des hôpitaux de Paris, secrétaire de la commission.

(*Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, Paris.*)

STATUTS ET RÈGLEMENT PROVISOIRE DU CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE.

STATUTS. — I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie française.

II. Le Congrès tient ses sessions à Paris, chaque année, pen-

dant la semaine de Pâques. Un vote de l'Assemblée, après convocation spéciale, peut toutefois modifier la date de la session suivante.

III. Sont membres du Congrès, tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile et paient la cotisation.

IV. Dans la dernière séance de chaque session, l'Assemblée nomme pour l'année suivante : un président, deux vice-présidents, quatre secrétaires et un trésorier.

Le bureau fixe l'ordre du jour. Il nomme deux vice-présidents d'honneur dans la première séance. Il tranche toutes les questions qui lui sont soumises par le comité.

V. Un comité permanent de sept membres, élus par le Congrès au scrutin de liste (et dont le comité d'organisation remplit provisoirement les fonctions), s'occupe, dans l'intervalle des sessions, de toutes les affaires qui intéressent le Congrès ; il gère les finances et préside aux publications. — Tous les deux ans, deux membres du comité, désignés par le sort, sont remplacés par une nouvelle élection ; les membres sortants sont rééligibles.

VI. Les séances du Congrès sont publiques. Toutes les communications et discussions se font en français. Elles sont publiées *in extenso* ou en résumé, sous la surveillance du comité.

VII. La cotisation annuelle des membres est de 20 francs. Elle donne droit au volume des comptes rendus du Congrès.

Une cotisation de 200 francs, versée avant le 15 février 1885, donne droit au titre de fondateur. Passé cette date, la même cotisation conférera le titre de membre perpétuel. Cette cotisation opérera le *rachat* de toute contribution annuelle.

RÈGLEMENT. — I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au secrétaire du comité et y joindre la somme de 20 francs. Il leur est délivré un reçu, détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

II. Les séances ont lieu de neuf heures et demie du matin à midi, et de trois heures à six heures, à l'École de médecine. Les séances du matin sont consacrées à l'introduction et à la discussion des *sujets mis d'avance à l'ordre du jour de la session par le Congrès précédent* (ou, pour le premier Congrès, par le comité d'organisation) ; les communications diverses seront faites aux séances du soir.

III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire du Comité avant le 1er janvier (cette date est reculée au 15 février pour la première session). Ils devront y joindre un résumé très bref, contenant les conclusions de leur travail.

Ce résumé sera imprimé *in extenso* ou en partie dans le programme qui sera distribué avant l'ouverture du Congrès.

IV. Les orateurs qui désirent prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance en écrivant au Comité (secrétariat). La parole sera donnée dans l'ordre des inscriptions.

V. Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Le président a le droit, sans consulter l'Assemblée, de donner une prolongation de dix minutes, soit vingt-cinq minutes en tout. Ce temps écoulé, il est nécessaire de consulter l'Assemblée.

VI. Il est accordé à chaque orateur cinq minutes pour la discussion, et, avec l'agrément du président, dix minutes.

Le même orateur ne peut parler pour la discussion plus de quinze minutes, dans la même séance, sans l'assentiment de l'Assemblée.

VII. Le manuscrit des communications et la rédaction des paroles prononcées dans la discussion doivent être remis aux secrétaires au début de la séance qui suit celle de la communication ou de la discussion ; faute de quoi une simple analyse en sera publiée.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR DU PREMIER CONGRÈS
(*Voir l'article 2 du Règlement.*)

I. Étiologie et pathogénie des infections chirurgicales.

On est invité à rapporter spécialement les faits cliniques et expérimentaux qui peuvent contribuer à déterminer le rôle respectif des ferments figurés (microbes, etc.) et des poisons chimiques (ptomaïnes, etc.) dans la pathogénie des septicémies.

II. Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.

III. Des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée en campagne.

IV. Cure des abcès froids.

Distinguer entre la cure des abcès froids ossifluents et la cure des abcès froids non ossifluents.

V. Des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.

Outre ces questions choisies par la commission d'organisation du Congrès, elle a examiné les suivantes sur lesquelles elle croit devoir aussi attirer l'attention et demander des documents :

I. Valeur comparée de l'anus iliaque et de l'anus lombaire dans le cancer du rectum.

II. Indication de la gastrostomie.

III. Origine et nature de la coxalgie.

IV. Indication de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.

V. Du traitement du pédicule dans l'ovariotomie et l'hystérotomie.

VI. De l'opération des tumeurs incluses dans le ligament large.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1884.

359. M. GENEBRIAS DE BOISSE. Étude sur une épidémie de fièvre jaune à bord des bâtiments de l'État (Sénégal, 1881). — 360. M. LEJOUR. De la pilocarpine dans la thérapeutique oculaire. — 361. M. JUDA. Des lipomes du périnée envisagés particulièrement chez les enfants. — 362. M. GUILLAUME. Traitement de l'infiltration d'urine. — 363. M. CASTEL. Considérations sur la pathogénie des fistules ombilicales. — 364. N. DELAN. Des ruptures tendineuses sus-rotuliennes. — 365. M. VALLOIS. Des anévrysmes de l'aorte thoracique descendante. — 366. M. CASTAGNE. Contribution à l'étude de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — 367. M. DE MOLÈNES-MAHON. De l'érythème polymorphe. — 368. M. BOUGIER. Peut-on diagnostiquer la mort par submersion. — 369. M. WALLET. Note sur la rage et particulièrement sur l'incubation, les formes larvées et le pronostic. — 370. M. FIGARI. Quelques considérations sur l'hématocèle rétro-utérine. — 371. M. LEMONNIER. Des modifications à apporter à la loi de 1838 sur les aliénés criminels.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé hier soir, jeudi, par les nominations suivantes :

MM. 1. Arnould, Bourdillon, Gampert, Pescher, Homolle, Lancelle, Dubarry, Moulonguet, Pozzi, Valat.

11. Vignalou, Vilcoq, Bernheim, Mauny, Mussy, Vignard, Laumet, Bourges, Chaumont, Pactet.

21. Pallier, Récamier, Rieffel, Delagenière, Roussan, Malherbe, Cator, Mallet, Dussaud, Lautier.

31. Tissier, Archambault (Raymond), Bonnet, Bouchut, Chavane, Cohen, Durand, Hillemand, Joudeau, Martha.

41. Marty, Souplet, Vignerot, Beaumé, Lostalot-Bachoué, Gand, Champeil, Adler, Rogues de Fursac, de Senneville.

51. De Fleury, Barrault, Berbez, Belin, Hamon, Vigneron, Cazals, Chopard (Léopold), Despaigne, Jonesco.

61. Nodot, Petrescou, Reboul, Boix, Brésard, Civel, Decressac, Meyville, Lauri, Aubert.

71. Bezençon, Gouzette, Leudet, Pigelet, Regnier, Secrétan, d'Aurelles de Paladines, Méloir, Duron, Hallion.

81. Lafosse, Parizot, Thibault, Zaldivar, Mlle Wilbouschwitch, Grandhomme, Sardou, Schrœder (Louis), Ritzo, Sérieux.

91. Simon, Baret, Bonifas, Chamorro, de Vernajoul, Arrivot, Fauvel, Neiret, Bussat, Perez.

101. Gibotteau, Michel, Souques, Vilpelle, Archambault (André), de Saint-Germain, Mouret, Peltier, Kaplan, Fréal.

111. Blaise, Dimitropolu, Mlle Iraclidy, Veslin, Ménard, Petit, Longo, Jaille, Lavaux, Lefebvre (Albert).

121. Cantilli, Achalme, Duriez, Caubet, Dubrisay, Ettlinger, Blanc, Frey, Racoviceano, Guerard.

131. Le Meignen, Michel, Critzman, Piedpremier, Taurin, Colin, Devillers, Provendier, Pottier, Dupré.

141. Muller (Émile), Sabatier, Sainton, Auclert, Guertin, Chevalet, Léonardi, Dubard, Magé, Urlatianu.

151. Boutarel, Delaine, Dessaux, Duplaix, Dubost, Thérèse, Laurent-Préfontaine, Robert, Couvy, Dulac.

161. Gilles, Imbert, Legrand, Leymarie, Noël, Seigneur, Pottiez, Zaguelmann, Ristich, Bonvalot.

171. Audain, Bergé, Aubert (Maurice), Dupont, Joubert, Frissard, Maret, Lefebvre (Émile), Thiercelin, Pascal.

181. Rivière, Pouillot, Dortel, Macry, Schoofs, Thomas, Javillard, Billoir, Reynald, Desmoulin.

191. Andoque, Dusser, Schrœder (Marie-Joseph), Grenet, Dumont, Depoix, Barbier, Chevalier, Winocouroff, Puig.

201. Brossard, Willebieu, Bonnecaze, Reimbold, Hugues, Nimier, Vialet, Perchaux, Delobel, Argueyrolles.

211. Lajugée, Teulière, Muller, Morlat, Brée, Chautard, Chopard (Jules), Viancin, Leseur, Rousseau.

221. Enriquez, Cozmovici, Dauriac, Bertrand, Gauthier, Arnaud, Boulouys, Rodier, Pujals y Torruella, Cezilly.

231. Marot, Rigault, Bergeret, Dupont (Alexandre), Gérard, Lepage, Casabianca, Breitmann, Thomas, Esprit.

241. Hamon, Delerse, Godet, Bertazzi, Aubert (Thomas-Joseph), Hette, Lancelin, Dunac, Artault, Petrovitch.

251. Goglioso, Mlle Bieloussoff, Lefauve, Gaston, Amiard, Vaugrente, Delplanque, Vinant, Doucet, Colin.

261. Montillier, De Eichstorff, Bonieux, Rivalier, Vinson, Vothronto, Christoyannakis.

Les dernières questions données ont été : 1° Bronchite aiguë; 2° Fractures du péroné; 3° Cathétérisme de l'urètre chez l'homme et chez la femme; 4° Ventouses; 5° Fractures de la clavicule.

MM. les médecins du IIIe arrondissement de Paris sont informés que, le lundi 22 décembre 1884, il sera procédé, dans une des salles de la mairie, à l'élection de deux médecins du bureau de bienfaisance. — Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

— Par décret, en date du 16 décembre 1884, ont été promus dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Durand, médecin aide-major de deuxième classe, médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les aides-majors de deuxième classe Guillaud, Lorreyte, Froustey, Lestage, Gilles, Castéra, Marche, Darrasse, Martinet, Lassalle, Gautier, Coustou, Dircks-Dilly, Le Bris, Bonnan, Laveau, Lafount, Schaeffer, Agenmuller, Dubois, Levrier, Hirigoyen, Estelle et Méry.

— Par décret, en date du 16 décembre 1884, ont été promus dans le cadre des médecins et pharmaciens de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Lande, Baudrimont, Testut, Boursier et Selles (de Bordeaux), Bourlier, Trolard, Sézary, Battarel, Caussanel, Caussidou, Trabut, Moreau et Vincent (d'Alger).

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les aides-majors de deuxième classe Oyon, Fabre, Thomas, Guillembet, Moure, Berruyer, Dulac, Lasbats-Reillon, Labat, Courrégelongue, Baudéant, Mauriac, Tourtelot, Blanchet, Sabourin, Poché, Jeudi de Grissac, Laventure-Augé, Darroze, Auboin, Dupin, Cuq, Laurens, Jouanolou, Guénard, Lapeyronie, Quintâa-Ramounou, Blazy, Groc, Lacaze, Maisongrosse, Cadilhon, Sébileau, Pornier, Proust, Pomès, Jourdaa, Guillon, Guiton, Lassalle, Lafitte, Fontan, Guément, Roy de Clotte, Cazalas, Dupoy, Constans, Coudraye, Roeseler, Camino, Durand, Demouche, Courret, Stéphann, Deshayer, Froidefond, Brugère, Gabourin, Voullemier.

Au grade de pharmacien aide-majar de première classe. — MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième Darricau, Laborde, Carles, Coriveaud, Guignot et Genevoix.

Manuel pratique de médecine mentale, par le docteur E. Régis, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, etc., avec une préface de M. B. Ball, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 jésus, cartonné diamant de 640 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Des rétrécissements du conduit vulvo-vaginal, voies génitales antérieures de la femme, par le docteur Debraud. 1 vol. in-8°. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Du traitement rationnel de la période aiguë du choléra asiatique et de ses résultats dans les épidémies, par le docteur Desprez. In-8°. — Prix : 75 centimes. — Paris, Delahaye et Lecrosnier.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17165.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. Les maladies de la mémoire. Troubles morbides multiples ; conditions pathogéniques et étiologiques ; valeur diagnostique et pronostique. — SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — VARIÉTÉS. Les Livres d'étrennes. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Les maladies de la mémoire (1).

TROUBLES MORBIDES MULTIPLES ; CONDITIONS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES; VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE.

IV

d. Amnésies périodiques.— Les amnésies *périodiques*, dont on possède aujourd'hui dans la science un certain nombre d'observations bien recueillies, constituent dans l'état des choses de simples curiosités cliniques. Elles n'ont pas, à beaucoup près, l'importance diagnostique et pronostique des amnésies que nous venons d'étudier. Elles méritent néanmoins de fixer l'attention, ne se proposât-on que de tracer la photographie d'un état nerveux bizarre, dont jusqu'à présent nous devons nous borner à envisager les caractères objectifs.

Ce terme d'amnésie périodique sert à désigner la situation que voici. Les malades qui en sont atteints (de simples névropathes en général, ou des hystériques) ont en réalité une double personnalité, une double vie, une double mémoire. Ils passent successivement par deux conditions : condition première et condition seconde, qui se succèdent et alternent l'une l'autre. Durant la condition première, le malade est, au point de vue de sa personnalité et de ses souvenirs, fort différent de ce qu'il devient lorsqu'il passe à l'état de condition seconde.

Quelques exemples vous mettront mieux à même que toutes les descriptions abstraites, de saisir en quoi consiste le singulier trouble nerveux dont il s'agit.

Une jeune dame américaine, au bout d'un sommeil prolongé, perdit le souvenir de tout ce qu'elle avait appris. Sa mémoire était devenue une table rase. Il fallut tout lui rapprendre. Elle fut obligée d'acquérir de nouveau l'habitude d'épeler, de lire, d'écrire, de calculer, de connaître les objets et les personnes qui l'entouraient. Quelques mois après, elle fut reprise d'un profond sommeil, et, quand elle s'éveilla, elle se retrouva telle qu'elle avait été avant son premier sommeil, ayant toutes ses connaissances et tous les souvenirs de sa jeunesse, par contre ayant complètement oublié ce qui s'était passé entre ses deux accès. Pendant quatre années et au delà, elle a passé périodiquement d'un état à l'autre, toujours à la suite d'un long et profond sommeil. Elle a aussi peu conscience de son double personnage que deux personnes distinctes en ont de leurs natures respectives. Par exemple, dans l'ancien état, elle possède toutes ses connaissances primitives. Dans le nouvel état, elle a seulement celles qu'elle a pu acquérir depuis sa maladie. Dans l'ancien état, elle a une belle écriture. Dans le nouveau, elle n'a qu'une pauvre écriture maladroite, ayant eu trop peu de temps pour s'exercer. Si des personnes lui sont présentées dans un des deux états, cela ne suffit pas; elle doit, pour les connaître d'une manière suffisante, les voir dans les deux états. Il en est de même des autres choses (1).

Une autre observation qui diffère à quelques égards de la précédente, quoiqu'elle présente avec elle de remarquables analogies, est celle de Félida X..., que M. Azam a recueillie, il y a quelques années, et que j'ai insérée presque *in extenso* dans mon dernier ouvrage (2). Cette observation est très longue, mais je vais vous en résumer les principaux détails.

Une femme hystérique est atteinte, depuis 1856, d'un singulier mal qui la fait vivre d'une double vie, passer alternativement par deux états que M. Azam désigne sous les noms de condition *première* et condition *seconde.* Si nous prenons cette femme dans son état normal ou condition première, elle est sérieuse, grave, réservée, laborieuse. Subitement, elle paraît prise de sommeil, elle perd la conscience, et, quand elle revient à elle, nous la trouvons en condition seconde. Dans ce nouvel état, son caractère a changé : elle est devenue gaie, turbulente, imaginative, coquette. Elle se souvient parfaitement de tout ce qui s'est passé *pendant les autres états semblables qui ont précédé et pendant sa vie normale*. Puis, après une période plus ou moins longue, elle est de nouveau prise de torpeur. Quand elle en sort, elle se retrouve dans sa condition première. Mais, dans cet état, elle a oublié tout ce qui s'est passé dans sa condition seconde; elle ne se souvient que des périodes normales antérieures. Ajoutons que, à mesure que la malade avance en

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 décembre 1884.

(1) Taine, *De l'Intelligence*, t. I, p. 165. — Fait emprunté à Macnish.
(2) Legrand du Saulle, *les Hystériques. État physique et état mental. Actes insolites, délictueux et criminels*, p. 267 et suivantes. — Paris, 1883

âge, les périodes d'état normal (condition première) deviennent de plus en plus courtes et rares et que la transition d'un état à l'autre qui durait autrefois dix minutes se fait maintenant avec une rapidité insaisissable.

Vous avez constaté la différence qu'il y a entre le cas de Macnish et celui de M. Azam. Dans le premier, la malade ignorait absolument, lorsqu'elle était dans un état, ce qui s'était fait dans l'autre; tandis que la malade de M. Azam se rappelait, lorsqu'elle était en état de condition seconde, les faits se rapportant à la condition première. D'autres observations analogues aux deux précédentes ont été rapportées par divers auteurs. M. Azam notamment a publié, après le cas de Félida, un nouveau fait analogue à celui de Macnish, et M. Dufay en a signalé un analogue au cas de Félida (1).

Toutes les observations d'amnésie périodique ne sont donc pas identiques et méritent d'être classées en plusieurs groupes. M. Ribot a résumé avec beaucoup de clarté et d'exactitude les caractères de chaque groupe. Je ne puis mieux faire que de vous citer ce qu'il en dit : « En résumant les caractères généraux des amnésies périodiques, tels que les faits nous les montrent, nous trouvons d'abord la *constitution de deux mémoires*. Dans les cas complets (Macnish), les deux mémoires sont exclusives l'une de l'autre; quand l'une paraît, l'autre disparaît. Chacune se suffit; chacune réclame, pour ainsi dire, son matériel complet. Cette mémoire organisée, qui permet de parler, de lire, d'écrire, n'est pas un fonds commun aux deux états. Il se forme pour chacun une mémoire distincte des mots, des signes graphiques, des mouvements pour les tracer. Dans les cas incomplets, avec la mémoire normale alterne une mémoire partielle. La première embrasse la totalité des états de conscience; la seconde, un groupe restreint d'états qui, par un triage naturel, se séparent des autres et forment dans la vie de l'individu une suite de tronçons qui se rejoignent (2). »

Ces exemples de double conscience et de double vie nous permettent d'interpréter certains faits qui n'en sont pour ainsi dire que l'ébauche, et qu'il n'est possible de comprendre qu'en les rapprochant de leur type. Macario a rapporté l'histoire d'une jeune fille qui fut violée pendant un accès de sommeil somnambulique. Au réveil, elle ne se rappela point ce qui s'était passé et n'en avait nulle conscience. Mais, dans un accès suivant, elle révéla le fait à sa mère. Hamilton raconte le cas d'un pauvre apprenti qui, dès qu'il s'endormait, se croyait riche, sénateur, père de famille. Ce qu'il y avait de bizarre dans cette sorte de rêve et ce qui permet de le rapprocher des faits de double vie, c'est que chaque nuit ce jeune homme reprenait très régulièrement son histoire, la racontait tout haut fort distinctement, et reniait son état d'apprenti, quand on l'interpellait à cet égard.

B. Amnésies partielles. — Par opposition aux amnésies générales, les amnésies partielles sont celles qui intéressent seulement un groupe restreint de souvenirs. Sauf les souvenirs dont il s'agit, qui sont amoindris ou effacés, les autres conservent toute leur vivacité et leur puissance, du moins dans les cas types d'amnésie partielle. Un exemple, choisi entre mille, vous mettra dès l'abord à même de comprendre en quoi consistent les faits que nous allons envisager. Un individu, à la suite d'une attaque d'apoplexie, et après être revenu à lui et avoir recouvré son intelligence, constate avec étonnement qu'il a perdu le souvenir de l'image visuelle des objets. Sa mémoire, en ce qui concerne les impressions auditives ou celles de contact, n'est pas ou est peu touchée. Il se rappelle fort bien la signification des sons, des mots qu'il entend, se souvient de certains morceaux de musique qu'il a appris naguère; mais il ne peut se représenter les objets, il ne les voit plus mentalement, et lorsqu'on les lui montre, ces objets n'éveillent plus chez lui comme chez tout autre le souvenir de telle destination ou de tel usage. Que s'est-il passé chez ce malade? Un groupe, mais un groupe seulement de souvenirs se sont effacés de la mémoire, ceux qui y avaient été déposés par le sens de la vue. Alors qu'au point de vue des souvenirs se rattachant aux impressions des autres sens, le malade est dans la situation de tout adulte normal, ayant fait son éducation sensorielle, au point de vue des impressions visuelles il est dans la situation d'un enfant nouveau-né, et chez lui une rééducation est nécessaire. Je vous montrerai dans un instant que les faits de cet ordre ne sont pas très rares en clinique. Celui, tout schématique, qui précède, vous permet déjà d'entrevoir le terrain sur lequel il va falloir nous orienter.

Ici quelques considérations physiologiques préliminaires sont nécessaires. Les psychologistes considèrent volontiers la mémoire comme une faculté une et indissoluble. C'est là une erreur et une erreur qui aurait pu être fort préjudiciable à la science si les spéculations *à priori* étaient susceptibles de prévaloir contre les faits. Or les faits enseignent que la mémoire est une faculté très complexe, ou plutôt qu'il n'y a pas *une* mais *plusieurs* mémoires indépendantes, dans une certaine mesure, les unes des autres. Vous vous rendrez compte de cette multiplicité des mémoires si vous vous rappelez comment se constituent les souvenirs. Les souvenirs ne sont pas autre chose que des sensations conservées par le cerveau, et de même qu'il y a des sensations auditives, visuelles, olfactives, de contact, etc., il y a une mémoire auditive, une mémoire visuelle, une mémoire olfactive, etc. D'autre part, la puissance de chacune de ces mémoires varie chez les divers individus, car tous les cerveaux ne retiennent pas avec une égale facilité les impressions sensorielles des différentes catégories. Il est, vous le savez, des individus qui ont la mémoire des sons particulièrement vive et facile; chez d'autres, ce sont les impressions visuelles qui se fixent le plus aisément dans le cerveau. Rappelez-vous Mozart notant le *Miserere* de la chapelle Sixtine, après l'avoir entendu deux fois, les peintres comme Horace Vernet ou Gustave Doré faisant un portrait de mémoire.

Mais il n'y a pas seulement une indépendance réelle entre les mémoires auditive et visuelle; chacune de celles-ci est elle-même constituée par tout un groupe de mémoires partielles. C'est ainsi, en ce qui concerne la vue, que certains individus se rappellent plus aisément le contour et la forme des objets, d'autres les couleurs et les jeux de lumière. « Pour mon compte, dit M. Taine, je n'ai qu'à un degré ordinaire la mémoire des formes, à un degré un peu plus élevé celle des couleurs. Je revois sans difficulté à plusieurs années de distance cinq ou six fragments d'un objet, mais non son contour précis et complet (1). »

(1) Azam, *Revue scientifique*, 1876, 1877; et Dufay, *ibid.*, 1876, juillet.
(2) Ribot, *les Maladies de la mémoire*, p. 81 et 82.

(1) Taine, *De l'Intelligence*, p. 79, t. I.

Toutes ces différences individuelles indiquent que les divers cerveaux ne *vibrent* pas avec la même facilité sous l'influence des diverses impressions qui y laissent une trace plus ou moins profonde et durable, suivant les prédispositions individuelles. Il est des individus qui jouissent d'une mémoire très bornée, sauf pour certaines notions très spéciales. Il en est, par exemple, qui retiennent surtout les noms propres, les dates, les chiffres. Le jeune Colborn, qui n'avait jamais été à l'école et ne savait ni lire ni écrire, faisait de tête les calculs les plus compliqués, grâce à la faculté qu'il possédait de se représenter les nombres et les chiffres comme s'ils eussent été écrits sous ses yeux. Un homme dont parle Lewes, après avoir parcouru une rue longue d'un demi-mille, pouvait énumérer toutes les boutiques dans leur position relative.

Par contre, certains sujets, doués d'une intelligence d'ailleurs brillante, sont incapables de conserver certaines variétés de souvenirs. Gall, par exemple, se cite lui-même comme une preuve remarquable de l'absence de mémoire des figures. Lorsqu'il sortait d'une société où il avait passé la soirée, il lui était impossible, dit-il, de reconnaître le lendemain les personnes qu'il y avait vues la veille.

Les considérations qui précèdent vous permettent de comprendre comment il se fait que l'amnésie puisse rester partielle et intéresser seulement telle ou telle catégorie de souvenirs. Puisqu'il y a à l'état physiologique une sorte d'indépendance entre les diverses mémoires, il est naturel que la pathologie respecte cette indépendance, ou plutôt qu'elle en profite pour créer des types au premier abord un peu étranges.

L'étude des amnésies partielles nécessite une analyse psychologique assez délicate; d'autre part, elle est entrée depuis trop peu de temps dans les préoccupations médicales pour que nous possédions les éléments d'une histoire clinique complète de ces troubles. Toutefois un assez grand nombre de faits ont été réunis, particulièrement dans ces dernières années, et il est possible d'esquisser une description de certains types d'amnésie partielle. Celles de ces amnésies que nous connaissons le mieux sont celles qui se rapportent à la mémoire des impressions auditives ou visuelles et des souvenirs qui dérivent de ces impressions. Ce sont les seules dont je vous entretiendrai.

Les premières impressions auditives que perçoit l'enfant et qu'il retient sont celles produites par les bruits plus ou moins vagues qui résonnent à son oreille. Il apprend à reconnaître le timbre de la voix de telle personne qui lui parle, le cri familier d'un animal. Les bruits peuvent se coordonner, devenir des sons et la mémoire musicale se constitue à l'état plus ou moins parfait. Puis l'esprit apprend et retient la valeur conventionnelle de certains sons, des verbes, des adjectifs, des substantifs. Cette valeur conventionnelle enfin se précise et se spécifie davantage; la mémoire des noms propres correspond à cette dernière étape des impressions auditives, qui se fixent dans le cerveau avec leur valeur respective. Eh bien! sous l'influence de divers processus pathologiques, le souvenir de ces impressions s'atténue ou s'efface. Quelques exemples établiront la réalité de cette dernière proposition. Un enfant, après s'être heurté la tête, reste trois jours inconscient. En revenant à lui, il avait oublié tout ce qu'il savait de musique. Rien autre n'avait été perdu (1). Le professeur Broussonet, à la suite d'une affection cérébrale, perdit la mémoire des substantifs. Une femme dont parle Forbes Winslow, à la suite d'une attaque d'hémiplégie, présenta le trouble singulier que voici : en parlant, elle n'employait que l'infinitif des verbes et ne se servait d'aucun pronom. Par exemple, au lieu de dire : Je vous souhaite le bonjour; Mon mari va venir, elle disait : Souhaiter le bonjour; Mari venir.

(1) Ribot, *loc. cit.*, p. 114; fait emprunté à Carpenter.

Certains individus, familiers avec plusieurs langues, perdent le souvenir d'une seule ou de plusieurs d'entre elles, tout en continuant à parler celle dont ils se servent le plus ordinairement. Le docteur Beatie rapporte, par exemple, qu'un de ses amis, ayant reçu un coup sur la tête, avait perdu tout ce qu'il savait de grec, mais que par ailleurs sa mémoire ne paraissait avoir souffert en aucune façon.

Les exemples d'amnésie des noms propres sont très nombreux. En voici quelques-uns très remarquables rapportés par Forbes Winslow. Un monsieur, dont Abercrombie relate l'observation, voulant désigner une personne à un ami commun, conduisit celui-ci à travers plusieurs rues, jusqu'à la maison de celui dont il voulait parler, et lui montra alors son nom inscrit sur la plaque en cuivre qui se trouvait placée sur sa porte. — Un autre, après une attaque d'apoplexie, ne peut se rappeler le nom d'aucun de ses amis, mais les désigne correctement par leur âge.

Il est des malades qui oublient jusqu'à leur propre nom. Winslow raconte l'histoire d'un personnage de haut rang, qui, au début d'un ramollissement du cerveau, oubliait de temps en temps son nom, pendant qu'il se promenait dans les rues, et quelquefois aussi perdait toute notion de son adresse. Il avait l'habitude d'accoster les passants et de leur dire : « Je suis monsieur tel et tel; dites-moi donc quel est mon nom; ou bien : monsieur tel et tel; dites-moi donc où je demeure.

Chez certains individus, les traces laissées par les sensations auditives antérieures se sont effacées à tel point, que ces malades non seulement sont incapables comme les précédents de retrouver spontanément les mots, mais qu'ils n'en saisissent plus le sens lorsqu'on prononce ces mots à leur oreille. Ces individus sont atteints, comme on l'a dit, de *surdité verbale*. Je ne m'arrête pas sur ce trouble dont j'ai eu naguère l'occasion de vous parler en vous décrivant les aphasies (1).

Vous voyez, par les quelques faits que je viens de rapporter, combien sont variées les formes d'amnésie partielle, en ne considérant que les mémoires qu'on pourrait appeler auditives.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 20 décembre 1884. — Présidence de M. Franck.

COMMUNICATIONS

Action des poisons dits musculaires sur les muscles de la vie de relation. — M. QUINQUAUD fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Des injections intra-veineuses. — M. BOUCHARD dit que les injections intra-veineuses ne sont pas encore actuellement applicables à la thérapeutique, mais qu'elles constituent une méthode précieuse, d'une valeur incontestable pour les expérien-

(1) Legrand du Saulle, *l'Aphasie et les aphasiques. Gazette des hôpitaux*, 1882.

ces chez les animaux. Elles ne sont pas douloureuses; elles sont très supérieures aux injections sous-cutanées au point de vue des effets; elles sont inoffensives. Elles ne sont jamais, comme parfois les injections sous-cutanées, suivies d'accidents septiques. M. Bouchard fait connaître les résultats d'expériences comparatives qu'il a faites sur la même substance injectée dans les veines ou sous la peau et ces expériences confirment de tous points les faits qu'il vient d'avancer. Il conclut donc en disant que les injections sous-cutanées sont plus dangereuses et moins actives que les injections intra-veineuses.

M. ALBERT ROBIN a fait, avec M. Gosselin, des expériences qui confirment de tous points les faits avancés par M. Bouchard.

Action physiologique de la cocaïne. — M. LABORDE fait connaître les résultats des nouvelles expériences qu'il a faites sur ce sujet : sous l'influence de doses physiologiques, 5 à 6 centigrammes de chlorhydrate de cocaïne en injections sous-cutanées, on obtient, chez les animaux, une hyperexcitabilité neuro-musculaire et une analgésie persistante. En même temps la cocaïne produit une accélération et de l'irrégularité de la respiration. En poussant les doses, on détermine un processus asphyxique et l'arrêt de la respiration avant celui de la circulation. On obtient également certaines modifications du côté de la circulation, telles qu'une augmentation de la tension sanguine. Contrairement à M. Vulpian qui a constaté que cette augmentation de la pression sanguine était toujours précédée d'un abaissement, M. Laborde a vu que des doses suffisantes de chlorhydrate de cocaïne produisent constamment cette augmentation de pression et l'hyperexcitabilité du nerf pneumogastrique. Il y a aussi des modifications du côté de la température qui, en moins de vingt minutes, passe de 39 degrés à 40°,25. Les sécrétions ne reçoivent pas une influence marquée ; toutefois l'élimination se fait en partie par l'urine; la sécrétion salivaire est augmentée.

L'action anesthésique locale est tout à fait superficielle. C'est pourquoi Kohler a proposé de faire une injection sous-scléroticale pour obtenir une anesthésie complète et profonde de l'œil. Au point de vue de l'action locale, M. Laborde a constaté qu'un petit chien atteint de la gale canine cesse de se gratter pendant tout le le temps qu'il est sous l'influence de la cocaïne. Il y a là une indication de l'application de cette substance au traitement de certaines maladies de peau.

Virulence des bubons accompagnant les chancres mous. — M. STRAUS a continué ses expériences sur l'inoculation du pus provenant de ces bubons. Il apporte seize nouveaux cas ayant fourni les mêmes résultats absolument négatifs, ce qui porte à cinquante-huit le nombre des cas successifs où ce résultat négatif s'est réalisé. En présence de ces faits, M. Straus ne peut que considérer comme le fait d'une erreur les deux observations contradictoires fournies par M. Gibier (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1155) ainsi que le fait communiqué à la Société de chirurgie par M. Horteloup (*ibid.*, p. 1173). Quelque déférence qu'il ait pour ce chirurgien, M. Straus ne peut partager sa manière de voir. Quoi qu'il en soit, il va continuer ses recherches dans le service de M. Mauriac; en outre, MM. Humbert et Du Castel, qui vont avoir chacun un service à l'hôpital du Midi, vont, de leur côté, faire les mêmes expérimentations. L'avenir jugera.

M. ALBERT ROBIN, qui fait actuellement un remplacement à l'hôpital du Midi, a répété les expériences de M. Straus et en arrive aux mêmes résultats négatifs. Ce sont cinq nouveaux faits négatifs qui viennent se joindre à ceux qu'a déjà produits M. Straus.

Courants électriques de haute tension. — M. D'ARSONVAL fait connaître un moyen de remédier aux dangers de l'emploi de courants électriques de haute tension et de grande intensité.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les Livres d'étrennes.

Pour la septième fois, nous présentons à nos lecteurs un volume de l'*Histoire des Romains* (1), par M. Victor Duruy, et avec ce septième volume se termine cette œuvre magistrale.

Nous sommes arrivés à la quatorzième période de cette histoire, à l'empire chrétien.

Maxence et Licinius morts, Constantin est seul empereur. Sa politique religieuse doit nous arrêter ; puis un coup d'œil sur les donatistes, l'arianisme et le concile de Nicée permet de comprendre l'état des esprits à cette époque. Un chapitre des plus intéressants nous initie enfin à l'organisation administrative et aux conditions sociales dans le nouvel empire.

Constance et la question religieuse sous son règne, Julien, Jovius, Valentinien Ier et Valens, Gratien, Valentinien II et Théodose passent successivement sous nos yeux. Voici l'invasion des Barbares et, avec elle, la fin de l'histoire des Romains.

Une dernière étude présente, dans un résumé général, la plus savante et la plus claire des dissertations historiques, et fait merveilleusement saisir les causes de la grandeur et de la décadence des Romains.

On a depuis longtemps épuisé les formules de louanges que mérite l'œuvre de M. Duruy. Les diverses Académies avaient voulu s attacher ce grand esprit, et l'Académie française vient, ces jours derniers, de couronner sa belle carrière en l'appelant dans son sein. Pour nous, qui, en ce moment, ne pensons qu'à nos lecteurs et voulons attirer leur attention sur de beaux et bons livres, nous en savons peu qui puissent plus satisfaire nos goûts et nos souvenirs que l'*Histoire des Romains*. L'œuvre de science se double de l'œuvre artistique, et ce n'est que rendre justice à ce magnifique travail que de dire les sacrifices considérables faits par l'éditeur pour l'enrichir. Près de 3,000 gravures, un nombre considérable de chromolithographies et 100 cartes ou plans éclairent et complètent l'œuvre de l'historien.

— L'année est aux préoccupations géographiques et les livres d'étrennes devaient se ressentir de cette tendance des idées.

Les *Anciennes Villes du Nouveau Monde* (2) nous promènent au Mexique et dans l'Amérique centrale, où M. Désiré Charnay s'est livré de 1857 à 1882 à de très intéressants voyages d'exploration.

Au crayon du dessinateur, M. Charnay a joint l'appareil du photographe, et cet appareil n'était vraiment pas de trop pour donner une idée exacte de cette merveilleuse architecture des régions qu'il parcourait. Aussi éprouve-t-on un plaisir véritable à pénétrer ces pays si peu connus où tout un monde évanoui renaît, pour ainsi dire, et nous redit tant de richesses artistiques et une civilisation si avancée, malgré les idées que nous nous faisons de notre civilisation actuelle.

Mais les monuments que la main de l'homme a élevés ne sont pas seuls à réclamer notre attention. M. Charnay comprend la nature et les choix qu'il a faits pour nous dénotent le goût le plus délicat. Tel paysage retient notre œil et nous laisse les plus charmantes impressions.

L'anthropologie a d'abondantes récoltes à faire dans ce livre où se pressent les observations sur la forme et les mœurs de ces populations.

Et lorsqu'on referme ce savant album, on conserve comme une vision très nette de ces villes superbes et de ces campagnes où de puissants empires ont laissé des traces magnifiques de leur existence. Œuvre de grand luxe, les *Anciennes Villes du Nouveau Monde* méritent une place d'honneur dans nos bibliothèques.

— A côté des voyages scientifiques et artistiques, il nous faut faire la place aux voyages qui ont pour but l'influence de notre pays.

(1) In-8° jésus. Prix : 25 francs le volume. — Paris, Hachette et Cie.
(2) Un magnifique volume in-4°. Prix : 50 francs. — Paris, Hachette et Cie.

Il nous faut saluer ces compatriotes hardis qui, au prix de mille dangers, au prix même de leur vie, sont allés planter notre drapeau sur des terres inhospitalières.

Adressons d'abord notre plus douloureux souvenir à ce brillant officier de marine, Francis Garnier, dont la mort fut un deuil pour la France. On se souvient de son voyage d'exploration en Indo-Chine, et c'est une pensée très heureuse qu'a eue l'éditeur de replacer sous nos yeux une édition pour ainsi dire populaire de ce voyage. Il est bon que les jeunes générations sachent les efforts de ceux qui ont ouvert la voie à notre drapeau.

Le *Voyage d'exploration en Indo-Chine* (1) fut effectué par une commission française présidée par le capitaine de frégate Doudart de Lagrée ; et ce fut Francis Garnier qui en écrivit la relation. Ce voyage est considéré comme l'un des plus importants du siècle : il dura deux années, du 5 juin 1866 au 29 juin 1868. Le commandant de Lagrée mourut au cours de l'expédition et Francis Garnier, le promoteur et le second chef de cette entreprise géographique, succombait en héros à Hanoï.

On se souvient de l'émotion profonde que produisit la découverte de cette région alors ignorée. Quelles surprises et quels étonnements ! C'était tout un monde qui se révélait ; des villes abandonnées remplies de statues gigantesques et de monuments extraordinaires. Nous avons dit ici les splendides échantillons qu'en rapportèrent nos voyageurs, et nous avons entendu les récits de leurs impressions.

C'est en parcourant le livre de Francis Garnier que l'on peut se faire une idée de l'étendue de son esprit et de la variété de ses connaissances.

Il n'est pas d'ailleurs inutile de donner ici le résumé du travail géographique qui a consisté à lever avec le plus grand soin tous les itinéraires suivis (en pays non connus), en rectifiant successivement ce levé par la détermination astronomique directe des points principaux du parcours. Le chemin total ainsi relevé pour la première fois a été de 6,720 kilomètres, dont 1,180 par Doudart de Lagrée, 5,060 par Francis Garnier, 450 par M. Delaporte, 30 par M. Joubert, médecin de l'expédition.

Le fleuve du Mékong a été sondé sur un développement de 700 kilomètres, dont 580 par Francis Garnier ; 58 positions astronomiques (nouvelles) ont été déterminées, dont 55 par Francis Garnier, etc.

Il se proposait de pénétrer au Tibet pour tenter de résoudre le problème de l'origine des grands fleuves indo-chinois, lorsqu'il tomba massacré le 21 décembre 1873, à la suite d'une sortie faite contre les pirates du Pavillon noir.

— De l'Indo-Chine transportons-nous au Soudan français. Une mission d'exploration, dite du haut Niger, sous le commandement d'un de nos officiers les plus distingués, M. Gallieni, va sur ces terres nouvelles préparer le passage de notre drapeau.

M. Brière de l'Isle était gouverneur du Sénégal, quand, reprenant une des idées du général Faidherbe, il résolut de pénétrer dans la vallée du haut Niger par le massif montagneux compris entre ce grand cours d'eau et le Sénégal. On voulait, ainsi que dans la mission confiée, en 1862, au regretté lieutenant de vaisseau Mage, établir des relations avec les races nègres de ces contrées, qui ne nous étaient connues que par les récits fort incomplets de Mungo-Park (1796-1805), et ouvrir à nos établissements frontières de la colonie, Médine et Bakel, des débouchés vers ces marchés abandonnés jusque-là au trafic embryonnaire des populations à demi sauvages.

Tel a été le point de départ du *Voyage au Soudan français* (2), par M. le commandant Gallieni.

Nous n'avons qu'à suivre notre guide pour pénétrer ces régions inconnues où nous attendent tant de faits nouveaux, tant d'observations remplies d'intérêt pour le savant. La note dominante de ces nouveaux récits de voyage est la sûreté de l'information : autrefois l'imagination et la curiosité tenaient la grande place ; aujourd'hui, après la satisfaction des yeux, causée par tant de dessins et de reproductions, il y a pour l'anthropologie une riche récolte ; et c'est à ce point de vue principalement que nous recommandons la très intéressante publication du commandant Gallieni à toute l'attention de nos confrères.

— La récente catastrophe de la *Mignonnette* invite à lire le drame affreux du *Voyage de la Jeannette* (1), qui se termina si douloureusement.

Il était né à New-York, le 22 août 1844, ce brave chef de l'expédition George Washington de Long. D'origine française, il avait pour mère une femme d'une grande délicatesse, à la sollicitude presque maladive, cherchant toujours à le préserver de tout accident extérieur. Tout lui semblait péril pour son enfant. Malgré ses précautions, ce fils devait être pris de la fièvre polaire, et c'est ainsi que nous le voyons un jour préparer sa grande expédition.

Il part. De San Francisco il gagne la baie Saint-Laurent. Du 27 août au 30 septembre 1879, il est à la dérive avec les glaces. Octobre et novembre de la même année le trouve clavé dans la banquise. Il faut passer l'hiver, voir le renouveau du jour, le soleil de minuit, l'hiver en été ; voici le retour du froid et de l'obscurité (septembre-décembre 1880).

L'année 1881 sera l'année de sa grande épreuve ; le 9 juin, à onze heures du soir, secousses violentes et répétées. A onze heures et demie, l'ancienne crevasse, celle de 80 mètres de large, ou plutôt ce qui en était resté, se rouvre de 2 à 3 mètres ; à minuit, le navire vibre et tremble, d'épouvantables craquements se font entendre ; le 11 juin, à huit heures, il faut quitter le navire qui s'est fendu. La *Jeannette* coule à pic.

Alors commence une existence toute de courage, mais de misère profonde. Il faut exécuter des marches sur la mer glacée. On gagne l'île Bennett ; on prépare les embarcations ; on entre dans l'archipel Liakhov ; on arrive aux bouches de la Léna. Les bateaux sont séparés, on aborde à gué ; il faut encore marcher, la marche est lente ; les provisions sont épuisées, on se traîne à grand'peine. La mort plane sur nos infortunés voyageurs.

Ericksen succombe ; rien qu'un peu d'alcool, une cuillerée de glycérine pour souper. Alexey meurt ; puis Krack et Lee, puis Iversen, Dressler, Boyd, Görtz. M. Collins est mourant...

Là s'arrête le journal tenu par le chef de l'expédition. Mais la tempête qui avait séparé les embarcations, avait porté l'une d'elles, commandée par M. Melville, à la terre de Sibérie. Sauvé, M. Melville reprendra le chemin où il a laissé ses compagnons ; il retrouvera leur dépouille et leur rendra les derniers devoirs.

Des trois cotres, celui qui était commandé par le commandant De Long ne verra que deux survivants. Envoyés en quête de secours, ils ont été sauvés par les naturels ; tous les autres, commandant, chirurgien, météorologiste et marins brevetés, tous ont succombé.

Ainsi se termine cette expédition, dont la lecture émeut profondément.

— Les divers ouvrages que nous venons de passer en revue nous donnent des relations très détaillées. Mais avant qu'elles puissent voir le jour, on a souvent eu dans le *Tour du Monde* (2), comme un spécimen de ces intéressants ouvrages. Dans ce journal des voyages de 1884, il suffit de rappeler le voyage au Yucatan et au pays des Lacandons de M. Désiré Charnay (1882) ; celui que le docteur Montano a exécuté, de 1879 à 1881, aux Philippines ; le Voyage en Perse, Chaldée et Susiane, par Mme Jane Dieulafoy (1881-1882), qui sera certainement suivi d'une nouvelle relation, puisque cette courageuse voyageuse vient de repartir pour la Perse.

(1) Un magnifique volume in-8° jésus. Prix : 15 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(2) Un magnifique volume in-8° jésus. Prix : 15 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(1) Un beau vol. in-8° raisin. Prix : 10 francs. — Paris, Hachette et Cie.

(2) In-4. Prix de l'année brochée en un ou deux volumes, 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

Avec M. Henri Belle, nous parcourons la Grèce; avec M. Camille Lemonnier, la Belgique; avec M. Cagnet, la Tunisie; avec Mme Carla Serena, le Caucase; avec M. Grad, l'Alsace et la Lorraine; avec M. Charles Wiener, l'Amazone et les Cordillères.

M. Thouar nous conduit à la recherche des restes de la mission Crevaux. Et nous retrouvons dans ce volume un résumé du voyage de la *Jeannette*, dont nous avons tout à l'heure raconté la douloureuse terminaison.

Mais le *Tour du Monde* a une réputation trop bien établie pour que nous ayons besoin de le recommander davantage à l'attention de nos lecteurs.

— Terminons cette causerie en vous présentant le tome dixième de la *Nouvelle Géographie universelle* (1), de M. Élisée Reclus.

Après nous avoir décrit en cinq volumes l'Europe, et en quatre volumes l'Asie, le savant géographe aborde l'Afrique et nous fait connaître, dans une première partie, le bassin du Nil, le Soudan égyptien, l'Éthiopie, la Nubie et l'Égypte.

Suivant sa coutume, M. Reclus se livre d'abord à des considérations générales du plus haut intérêt sur le pays dans lequel il va nous introduire. Puis il nous conduit dans le bassin du Nil, nous fait successivement parcourir le fleuve, les régions des grands lacs, le pays des rivières, les bassins de Sobat et du Val. Nous entrons ensuite en Éthiopie; c'est d'abord l'Abyssinie, proprement dite, puis le Choa, le pays des Danakils, et les États septentrionaux des Gallas. La haute Nubie, le Kordofân, le Dâr Fôr, la Nubie et l'Égypte complètent le tableau.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt qui s'attache aux savantes descriptions de M. Reclus. Ceux qui suivent, depuis tant d'années, ses travaux savent avec quelle conscience, il traite son œuvre. Tout à l'heure, avec les voyageurs que nous vous présentions, nous avions les émotions de la route; les événements tristes ou joyeux, c'était la vie de chaque jour prise au point. Avec M. Reclus, c'est la science, avec son intérêt, son exactitude, le dernier mot de nos connaissances. Mais, qu'on ne s'y trompe pas, l'intérêt est si vif que la sévérité de la forme disparaît, tant les documents de toute nature abondent dans cette nouvelle *Géographie universelle*, que toute bibliothèque de valeur a depuis longtemps adoptée.

Et maintenant, chers lecteurs, faites votre choix : tous ces livres, depuis les éditions de grand luxe jusqu'aux publications plus modestes, rendront bien heureux ceux à qui vous les offrirez.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

372. M. PINEAU. Artério-sclérose et néphrite interstitielle considérées dans leurs rapports. — 373. M. HAMON-DUFOUGERAY. Du ténia dans les hôpitaux maritimes de Lorient et de son traitement. — 374. M. SENÉ. Étude sur quelques cas d'atrophie musculaire produite par les tumeurs malignes de la colonne vertébrale. — 375. M. GOUDAL. De l'aliénation mentale chez les vieillards. — 376. M. DE CASAUBON. De l'hystérie chez les jeunes garçons. — 377. M. GOURICHON. Du traitement de la pleurésie par les pointes de feu. — 378. M. QUÉHERY. Contribution à l'étude des diabétides gangreneuses. — 379. M. PAUZAT. Traitement de la fissure hémorrhoïdaire par le *capsicum*. — 380. M. POURRAT. Des troubles urinaires compliquant les tumeurs fibreuses de l'utérus. — 381. M. LEBRETON. Étude sur les complications pulmonaires du rhumatisme et de l'arthritisme. — 382. M. MAREY. Contribution à l'étude de la leucocythémie. — 383. M. PENNEL. Traitement de l'ankylose angulaire du genou par l'ostéotomie linéaire du fémur.

(1) Un volume in-8° jésus, contenant 3 cartes en couleur, 111 cartes dans le texte et 57 gravures sur bois. Prix : 30 francs. — Paris, Hachette et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les dernières questions données pour l'épreuve orale du concours de l'internat des hôpitaux et hospices civils de Paris sont :

1° La cornée, causes et signes de l'ophtalmie purulente; 2° Sphincter de l'anus, signes et complications des hémorroïdes; 3° Vaisseaux et nerfs de l'intestin grêle, diagnostic de la fièvre typhoïde; 4° Décrire le quatrième ventricule, complications du diabète sucré; 5° Les uretères, diagnostic et traitement de l'éclampsie puerpérale; 6° Rapports de la crosse aortique, diagnostic des anévrysmes de la crosse aortique; 7° Synoviale de l'articulation du genou, de l'arthrite blennorragique.

— Par décision ministérielle, en date du 18 décembre 1884, les cinq élèves du service de santé militaire attachés à l'hôpital de Nancy, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, ont été nommés à l'emploi de stagiaires à l'École de médecine et de pharmacie militaires pour prendre rang du 26 novembre 1884, savoir :

MM. Loison, Lebon, Kraus, Saintin et François.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. Béhague est nommé aide-préparateur d'histoire naturelle en remplacement de M. Delplanque, appelé à d'autres fonctions.

M. Thiéry est chargé des fonctions d'aide-préparateur d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Rodet est nommé chef des travaux de médecine expérimentale, en remplacement de M. Arloing, démissionnaire.

M. le docteur Imbert est nommé préparateur de médecine expérimentale, en remplacement de M. Rodet, appelé à d'autres fonctions.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Chevalier a été nommé chef interne, médecin résidant à l'hôpital Saint-André.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Couty, qui a succombé, à Rio-de-Janeiro, à peine âgé de trente ans, à une pleurésie double. M. Couty, qui s'était fait connaître par de nombreuses communications à la Société de biologie, avait été nommé professeur de physiologie à la Faculté de Rio-de-Janeiro, quoique bien jeune encore, et avait déjà conquis, dans cette ville, une grande autorité, autant par ses travaux et son enseignement que par son caractère.

— Un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris s'ouvrira le lundi 9 février 1885, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, 3, avenue Victoria.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat général de l'administration, tous les jours, de onze heures à trois heures, du lundi 5 janvier au mercredi 21 du même mois.

— La Société française d'otologie et de laryngologie tiendra sa prochaine séance le vendredi 26 décembre 1884, à huit heures du soir, à la mairie du 1er arrondissement de Paris, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Éloge de F.-E. Renaudin, lu à la séance publique annuelle de la Société médico-psychologique du 28 avril 1884, par le docteur Ant. RITTI, secrétaire général de la Société, médecin de la Maison nationale de Charenton, etc. In-8°. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17175.

8

COMPAGNIE LIEBIG
CAPITAL : 12 MILLIONS VERSÉS
SEUL VÉRITABLE

Extrait de viande Liebig

Bouillon de viande de bœuf concentré

GARANTI PUR

5 médailles d'or et 5 grands diplômes d'honneur.

Précieux pour ménages, malades, familles; usages nombreux pour potages et sauces.

Cet extrait ne se détériore jamais.

Exiger le *fac-simile* de la signature de l'inventeur baron Liebig, en encre bleue sur l'étiquette.

Se vend chez les principaux épiciers et pharmaciens.

73

Vin de Bugeaud, toni-nutritif

AU QUINQUINA, AU CACAO ET AU VIN D'ESPAGNE

Appauvrissement du sang, névroses, flueurs blanches, diarrhée chronique, pertes séminales, hémorrhagies passives, affections scorbutiques, période de convalescence de toutes les fièvres.

Ce médicament convient d'une manière toute spéciale aux convalescents, aux enfants débiles, aux femmes délicates et aux personnes affaiblies par l'âge et les infirmités.

Se défier des contrefaçons et imitations frauduleuses; exiger le véritable nom.

Fabrique et vente en gros : LEBEAULT, MAYET et Cie, 29, rue de Palestro, Paris.

Seul dépôt pour le détail à Paris : Pharmacie LEBEAULT, 53, rue Réaumur.

MM. les médecins, qui en feront la demande à la maison de gros, recevront une bouteille de *vin de Bugeaud* à titre d'échantillon.

106

PHTHISIE, AFFECTIONS DES BRONCHES.

Capsules molles de Bourgeaud

à la **CRÉOSOTE VRAIE** du goudron de hêtre et à l'**Huile de foie de morue.** — *Récompense unique à l'Exposit. universelle de Paris, 1878.* Les seules expérimentées et employées dans les Hôpitaux de Paris. — BOURGEAUD, pharm. de 1re cl., fourn. des hôp., 20, r. de Rambuteau, Paris.

CAPSULES contenant 0,02, 0,05 et 0,10 de créosote. la boîte, 4 fr. — VIN et HUILE créosotés conten. 0,20 de créosote par cuillerée, la bouteille, 5 fr.

68

La Poudre de viande Rousseau

garantie d'une conservation illimitée et d'une odeur et d'un goût agréables, rend facile et pratique l'alimentation thérapeutique.

Paris, 3 *bis*, rue Bleue.

125

Pilules suisses

(*Pilules de coloquinte composées*).

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES.

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, pharmacien, 28, rue de Grammont, à Paris.

91

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan

AU SEL DE BERTHOLET (*chlorate de potasse*), contre les maux de gorge, angines, extinctions de voix, ulcérations de la bouche, scorbut et salivation mercurielle.

ADH. DETHAN, pharmacien, rue de Baudin, 23, Paris, et dans toutes les principales pharmacies de France et de l'étranger.

71

Produits de l'Eucalyptus

par DELPECH et ARDISSON.

Les CAPSULES A L'ESSENCE PURE D'EUCALYPTUS (*Eucalyptol*), l'Alcoolature, le Sirop, le Vin, le Liniment réussissent contre : *Affections du poumon, névralgies, migraines, rhumatisme, pansement et désinfection des plaies.*

La phie DELPECH, rue du Bac, 23, prépare les **Capsules à l'Extrait éthéré de Cubèbe.**

169

AFFECTIONS UTÉRINES, CHLOROSE, ANÉMIE, ETC.

Liqueur de Laprade

à l'albuminate de fer.

Spécifique de l'irrégularité de la mentsruation.

27

Aseptol

Acide orthoxyphénilsulfureux

préparé par E. GAUTRELET

pharmacien-chimiste de 1re classe, ex-interne et lauréat des hôpitaux et de l'École de pharmacie de Paris.

Premier prix. — Médaille d'or

L'**Aseptol** ou acide orthoxyphénilsulfureux, est aujourd'hui reconnu comme le plus puissant des antiseptiques. Il a sur l'acide phénique l'avantage d'être soluble, presque inodore et non toxique.

L'**Aseptol** remplace avec avantage l'acide phénique dans toutes ses applications : pansements de toute sorte, même ceux de l'oculistique; applications sur les muqueuses dans le muguet et la diphtérie; injections vésicales et vaginales; pansements chirurgicaux dits de Lister, partout enfin où l'on emploie l'acide phénique et les antiseptiques.

L'**Aseptol**, comme structure chimique, est analogue à l'acide salicylique. Il a l'aspect d'un liquide sirupeux à réaction franchement acide, et cristallise à 8 degrés.

On emploie l'**Aseptol** à la façon de l'acide phénique, et en pouvant élever les doses d'une façon considérable, tant pour l'usage interne que pour l'usage externe.

Le flacon, **3** fr. **50.** — Le kilog., **10** fr.

Vente en gros : 28, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, et 23, rue d'Hauteville, Paris.

331

CACHEXIE, RACHITISME, CONSOMPTION.

Vin de Bayard

à la peptone phosphatée

contient moitié de son poids de viande et 0gr,20 de *chlorhydrophosphate de chaux* par cuillerée.

Vin Mariani à la Coca du Pérou

Le plus agréable et le plus efficace des toniques. — Le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'anémie, la chlorose, les mauvaises digestions, etc.

Boulevard Haussmann 41, et principales phies.

55

VIANDE ET QUINA.

Vin Aroud au quina

et aux principes solubles de la VIANDE.

MÉDICAMENT ALIMENT d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toniques et nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — Prix : 5 fr.

Se vend chez J. FERRÉ, pharm., 102, *r. Richelieu*, successeur de AROUD, Paris, *et toutes pharm. de France et de l'étranger.*

75

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE DE TROUETTE-PERRET.

(GARANTIE BŒUF PUR).

Formule. — Poudre de bifteck, 3/5; lactine, 1/5; malt de lentilles, 1/5.

Une cuillerée à bouche de poudre représente exactement 60 grammes de viande.

Nous recommandons spécialement à Messieurs les docteurs notre poudre de viande diastasée.

L'addition de lactine et de poudre de lentilles germées (malt de lentilles) constitue une amélioration dont l'importance n'échappera à personne et qui augmentera de beaucoup l'action du médicament.

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET, 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

19

Poudre de viande de bœuf

DIASTASÉE ET PHOSPHATÉE

De Trouette-Ferret

(GARANTIE BŒUF PUR)

Cette poudre est la même que celle ci-dessus, à laquelle on a ajouté du chlorhydro-phosphate de chaux en proportion telle que le flacon de 250 grammes de poudre de viande contient exactement 5 *gr. de phosphate de chaux gélatineux.*

Vente en gros : Paris, TROUETTE-PERRET. 163 et 165, rue Saint-Antoine, et toutes pharmies.

111

Bronchites, Phtisie, Scrofule, Rachitisme.

Grains créosotés Sabourdy

3 à 5 grains avant chaque repas.

Administration facile. Ni caustiques ni irritants.

Dépôt à Paris, 3, rue de Choiseul, et phies.

Exiger la signature.

74

Epilepsie. Hystérie. Névroses.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

23

Le Thé diurétique de France

est la seule boisson diurétique qui sollicite efficacement la sécrétion urinaire, apaise les douleurs des reins et de la vessie, entraîne le sable, le mucus et les concrétions, et rende aux urines leur limpidité normale. Néphrites, Gravelle, Catarrhe vésical, Affections de la prostate et de l'urètre.

Prix de la boîte : DEUX francs.

VENTE AU DÉTAIL : A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU, et dans toutes les principales pharmacies de France.

VENTE EN GROS : S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

9

Les Dragées Carbonel

AU PERCHLORURE DE FER PUR

Inaltérables, sont dosées à 0,05 de sel sec, représentant quatre gouttes de la liqueur normale à 30°.

Ces dragées sont employées avec le plus grand succès dans le traitement des hémorragies, de l'anémie, de la chlorose et du lymphatisme.

Prix du flacon : QUATRE francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

96

Valérianate Pierlot

D'après l'opinion des professeurs Bouchardat, Gubler, Trousseau, le Valérianate d'ammoniaque de Pierlot est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le VALÉRIANATE DE PIERLOT doit être pris par cuillerée à café matin et soir.

Une instruction accompagne chaque flacon.

15

Récompense de 16,600 fr. à Laroche.

Quina-Laroche phosphaté

Méd. d'or à l'Expos. intern. médic. de Vienne.

Les propriétés des phosphates associées à celles du quinquina, sont remarquables pour *développer l'appétit* et augmenter la *nutrition* du *système osseux et musculaire*, pendant la grossesse des femmes délicates et l'allaitement des enfants.

Paris, 22 et 19, r. Drouot.

79

Décret d'intérêt public, Approb. de l'Acad. de méd.

Royat, eau minérale naturelle

St-MART, Goutte, Rhumatisme, Gravelle.
St-VICTOR (FERRO-ARSENICALE), **Anémie, Chlorose, Voies respiratoires.**
CÉSAR, Dyspepsies, Gastralgies, Flatulences.

MÊMES EFFETS QU'AUX SOURCES.

Caisses de 30 à 50 bouteilles, 20 et 30 francs *franco* gare ROYAT.

Notices et renseignements, 5, rue Drouot, Paris.

19

Pelletiérine de Tanret

Lauréat de l'Institut.

C'est le tænifuge le plus sûr et le plus facile à prendre. Elle ne se délivre que par doses préparées pour adultes et avec le mode d'emploi.

LA PELLETIÉRINE TANRET EST ADOPTÉE PAR LA MARINE ET LES HOPITAUX DE PARIS.

Paris, phie TANRET, 64, rue Basse-du-Rempart.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50.** — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DE LA PITIÉ. I. Fistules inguinales doubles, urinaire et purulente d'origine tuberculeuse. II. Épithélioma de la paupière, récidive cervicale ganglionnaire. — Étude statistique sur le choléra dans les hôpitaux civils de Paris, depuis le début de l'épidémie jusqu'à ce jour. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'élection d'un membre titulaire et le renouvellement du bureau ont rempli toute cette séance. C'est à peine si M. Trélat, qui venait d'être élu vice-président, a pu obtenir quelques instants pour terminer sa communication en l'abrégeant extrêmement.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. VERNEUIL.

I. Fistules inguinales doubles, urinaire et purulente d'origine tuberculeuse. — II. Épithélioma de la paupière, récidive cervicale ganglionnaire.

I. J'ai à vous entretenir aujourd'hui, tout d'abord, d'une maladie qui est une curiosité anatomo-pathologique.

Il s'agit d'un pauvre diable, mince, maigre, émacié, qui sent la tuberculose à distance. Il présente du côté des voies génitales une lésion des plus curieuses que je n'ai, jusqu'à présent, jamais rencontrée : je veux parler d'une fistule urinaire inguinale consécutive à une tuberculose génito-urinaire.

Cet homme n'est malade que depuis trois mois, du moins d'après son dire. Il n'a jamais eu de blennorragie. Par où a commencé sa tuberculose, c'est ce que nous ignorons. Quoi qu'il en soit, depuis trois mois l'un de ses testicules s'est tuméfié, puis un abcès s'est formé dans la région inguinale correspondante, il a percé seul et a été suivi de la formation d'une fistule à son niveau. Presque au même moment un autre abcès s'est formé dans la région inguinale opposée, il a suivi la même marche et s'est terminé également par un trajet fistuleux.

Au premier abord, on aurait pu croire à une adénopathie strumeuse double des plis de l'aine, mais ce diagnostic eût été erroné. Ce n'était pas, en effet, ce que l'on appelle des écrouelles cutanées. Cependant, au premier moment, j'avais cru à toute autre chose qu'à une tuberculose, car lorsque celle-ci s'empare des organes génitaux, on trouve presque toujours du tubercule dans la vésicule séminale, dans l'épididyme, le cordon, etc. J'ai vu plus d'une fois des noyaux du cordon donner naissance à des fistules tuberculeuses, mais ce qui me frappait ici, c'étaient certains symptômes, c'est-à-dire l'issue, par l'orifice fistuleux, d'un liquide d'apparence séreuse, séro-purulente, ressemblant à de l'urine. En examinant de plus près, je constatai que lorsque le malade toussait ou faisait quelque effort, il sortait, en effet, de l'urine par la fistule. Il n'y avait plus de doute, une communication existait entre la région inguinale fistuleuse et la vessie. Mais comme le malade urine encore aussi par le canal, l'obstruction des voies urinaires n'était pas complète.

Comment concevoir, dans ces conditions, qu'une tuberculose génitale ait ainsi perforé les voies urinaires et donné lieu à pareille fistule ? J'ai exploré la prostate par le rectum et l'ai trouvée extraordinairement tuméfiée, présentant des dimensions comme je n'en ai jamais vu. Le doigt, introduit dans le rectum, la rencontre, en effet, à deux ou trois centimètres de la marge de l'anus, affectant la forme d'une masse que l'on pourrait comparer à la tête d'un fœtus que le toucher rencontrerait chez une femme qui va accoucher.

Cette tuméfaction ne correspond pas à un abcès, elle n'en a pas les caractères ; elle est dure, très dure même, et tient, en réalité, à une tuberculose prostatique, tuberculose qui, par conséquent, a très probablement envahi aussi les vésicules séminales. Mais une tuberculose de la prostate peut-elle donner naissance à des fistules urinaires? Parfaitement. Qu'un foyer prostatique vienne à s'ouvrir seulement du côté de la vessie, il donnera lieu à la formation d'une fistule borgne; qu'il s'ouvre, au contraire, en même temps, du côté du périnée, il déterminera une fistule s'ouvrant à l'extérieur; enfin, qu'il s'ouvre, à la fois, dans le rectum et dans la vessie, la prostate se trouvant percée de part en part, vous aurez une fistule vésico-recto-prostatique. Mais ici ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Très probablement cet homme a eu une tuberculose vésicale, de la rétention d'urine et une perforation de la vessie ; un abcès s'est formé consécutivement du côté du pubis pour venir s'ouvrir à l'extérieur dans un point de la région inguinale assez rapproché de la ligne médiane. On sait, du reste, que la vessie peut se rompre en tous ses points, ainsi dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire du petit bassin, et déterminer la mort.

Ici la lésion s'est produite lentement, gagnant peu à peu le pli de l'aine et s'y créant un orifice à l'extérieur. Telle est la marche qui me paraît la plus vraisemblable. Mais je suis plus embarrassé pour expliquer la formation de la seconde fistule, c'est-à-dire celle de la région inguinale droite. Celle-ci, cependant, ne laisse pas passer l'urine et paraît être simplement purulente.

II. Il est entré aussi dans nos salles un autre pauvre diable, également incurable et intéressant. C'est un garçon dans la force de l'âge, robuste, qui m'a été envoyé par M. le professeur Fournier pour une grosse tumeur du cou, présentant deux ulcérations. Cette tumeur, extrêmement dure et située au niveau de l'angle de la mâchoire, est formée par des ganglions tuméfiés.

Cet homme a eu primitivement un épithélioma de la paupière inférieure qui a été enlevé. La plaie a été restaurée par une blépharoplastie des mieux opérées, — j'ignore par qui, — et des plus belles, à tel point qu'au premier abord je ne me suis pas aperçu qu'on lui avait fait une paupière nouvelle. Cette opération a été pratiquée il y a neuf mois, les résultats ont été excellents, le mal n'a pas récidivé, mais au bout d'un temps, relativement très court, les ganglions du cou se sont pris. Il est probable que le chirurgien qui a fait une aussi belle opération avait suffisamment bien examiné son malade et n'avait trouvé à l'époque aucun engorgement ganglionnaire ; ou plutôt que ces ganglions n'étaient pas alors appréciables, qu'ils étaient à l'état latent et qu'ils se sont développés depuis cette époque. En somme, c'est dans l'espace de quatre mois que la tuméfaction de l'angle de la mâchoire s'est produite, qu'elle s'est ulcérée et qu'elle est devenue, aujourd'hui, grosse comme le poing, devant avoir prochainement une issue fatale. De plus, nous devons ajouter qu'au moment où l'état ganglionnaire a commencé à devenir apparent, ces ganglions ont reçu, d'une contusion, comme une sorte de coup de fouet, qui leur a fait acquérir rapidement le volume qu'ils présentent actuellement.

Le malade souffre horriblement et nous ne pouvons rien lui faire chirurgicalement. Certainement, on pourrait toujours arriver à cerner la tumeur, l'enlever, arriver sur la mâchoire et la réséquer, arriver sur le bouquet carotidien, le dénuder, le ligaturer et le couper. Comme procédé opératoire, tout cela est possible. Mais il ne s'agit pas seulement d'envisager l'opération en tant que manuel opératoire, que procédé à employer, il faut encore et surtout se demander quel sera le résultat d'un pareil délabrement. Eh bien, dans le cas présent, comme dans tout cas analogue, le résultat peut être considéré comme devant être nul, comme d'aucun bénéfice pour le pauvre malade, car, quoi que nous fassions, avec une pareille lésion, précédée déjà, il y a neuf mois, d'un état semblable, nous serions forcés de laisser une partie du mal en plan et fatalement nous aurions une récidive prochaine.

Nous avons donc, dans des cas semblables, les mains absolument liées; tout ce que nous pouvons et devons faire, c'est de rendre au malade les derniers moments le moins douloureux possible, par les narcotiques et par les injections hypodermiques.

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX CIVILS DE PARIS, DEPUIS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE JUSQU'A CE JOUR (1).

Par M. Émile Rivière.

V

Depuis la dernière communication que nous avons eu l'honneur de faire à l'Académie, le 1er décembre, l'épidémie cholérique a marché de plus en plus vers sa disparition complète, à tel point que les entrées dans les hôpitaux de Paris se réduisent à une ou deux seulement par vingt-quatre heures, et que même certain jour, comme le 15 décembre, il n'y a eu ni entrées ni cas intérieur dans les hôpitaux. Néanmoins elle a présenté, depuis le commencement du mois, quelques faits particuliers que nous demandons à l'Académie la permission de lui soumettre le plus brièvement possible. Nous désirons aussi exposer devant elle le résultat de l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés touchant les faits qui se sont passés dans l'asile des vieillards de l'avenue de Breteuil, nº 62.

Mais tout d'abord voici les chiffres relatifs aux hôpitaux et hospices civils de Paris, que nous avons relevés dans les bureaux de l'administration de l'Assistance publique, comme nous l'avions fait pour nos deux précédentes communications (1).

Pendant les dix-neuf premiers jours du mois de décembre, c'est-à-dire jusqu'au 19 à minuit, le nombre des cholériques venus de l'extérieur dans les hôpitaux civils de Paris a été de 32, dont 18 du sexe masculin et 14 du sexe féminin. Le nombre des cas déclarés dans l'intérieur de ces établissements pendant cette même période a été seulement de 3, dont 2 hommes : l'un à l'hôpital Saint-Antoine, l'autre à l'hôpital Cochin, et 1 femme. Cette dernière était attachée en qualité d'infirmière à l'hôpital des Mariniers où elle a contracté le choléra. Chez elle, nous nous empressons de le dire, la maladie a été d'une assez grande bénignité; le septième jour, elle était considérée comme guérie.

Le nombre total des cas de choléra, traités dans les hôpitaux civils du 1er au 19 décembre inclusivement, a donc été de 35, soit 20 du sexe masculin et 15 du sexe féminin, dont 2 ont été renvoyés le jour même dans un autre service comme étant atteints de toute autre affection que du choléra. Il y a donc eu en réalité 33 cas de choléra traités en 19 jours.

Pendant cette même période, le chiffre des décès a été de 19, dont 9 du sexe masculin et 10 du sexe féminin. Un certain nombre d'entre eux se rapportent comme précédemment à des malades admis à l'hôpital antérieurement au 1er décembre.

Enfin les sorties de malades guéris ont été considérables : 104, dont 64 du sexe masculin et 40 du sexe féminin ; de sorte que le 20 décembre 1884, au matin, il ne restait plus en traitement dans les divers hôpitaux et hospices civils de Paris que 9 cholériques, soit 5 du sexe masculin et 4 du sexe féminin au lieu de 99 le 30 novembre à minuit. Ces 9 cholériques se répartissent dans les 4 hôpitaux dont les noms suivent : Saint-Antoine, 1; Tenon, 3; Mariniers, 1; et Saint Louis, 4. Tous les autres services hospitaliers de la capitale qui avaient été spécialement réservés aux malades atteints du choléra sont actuellement tout à fait évacués.

Au point de vue de l'âge, les 33 derniers cas observés depuis le 1er décembre se rapportent surtout à des individus hommes et femmes, de vingt-six à quarante-cinq ans, 17 (11 hommes et 6 femmes). Les sujets au-dessous de quinze ans ont été au nombre de 7, soit 5 filles et 2 garçons. Le plus jeune (une petite fille) avait quatre ans. Tandis que de seize à vingt-cinq ans nous ne comptons que 3 cas : 2 hommes et 1 femme. Enfin, au-dessus de cinquante ans, nous ne trouvons que 6 individus (4 hommes et 2 femmes). Le

(1) Communiqué à l'Académie des sciences dans la séance du 22 décembre 1883.

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux* du 4 décembre 1884.

plus âgé d'entre eux, un homme, avait soixante-deux ans.

Comme professions, ce sont toujours les journaliers et les journalières au nombre de 9 et les domestiques des deux sexes au nombre de 4, qui sont en première ligne.

Enfin les divers arrondissements de Paris ont envoyé 23 cholériques sur 33 admis dans les hôpitaux civils de Paris (le XIe, à lui seul, en a envoyé 5); les 10 autres venaient de la banlieue.

Ici nous trouvons un fait particulier, c'est que la plupart des malades (7 sur 11) entrés dans les hôpitaux du 10 au 16 de ce mois proviennent de la commune d'Aubervilliers qui avait été déjà atteinte du choléra aux mois de septembre et d'octobre dernier. Quatre d'entre eux demeuraient dans le passage Saint-Nicolas et dans la même maison, le n° 19, où il semble qu'il existait en ce moment un nouveau foyer. Tous quatre appartiennent à la même famille. Ce sont : une femme veuve de trente-trois ans, journalière, une jeune fille de dix-sept ans, journalière également, et deux enfants, l'un de neuf et l'autre de dix ans. Tous quatre sont entrés à l'hôpital du 13 au 16 de ce mois. La femme seule, jusqu'à présent, a succombé; elle est morte le 17 décembre.

Les trois autres cholériques de la banlieue viennent de Saint-Ouen, de Boulogne-sur-Seine et d'Asnières.

Quant au personnel des hôpitaux de Paris, depuis le jour du début de l'épidémie jusqu'aujourd'hui, il n'a été en réalité que très peu atteint, malgré le dévouement dont il a fait preuve. Tout d'abord nous sommes heureux de constater qu'aucun médecin, aucun interne ou externe en médecine des hôpitaux, aucun pharmacien ou interne en pharmacie n'a été frappé par le fléau. D'autre part, nous ne comptons aussi que 20 cas seulement de choléra parmi ce personnel. Le fléau n'a fait, très heureusement aussi, qu'un très petit nombre de victimes : 6 morts sur 20 cas, soit une mortalité cholérique de 30 p. 100, tandis que la proportion des décès pour tous les autres cholériques traités dans les hôpitaux est jusqu'à ce jour de 54,579 p. 100.

Cette bénignité relative nous paraît tenir tout d'abord à ce fait que ces 20 malades appartenant au personnel hospitalier ont, pour la plupart, été soignés dès les premiers symptômes du mal, en raison même de leur présence habituelle à l'hôpital. C'est ainsi, selon toutes probabilités, que pour beaucoup d'entre eux la maladie a pu être enrayée dès le début, avant d'avoir acquis une certaine intensité. C'est ainsi que nos documents nous montrent que plusieurs, parmi ces cholériques, étaient guéris définitivement dès le septième ou le huitième jour. Cette bénignité relative du mal doit tenir encore, bien certainement, aux meilleures conditions d'hygiène dans lesquelles se trouvent les employés, sous-employés et serviteurs des hôpitaux, comparés à la plupart des malades qui sont venus se faire traiter à l'hôpital.

Ces 20 malades se divisent en 7 hommes et 13 femmes. On compte parmi eux : 1 religieuse, 14 infirmiers des deux sexes, 1 buandière, 2 cuisiniers, 1 nourrice sédentaire et 1 homme de service.

En résumé, depuis le commencement de l'épidémie parisienne, c'est-à-dire depuis le 4 novembre jusqu'au 19 décembre 1884 inclusivement, le nombre des cholériques traités dans les hôpitaux civils de Paris s'élève à 1070, celui des décès à 584 (ou 54,579 p. 100), et le chiffre des guérisons définitives à 471 ; 9 malades restent en traitement à l'heure actuelle.

D'autre part, nous tenons de M. le docteur Rueff, l'un des médecins de l'hôpital Rothschild, que, depuis le 22 novembre dernier, aucun nouveau cholérique n'a été amené dans cet établissement, dont nous avons parlé dans notre dernière communication. Sur les 8 cholériques qui y ont été traités du 9 au 22 novembre, 2 seulement ont succombé, soit une mortalité proportionnelle de 25 p. 100. Les 6 autres malades sont complètement guéris. Le dernier d'entre eux a quitté l'hôpital le 5 décembre.

Nous croyons intéressant de rapporter ici la note suivante relative au premier cas de choléra observé dans Paris le 3 novembre dernier et qui caractérise le début de l'épidémie de 1884.

Cette note a été rédigée par M. le docteur Soudée, appelé à donner des soins à ce premier cholérique et nous a été communiquée par M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

Lundi 3 novembre courant, à dix heures du soir, j'ai été appelé à visiter, dans le passage Saint-Pierre, rue Saint-Antoine, un employé d'un lavoir public, y travaillant depuis dix-huit mois et demeurant rue Mouffetard.

A mon arrivée, cet homme, qui avait été recueilli par un de ses amis, était couché, en proie à de vives douleurs.

Dans la journée, il n'avait pris presque aucune nourriture, à ce que racontent sa femme et ses amis. Mais, depuis quelque temps, outre des habitudes alcooliques, il buvait d'assez grandes quantités d'eau tous les jours.

Vers six heures du soir, il fut pris de violentes coliques, et à mon arrivée, à dix heures du soir, il avait déjà eu huit garde-robes, absolument liquides comme de l'eau, et des vomissements aqueux très fréquents; mais je n'ai pas vu de selles riziformes.

Il se plaignait beaucoup de crampes dans tous les membres, mais principalement dans les mollets. Il n'urinait presque pas, et la voix était très affaiblie. Le refroidissement était extrême dans toutes les extrémités; la soif, vive et ardente; le pouls petit et le visage très altéré.

C'est au milieu de tous ces symptômes toujours croissants que cet homme a succombé vers minuit, malgré le traitement institué : 1° potion alcoolique et laudanisée; 2° thé punché; 3° frictions stimulantes générales sur tout le corps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre 1884. — Présidence de M. Alph. Guérin.

CORRESPONDANCE

M. le ministre de l'instruction publique transmet ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Charpentier comme membre titulaire dans la section d'accouchements.

La correspondance manuscrite comprend en outre :

1° Un mémoire sur *la dysenterie à Vesoul en 1884*, par M. le docteur Rullier;

2° Une note intitulée : *Du cow-pox, essai de culture animale à Vienne*, par M. le docteur Brottet;

4° Un mémoire sur *l'action antithermique de l'antipyrine sur la tuberculose*, par M. le docteur Niepce.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

La liste de présentation comprend :

En première ligne, M. Schutzemberger; en deuxième, M. Javal; en troisième, M. Riban; en quatrième, M. Hardy; en cinquième

ex æquo, MM. Henriot et Pouchet; ajouté par l'Académie à la liste de présentation, M. Albert Robin.

Le nombre des votants étant de 77, majorité 39,

M. Schutzemberger a obtenu. . .	59	suffrages.
M. Albert Robin.	8	—
M. Javal.	5	—
M. Hardy.	4	—

En conséquence, M. Schutzemberger, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre titulaire dans la section de physique et de chimie.

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un vice-président pour l'année 1885.

Le nombre des votants étant de 77, majorité 39,

M. Trélat obtient	68	suffrages.
M. Verneuil.	3	—
M. J. Guérin	2	—
M. Rochard.	1	—
Bulletins blancs.	3	—

En conséquence, M. Trélat, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé vice-président pour l'année 1885.

M. Proust est maintenu par acclamation dans ses fonctions de secrétaire annuel.

M. Caventou est également maintenu par acclamation dans ses fonctions de trésorier.

MM. Rochard et Villemin sont élus membres du conseil.

COMMUNICATION

Sur la valeur des opérations plastiques dans la région du palais et sur la détermination de l'âge auquel il convient d'opérer. — M. TRÉLAT commence par tracer l'historique de cette question, qui comprend plusieurs phases.

Quand Roux eut inventé la staphylorraphie vers la fin de sa carrière, on fixa d'abord à quatorze ans la limite inférieure de l'âge auquel il convenait d'opérer. Plus tard, alors qu'on eut commencé à pratiquer l'anesthésie, on abaissa successivement cet âge à douze, à sept, à quatre, à deux ans, à quelques mois, enfin à quelques jours. Puis, sous l'influence de Maisonneuve, Larrey et surtout Nélaton, la chirurgie céda la place à la prothèse.

M. Trélat a étudié parallèlement les avantages de l'opération et de la prothèse.

Il pense que cette dernière doit être réservée pour les cas où il s'agit de fissures très larges avec des matériaux de réparations insuffisants. Les enfants tolèrent très mal les appareils qui, d'ailleurs, ont besoin de réparations fréquentes et qui, somme toute, ne donnent jamais des résultats supérieurs à ceux qu'on peut obtenir de l'opération, quand elle est possible.

M. Trélat a dû pratiquer celle-ci quatre fois chez des individus qui, porteurs d'appareils prothétiques, venaient le supplier de les en délivrer.

Cette opération ne peut amener la mort que chez les très jeunes sujets, et quand elle réussit chez eux, elle ne donne pas de succès immédiats au point de vue de la parole. Les changements sont si peu marqués dans la phonétique de la plupart de ces jeunes opérés, que c'est là ce qui explique surtout l'engouement qu'on eut quelque temps pour la prothèse.

Par l'étude approfondie d'un grand nombre de faits, M. Trélat a été conduit à formuler les trois propositions suivantes :

1° On voit des individus, pourvus de palais défectueux, arriver à acquérir une parole parfaitement intelligible.

2° Quand on opère les divisions de la voûte palatine chez des enfants de trois ou quatre ans, on peut réussir, on réussit généralement l'opération; mais on est désarmé par l'éducation phonétique du sujet.

3° Si on opère des individus éduqués avant l'opération, appartenant aux classes élevées de la société, on les voit arriver à une restitution phonétique plus ou moins parfaite.

Chacune de ces propositions est appuyée sur des observations personnelles rapportées dans le travail de M. Trélat.

Si donc l'éducation joue un rôle capital dans les résultats à obtenir, si cette éducation demande de la part de l'individu qui la reçoit un développement intellectuel et une attention soutenue dont sont incapables les enfants trop jeunes, si c'est chez ceux-ci que l'opération présente les plus grands dangers, la conclusion s'impose d'elle-même : mieux vaut attendre et, en attendant, se préoccuper particulièrement de rendre l'articulation des mots aussi distincte que possible.

A ce point de vue, M. Trélat divise les syllabes en trois classes, selon qu'elles sont faciles, difficiles ou impossibles à prononcer pour ceux qui ont le palais divisé.

Le *k*, le *g* dur et toutes les syllabes dans lesquelles entrent ces consonnes sont impossibles à bien prononcer. Le *p*, le *t*, le *d*, sont seulement difficiles et plusieurs des sujets observés par M. Trélat sont parvenus à les articuler très bien malgré une perte de substance assez notable de la voûte palatine. Pour les autres lettres, la difficulté est très facilement vaincue par une éducation convenable. Il faut surtout faire perdre l'habitude des cris rauques et des mouvements associés, parfois extrêmement étendus, qui accompagnent l'émission de la voix chez la plupart des enfants non ou mal éduqués.

M. Trélat cite l'exemple d'enfants qui, par suite des soins que leurs parents avaient pris d'eux dès la première enfance, étaient arrivés à parler presque distinctement avant l'opération, et après, parvinrent en quelques mois à rectifier ce que leur prononciation pouvait avoir encore d'incorrect.

La conclusion finale de M. Trélat, c'est qu'il y a des dangers, sans aucun avantage, à opérer les malformations staphyliennes ou palatines congénitales avant la septième année (sans vouloir donner à ce chiffre un sens absolument rigoureux); c'est que l'opération est d'autant mieux supportée et plus sûre que l'âge est plus avancé ; c'est enfin que l'éducation depuis la naissance jusqu'à l'opération, et l'éducation après l'opération, assurent à celle-ci le succès par rapport à son véritable but, c'est-à-dire le rétablissement des fonctions du langage.

L'opération ne présente aucune chance de mort si les conditions d'âge, de santé générale et d'étendue de la division sont bien observées. Les succès sont au moins de 19 pour 100. Les sujets doivent être placés dans la position horizontale, la tête renversée sur le bord du lit, de manière que le sang tombe dans les fosses nasales (et non dans l'œsophage) et qu'il puisse y être épongé. L'anesthésie doit être totale : la bouche, maintenue largement ouverte par un bâillon qui écarte les dents de chaque côté et abaisse la langue. La durée totale ne doit pas dépasser trente ou quarante minutes. La suture étant solide et les parties affrontées bien souples, les malades sont nourris dès le soir de l'opération, à l'aide d'aliments exclusivement liquides.

Dans les cas favorables, la réunion peut être effectuée en quatre ou cinq jours. Jamais M. Trélat ne laisse les points de suture en place au delà du sixième jour. Mais il faut encore continuer l'usage des aliments liquides pendant une semaine. Puis la guérison peut être considérée comme complète.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 décembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Taille hypogastrique. — M. PÉRIER fait un rapport sur deux communications, l'une de M. Houzel, et l'autre de M. Delannoy, relatives à deux nouveaux cas de taille hypogastrique.

Dans le fait de M. Houzel, il s'agissait d'un charretier qui, depuis quatre ans, éprouvait de vives douleurs au niveau de la vessie. On reconnut l'existence d'un calcul de plus de 4 centimètres de diamètre. Il y avait une intolérance extrême de la vessie. Les urines contenaient 65 grammes d'acide urique. M. Houzel pratiqua la

taille hypogastrique en se servant du ballon de Petersen. Le malade est mort d'urémie après une guérison apparente. Il n'y eut pas d'autopsie. Il y avait une lésion rénale déjà très avancée avant l'opération.

Le second fait, celui de M. Delannoy, se rapporte à un garçon de vingt-cinq ans, chétif, souffrant depuis deux ans et portant dans la vessie un calcul volumineux. Il pratiqua la taille hypogastrique, en se servant également du ballon. Il injecta, auparavant, très lentement, 200 grammes d'eau boriquée dans la vessie, puis 400 grammes dans le ballon. En faisant l'incision, il s'aperçut de la présence d'eau boriquée dans le tissu cellulaire sous-cutané, ce qui prouvait qu'il y avait eu rupture de la vessie à un point quelconque. Il incisa la vessie sur une étendue de 7 à 8 centimètres environ. Il put alors extraire un calcul phosphaté du poids de 25 grammes, de 5 centimètres de diamètre. Le malade rendit des urines d'abord purulentes, puis sanguinolentes pendant plusieurs jours. Le tube ayant été retiré, le sang cessa de couler et disparut complètement dans les urines. Le malade a bien guéri.

M. le rapporteur regrette que cette observation ne relate pas plus de détails surtout sur la rupture de la vessie. Quoi qu'il en soit, elle prouve l'innocuité de l'infiltration dans le tissu cellulaire sous-cutané d'un liquide antiseptique non irritant.

M. TILLAUX dit que la taille hypogastrique étant encore à l'étude, on n'est pas bien fixé sur la longueur à donner à l'incision vésicale ; mais il est frappé des dimensions (7 à 8 centimètres) de l'incision faite par M. Delannoy. Il craint qu'il y ait là une erreur d'observation.

M. Tillaux a pratiqué il y a quinze jours la taille hypogastrique sur un enfant de quinze ans, chez lequel une coxalgie avec ankylose rendait impossible la taille périnéale. Cet enfant a bien guéri, mais M. Tillaux fut frappé de la difficulté relative de la taille hypogastrique chez l'enfant, difficulté qui lui a paru beaucoup plus grande que chez l'adulte. Il y aurait donc lieu, selon lui, de préférer, chez l'enfant, d'une façon générale, la taille périnéale à la taille hypogastrique.

M. MONOD a assisté récemment M. de Saint-Germain pour une taille hypogastrique chez un enfant ; il a lui-même pratiqué cette opération sur un enfant, il y a peu de temps. Ces deux malades ont bien guéri. Mais M. Monod s'associe aux réserves formulées par M. Tillaux, relativement aux difficultés de la taille hypogastrique chez l'enfant.

M. LE DENTU se rappelle avoir vu en 1879 un travail d'un chirurgien hollandais, dans lequel étaient relatées un grand nombre d'observations de taille hypogastrique chez l'enfant. En général, les résultats obtenus étaient des plus satisfaisants. Toutefois M. Le Dentu s'associe aux réserves formulées par M. Tillaux et aurait, comme lui, de la tendance à préférer la taille périnéale.

M. TILLAUX dit que l'un des grands avantages de la taille hypogastrique sur la taille périnéale, chez l'adulte, est précisément l'absence de difficultés, ainsi que l'absence d'hémorragies. Or cette grande facilité n'existe plus chez l'enfant ; ce serait, au contraire, chez lui, la taille périnéale qui semblerait plus facile.

Élongation des nerfs. — M. CHAUVEL fait un rapport sur une communication de M. Poulet (du Val-de-Grâce), relative à un cas d'élongation des nerfs du plexus brachial chez un malade atteint d'épilepsie spinale consécutive à une lésion traumatique du membre supérieur (voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1173).

Tout en félicitant M. Poulet du résultat heureux qu'il a obtenu, M. Chauvel fait des réserves sur l'indication de cette opération dans les cas de ce genre. On sait, dit-il, qu'on n'a pas toujours des succès. En outre, il est un point qui n'a pas été encore bien déterminé, c'est la force de traction que l'on doit exactement employer sur les gros nerfs, jusqu'à quelle limite doit ou peut être portée l'extension, etc.....

M. BERGER dit que s'il est intéressant de faire connaître les succès obtenus par l'élongation des nerfs, il y aurait aussi un grand intérêt à publier les insuccès et les revers. C'est pourquoi il veut communiquer un cas qui a donné lieu à une terminaison fatale. Il s'agit d'un vieillard de l'hospice de Bicêtre, atteint d'une hémiplégie déjà ancienne, et qui fut pris de convulsions épileptoïdes du membre inférieur. M. Joffroy ayant pensé qu'une élongation du sciatique pouvait, dans ce cas, donner de bons résultats, M. Berger fut prié de pratiquer cette opération. Il découvrit le nerf sciatique du côté gauche au-dessous du grand fessier et fit sur lui, avec les doigts, une élongation assez énergique ; il estime à 8 ou 9 kilogrammes la force des tractions qu'il exerça. La plaie fut fermée, drainée et pansée avec toutes les précautions antiseptiques. Le lendemain matin, le malade était dans un état très grave ; la température était très élevée ; au niveau de la plaie existait un phlegmon avec une infiltration gazeuse, assez semblable au premier stade de la gangrène foudroyante ; le soir, le malade était dans le coma et il succomba quarante-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouva un phlegmon diffus avec infiltration de gaz, des foyers de suppuration isolés les uns des autres, remontant le long du nerf sciatique, enfin une méningo-myélite suppurée. En présence de faits semblables, M. Berger pense qu'il y a lieu de se montrer très réservé sur l'application de cette opération, surtout au traitement de phénomènes spinaux. D'ailleurs, dans les cas où M. Berger a pratiqué l'élongation des nerfs, il s'est heurté à des insuccès consécutifs et n'a jamais obtenu qu'une amélioration passagère. Aussi n'est-il pas tenté de recommencer à pratiquer souvent cette opération.

M. VERNEUIL pense que chaque fois qu'il s'agit d'une opération sur le chantier, pour ainsi dire, il y a un grand intérêt à faire connaître les revers et à fixer la gravité de cette opération. Ce que vient de dire M. Chauvel sur la difficulté de déterminer exactement la force de traction qu'il faut dépenser, ce qu'a dit M. Berger sur ces foyers de suppuration remontant le long du nerf sciatique prouvent combien peuvent être dangereuses ces tractions. Aussi M. Verneuil préfère-t-il ce qu'il a appelé la neurotripsie à l'élongation proprement dite, et il recommande son procédé qui consiste à sectionner dans sa longueur le nerf chargé sur la crête d'une sonde cannelée.

M. LE DENTU a fait la résection du nerf lingual seul pour un tic douloureux de la face généralisé à toutes les branches du trijumeau. La résection du lingual seul a suffi pour guérir la névralgie de toutes les autres branches. Cette guérison a duré trois mois. Puis, au bout de ce temps, les douleurs sont revenues au niveau des autres branches du trijumeau. M. Le Dentu a fait alors l'élongation du nerf sous-orbitaire. Il a encore obtenu une grande amélioration mais qui n'a été que passagère. Cette malade est aujourd'hui dans le service de M. Périer.

M. Le Dentu cite deux autres cas qu'il a opérés : l'un, d'élongation du nerf sous-orbitaire avec un résultat, un insuccès complet ; l'autre, d'élongation du même nerf, avec un plein succès. Dans ce dernier cas, la guérison se maintient depuis trois ans. Enfin M. Le Dentu cite un cas de résection du nerf auriculo-temporal pour un tic très douloureux. Le résultat a été d'abord très satisfaisant, puis la récidive est venue après dix-huit mois. Depuis, le malade a succombé à une affection cardiaque.

M. PÉRIER ajoute quelques renseignements sur la malade dont a parlé M. Le Dentu et qui se trouve actuellement dans son service. M. Le Dentu a déjà guéri deux fois cette malade ; M. Périer l'a également guérie deux fois, une première fois avec de la teinture de colchique, une seconde fois avec l'ignipuncture filiforme. Chaque fois le mal est revenu. Maintenant il essaie de la guérir avec le chlorure de méthyle.

M. POZZI a fait des recherches sur les résultats tardifs des résections nerveuses comparés à ceux de l'élongation. La comparaison semble en faveur de la résection. Dans un cas, M. Pozzi a réséqué 1 centimètre du nerf sous-orbitaire ; la douleur apparut juste un an après l'opération. Il pratique celle-ci une seconde fois, trouve le nerf entièrement reconstitué, en résèque de nouveau 1 centimètre ; nouvelle guérison. M. Pozzi cite aussi l'exemple d'un médecin atteint d'un épithélioma de la face donnant lieu à des douleurs tellement atroces qu'il se décida à lui réséquer le nerf sous-orbitaire. Ce médecin a été depuis guéri de ses douleurs. Il peut y

avoir, dans les cas de ce genre, une indication spéciale de la résection ou de l'élongation nerveuse.

M. MONOD a réuni un certain nombre de cas de résection du nerf dentaire; un seul a réussi, c'est celui de M. Marc Sée.

M. SÉE rappelle que sa malade est restée guérie pendant dix-huit mois; puis les douleurs sont revenues. Il a alors ouvert le canal dentaire et l'a cautérisé très profondément avec le thermo-cautère. Depuis, ce malade va bien.

M. TILLAUX rappelle avoir opéré une malade de Lisieux qui est restée complètement guérie depuis huit ans.

M. TERRILLON cite un cas dans lequel la guérison s'est maintenue pendant trois ans.

M. CHAUVEL fait observer que la discussion a dévié de son point de départ. Il voulait appeler surtout l'attention sur les dangers de l'opération en elle-même, sur son application aux gros nerfs, enfin sur les indications ou les contre-indications pour couper les troubles de la motilité.

M. Tillaux a fait trois élongations sur de gros nerfs, le sciatique, le cubital et le médian. Deux de ces malades, atteints de tétanos, sont morts; le troisième a survécu et n'a pas eu d'accidents sérieux.

Cure d'une hernie. — M. BOUILLY présente un homme de cinquante ans qui était atteint d'une hernie inguino-scrotale double, extrêmement volumineuse et incoercible.

Cette tumeur pendait entre les cuisses jusqu'à 25 centimètres au-dessous du pubis. On avait, en fait de bandages, tout essayé sans succès. Cet homme ne pouvait se livrer à aucun travail. M. Bouilly résolut de tenter une opération permettant de mettre cette hernie dans des conditions possibles de contention. Il ouvrit la hernie du côté droit, qui était le plus volumineux, fit l'ouverture du sac, réduisit facilement l'intestin, fit une suture en bourse du côté du sac, réséqua une certaine partie de ce dernier. Il fit la même opération du côté gauche, et dès lors les conditions obtenues étaient telles que le voulait M. Bouilly, c'est-à-dire que la hernie pût être maintenue en place par un bon bandage.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — A l'occasion des fêtes du nouvel an, la Faculté sera fermée les 1er, 2, 3 et 4 janvier 1885.

— Le concours pour la nomination aux places d'élèves internes en médecine des hôpitaux de Paris s'est terminé le 22 décembre. Ont été nommés :

1° *Internes titulaires :* MM. Albarran, Guinon, Dutil, Sebileau, Lefèvre, Roulland, Méry, Delbet, Dubarry, Besançon, Leriche, Jaille, Lesage, Wurtz, Lyot, Chartier, Leudet, Crivelli, Demars, Plicque, Bouygues, Klippel, Baudouin, Rieffel, Lavaux, Detaine, Moulonguet, Vaquez, Widal, Récamier, Valat, Roland, Dumaret, Gillet, Huet, Pichevin, Potherat, Bureau, Graverry, Vilcocq, Pozzi, Regnier, Valette, Laffitte, Courbarien, Martha, Hillemand et Bonnet.

2° *Internes provisoires :* MM. Mantel, Parmentier, Mullot, Dupré, Franc, Springer, Grandhomme, Cazals, Jacquinot, Nicolle, Rollin, Charier, Gibotteau, Conzette, Jonnesco, Hautecœur, Cabot, Coffin, Dusseaud, Prioleau, Reboul, Gautier, Thouvenet, Deroche, Pinel-Maisonneuve, Pallier, Drouet, Chevalier, Alexandre, Maurin, Dieudonné, Chavane, Despaigne, Dortel, Luzet, Leguen, Wickham, Michel, Bezançon, Jondeau, Vignalon, Thierry, Témoin, Ardouin, Morel et Iscovescou.

— La séance de distribution des prix aux élèves internes et externes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, qui ont concouru en 1884, aura lieu le samedi 27 décembre 1884, à deux heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3. Dans cette même séance aura lieu la proclamation des noms des élèves internes et des élèves externes nommés à la suite des concours de 1884 pour entrer en fonctions le 1er janvier 1885.

MM. les élèves devront se présenter au secrétariat de l'administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées à MM. les élèves externes de deuxième et de troisième année, le samedi 27 décembre, à trois heures; aux externes de première année, première moitié de la liste, le lundi 29 décembre, à dix heures et demie du matin; deuxième moitié de la liste, le même jour, à deux heures et demie.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner le prix Lacaze, d'une valeur de 10,000 francs, à M. le docteur Debove pour ses recherches sur la tuberculose parasitaire.

— Par décret, en date du 24 décembre 1884, M. Mondel, aide-médecin de la marine, démissionnaire, a été nommé au grade d'aide-médecin dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 24 décembre 1884, M. Friedel, professeur de minéralogie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur de chimie organique à ladite Faculté.

— Par décision ministérielle, en date du 19 décembre 1884 :

M. Védrènes, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, a été désigné pour remplir les mêmes fonctions au 18e corps d'armée.

M. Levié, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 18e corps d'armée, a été désigné pour remplir les mêmes fonctions au 15e corps d'armée.

M. Paulet, médecin inspecteur, disponible, a été désigné pour remplir les fonctions de directeur du service de santé du 19e corps d'armée. M. Paulet sera, en même temps, chargé de la direction du service de santé de la division d'Alger.

M. Dujardin-Beaumetz, médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé de la division d'Alger, a été désigné pour occuper les mêmes fonctions au 12e corps d'armée.

— Par décision ministérielle, en date du 24 décembre 1884, sont désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Mestrude, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Bedel, pour l'hôpital de Toulouse; Auban, pour le 5e cuirassiers; Lauza, pour le dépôt du 68e d'infanterie; Soulié, pour le 4e tirailleurs algériens; Bernard, pour le 2e régiment étranger; Troché, pour le 2e hussards.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de notre excellent confrère M. le docteur Kresz (de Paris) et de M. le docteur Carre (de Montbard).

— Le ministère de la marine informe les étudiants en médecine et en pharmacie que plusieurs emplois de médecins et pharmaciens auxiliaires sont actuellement disponibles en Cochinchine, à Formose, à la Réunion et au Sénégal.

— MM. Bar et Auvard recommenceront leur cours complet d'accouchements en 42 leçons, le lundi 5 janvier 1885. Le cours a lieu tous les jours à quatre heures et demie, 5, rue du Pont-de-Lodi. MM. les étudiants seront exercés aux manœuvres obstétricales. Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser soit à M. le docteur Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le docteur Auvard, 21, rue de Lille, les lundis, mercredis et vendredis à une heure et demie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17175.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : VINGT centimes.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE. — Hospice de la Salpêtrière. Les maladies de la mémoire. Troubles morbides multiples; conditions pathogéniques et étiologiques; valeur diagnostique et pronostique. — Étude statistique sur le choléra dans les hôpitaux civils de Paris, depuis le début de l'épidémie jusqu'à ce jour. — Société médicale des Hôpitaux. — Thèses. — Nouvelles.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. Legrand du Saulle.

Les maladies de la mémoire (1).

TROUBLES MORBIDES MULTIPLES; CONDITIONS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES; VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE.

V

J'arrive à la mémoire ou plutôt aux mémoires visuelles. Comme les impressions auditives, les impressions qui arrivent au cerveau par les yeux, y marquent leur passage et s'y fixent avec plus ou moins de ténacité. Ainsi naît le souvenir de la forme des objets, celui de leur relief, de leur coloration; ainsi se constitue à un degré plus élevé le souvenir des personnes, c'est-à-dire des individualités. La lecture ou la faculté d'interpréter les mots écrits est aussi sous la dépendance de la mémoire visuelle. Vous savez que cette faculté peut disparaître. C'est ce qui constitue la *cécité verbale*, dont je vous ai déjà entretenu. Mais la cécité verbale n'est pas la seule forme d'amnésie partielle se rattachant au souvenir des impressions visuelles. On a cité des cas, dans lesquels les malades presque tous atteints de ramollissement cérébral, ne reconnaissaient plus les personnes; tel ce malade du docteur Pelman, qui ne reconnaissait pas son médecin, ou ce vieillard dont parle Louyer-Villermay, qui, étant avec sa femme, s'imaginait être chez une dame à laquelle il consacrait autrefois toutes ses soirées, et lui répétait constamment : « Madame, je ne puis rester plus longtemps; il faut que je revienne auprès de ma femme et de mes enfants. » Mais ici l'amnésie se combine presque toujours avec un certain degré de démence.

Il n'en est plus de même dans certains faits dont il me reste à vous parler et dans lesquels l'amnésie s'est montrée aussi nettement partielle que possible. Je fais allusion aux cas de cécité psychique (je ne dis plus *cécité verbale*).

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 décembre 1884.

Vous trouverez dans une thèse fort intéressante, qui a été soutenue cette année même devant la Faculté de Paris, plusieurs cas de cet ordre fort instructifs (1). Je vous en rapporterai un seulement, qui est typique entre tous, et qui a été observé par M. Charcot et publié par M. Bernard (2).

Il s'agit d'un homme fort instruit, connaissant parfaitement plusieurs langues, et qui, il y a deux ans (en 1882), jouissait encore d'une mémoire très remarquable. Comme celle de son père et de son fils, c'était surtout une mémoire *visuelle*. La *vision mentale* lui donnait au premier appel la représentation des traits des personnes, la forme et la couleur des choses avec autant de netteté, assure-t-il, et d'intensité que la réalité même. La mémoire *auditive* a constamment fait défaut à M. X,.. ou tout au moins elle n'a jamais paru chez lui qu'au second plan. Il n'a jamais eu entre autres aucun goût pour la musique.

Or, à la suite de préoccupations morales, un profond changement se produisit dans l'état intellectuel de M. X... Il constata qu'il avait perdu la mémoire visuelle des couleurs et des formes; ce qu'il est en effet facile de vérifier et ce qui contraste étrangement avec l'état antérieur de M. X...

Chaque fois que M. X... retourne à A..., d'où ses affaires l'éloignent fréquemment, il lui semble entrer dans une ville inconnue. Il regarde avec étonnement les monuments, les rues, les maisons, comme lorsqu'il y arriva pour la première fois. Paris, qu'il n'a pas moins fréquenté, lui produit le même effet. Le souvenir revient pourtant peu à peu, et, dans le dédale des rues, il finit par retrouver assez facilement sa route. On lui demande la description de la place d'A..., de ses arcades, de sa statue : « Je sais, dit-il, que cela existe, mais je ne m'en puis rien figurer, et je ne vous en pourrai rien dire. » Il a autrefois plusieurs fois dessiné la rade d'A..., il essaye aujourd'hui en vain d'en reproduire les lignes principales, qui lui échappent complètement.

Prié de dessiner un minaret, il réfléchit, et après avoir dit que c'était une tour carrée et haute, il trace sur le papier quatre lignes, deux verticales plus longues et égales, deux horizontales. C'est un dessin tout rudimentaire. « Vous voulez une arcade, je parviendrai à la tracer, car je me souviens qu'un plein cintre est une demi-circonférence; qu'une ogive est formée par deux arcs, se rencontrant à angle aigu. Mais je ne vois pas du tout ce que sont ces choses dans la réalité. » Le profil d'une tête d'homme que trace

(1) *Étude clinique et expérimentale sur la vision mentale*, par G. Crouigneau. — Th. de Paris, 1884.
(2) *Progrès médical*, juillet 1883.

M. X..., sur notre invitation, serait l'œuvre d'un jeune enfant. Il avoue pourtant s'être aidé, en le dessinant, de la figure des personnes qui l'entourent. Un informe griffonnage représente l'arbre qu'on l'a prié de tracer. « Je ne sais pas, je ne sais pas du tout comment cela se fait. » Le souvenir visuel de sa femme et de ses enfants est impossible. Il ne les reconnaît pas plus d'abord que la rade et les rues d'A..., et alors même qu'en leur présence, il y est parvenu, il lui semble voir de nouveaux traits, de nouveaux caractères dans leur physionomie. Il n'est pas jusqu'à sa propre figure qu'il n'oublie. Récemment, dans une galerie publique, il s'est vu barrer le passage par un personnage auquel il allait offrir ses excuses et qui n'était que sa propre image réfléchie par une glace.

Je pourrais multiplier à l'infini ces exemples d'amnésies partielles. Mais il faut se borner. Il me suffira de vous en avoir présenté quelques-uns des plus typiques.

B. Conditions pathogéniques et étiologiques des troubles de la mémoire. — Je me suis attaché jusqu'à présent à envisager les troubles de la mémoire, au seul point de vue de leurs caractères cliniques ; si j'ai fait de loin en loin allusion aux conditions génératrices de ces troubles, ce n'est que d'une façon tout à fait accessoire. Il est temps d'étudier dans leur ensemble les circonstances qui engendrent les désordres de la mémoire. Dans cette revue étiologique, je m'occuperai surtout des amnésies. Les hypermnésies, vous le savez, ont pour le clinicien beaucoup moins d'intérêt que ces dernières. Je vous ai d'ailleurs indiqué, chemin faisant, les principales des causes qui donnent naissance aux exaltations de la mémoire.

L'exercice régulier de cette dernière fonction suppose plusieurs conditions : 1° l'intégrité de structure des cellules nerveuses, qui sont dans le cerveau préposées au souvenir, quel que soit d'ailleurs le siège encore indéterminé de ces cellules ; 2° le fonctionnement normal de ces éléments anatomiques, fonctionnement qui, sans lésion, au moins grossière de la structure, peut être entravé par diverses influences agissant directement sur la cellule, comme la fatigue par exemple ; 3° une irrigation sanguine suffisante, ni trop peu ni trop active ; 4° l'intégrité de la constitution chimique du sang ; la présence dans cette humeur de substances toxiques étant susceptible d'apporter une perturbation plus ou moins profonde dans le jeu physiologique des éléments cellulaires.

Toutes les altérations de la mémoire dépendent de la réalisation défectueuse de l'une ou de plusieurs des conditions précitées. Du moins la pathologie générale nous autorise à le penser. Nous diviserons donc en quatre groupes les causes de l'amnésie : 1° amnésies par lésion de la substance cérébrale ; 2° amnésies par trouble fonctionnel des cellules nerveuses ; 3° par congestion ou anémie cérébrale ; 4° par intoxication.

Ce groupement n'est pas seulement commode. Il me paraît vrai. Toutefois n'oubliez pas que toute classification étiologique qui a la prétention de s'appuyer sur la physiologie pathologique, est obligée de faire une part plus ou moins large à l'hypothèse, car nous sommes loin de connaître parfaitement et dans tous ses détails le mécanisme en vertu duquel agissent la plupart des causes morbides. Mais, pour systématique qu'elle soit, la classification que je vous propose me semble préférable à une froide et sèche énumération des conditions génératrices de l'amnésie.

a. Amnésies se rattachant à des vices de structure, ou à des lésions anatomiques de la substance cérébrale. — A ce groupe appartiennent les *amnésies congénitales,* sur lesquelles j'ai précédemment appelé votre attention. Ces amnésies résultent d'un défaut de développement de la substance cérébrale. Un organe mal constitué ne peut fonctionner normalement, cela va de soi, et l'insuffisance de la fonction est en rapport direct avec le degré de défectuosité de l'organe. Voilà pourquoi l'amnésie plus ou moins accusée, complète ou incomplète, générale ou partielle, est le résultat obligé de la microcéphalie, de l'hydrocéphalie, de l'atrophie cérébrale infantile.

Les lésions accidentelles, qui, chez l'adulte et le vieillard, viennent désorganiser la substance des hémisphères, agissent par un mécanisme analogue, avec cette différence toutefois que chez l'idiot la mémoire n'a jamais existé, que chez l'adulte ou le vieillard elle est diminuée ou abolie. L'hémorragie cérébrale, le ramollissement, les tumeurs amènent constamment l'amnésie à leur suite. C'est principalement sous l'influence de ces lésions que se développent ces formes d'amnésie partielle, qu'on a confondues sous la désignation commune d'aphasie : l'oubli des mots, la cécité et la surdité verbales.

Vous savez, et j'y ai insisté plus haut, la place importante qu'occupent les troubles de la mémoire dans l'encéphalite interstitielle diffuse. Cette faculté est presque toujours l'une des premières atteintes au début de la paralysie générale et ici l'amnésie revêt d'une façon à peu près constante les caractères que nous avons assignés aux amnésies générales progressives. Les souvenirs, comme je vous l'ai dit, s'effacent *couche par couche :* ceux des faits récents, des personnes, des noms propres d'abord, puis ceux qui se rattachent aux événements anciens. Il est toutefois une particularité qu'il faut bien connaître et qui peut avoir son importance au point de vue médico-légal, c'est que la longue phase de déchéance continue et progressive de la mémoire peut être entrecoupée de périodes durant lesquelles le malade semble récupérer, au moins pour un temps, ses facultés. Ces rémissions bien connues de la paralysie générale, au cours desquelles la motilité et l'intelligence paraissent tendre à revenir à leur état primitif ne sont pas rares. En ce qui les concerne, il faut, comme le remarque M. J. Falret, distinguer deux faits principaux relativement à la perte de la mémoire. « D'une part, les malades ont souvent oublié en grande partie les idées qu'ils ont exprimées ou les actes qu'ils ont accomplis pendant la période d'intensité de la maladie qu'ils viennent de traverser ; d'autre part, ils recouvrent néanmoins une mémoire momentanément très améliorée pour les faits de la période de rémission dans laquelle ils se trouvent, et relativement aux diverses circonstances de leur vie antérieure à l'invasion de la maladie. L'époque de la maladie ne laisse donc dans leurs souvenirs qu'une trace très fugitive et très incomplète, mais la mémoire a repris une grande partie de son activité relativement aux faits anciens et relativement à ceux qui s'accomplissent pendant la rémission. »

b. Amnésies dépendant d'un trouble fonctionnel primitif des cellules nerveuses. — Je dis trouble fonctionnel *primitif*, par opposition aux troubles fonctionnels qui résultent de modifications circulatoires, et dont je vous parlerai dans un instant. A ce groupe de causes on peut rattacher, ce me semble, toutes celles qui paraissent agir directement sur les élé-

ments nerveux, soit en les ébranlant fortement, soit en déterminant leur fatigue.

A la suite d'émotions vives, sous l'influence de la frayeur ou d'une joie excessive, d'une douleur profonde, on a vu survenir de l'affaiblissement général de la mémoire, quelquefois de l'amnésie temporaire ou partielle. La commotion cérébrale, les coups et les chutes sur la tête, lorsqu'ils ne déterminent pas d'attrition ou de lésion quelconque du cerveau, semblent agir par un mécanisme analogue. La fatigue nerveuse, celle qui résulte par exemple d'excès vénériens, est aussi une cause puissante d'amnésie. La simple fatigue physique a, dans plusieurs cas, déterminé des effets analogues. Sir Holland raconte qu'étant descendu deux fois dans la même journée dans des mines très profondes, il eut une perte de mémoire causée par la fatigue. Il lui fut impossible de retrouver les mots de la langue allemande qu'il parlait auparavant et il ne put causer avec la personne qui l'accompagnait que plus tard, lorsqu'il eut pris du repos, de la nourriture et du vin (1).

Bien que le mécanisme et la raison d'être physiologique des *névroses* nous échappent à peu près complètement, en l'état de la science, nous sommes en droit, jusqu'à nouvel ordre, de les considérer comme des affections intéressant primitivement les éléments nerveux, le plus souvent en vertu d'une prédisposition héréditaire. Aussi, tous les troubles de la mémoire qui sont consécutifs aux névroses trouvent-ils leur place naturelle ici.

J'ai appelé votre attention sur les amnésies temporaires des *épileptiques*, je n'y reviendrai pas. Mais l'épilepsie, en dehors des phénomènes psychiques de l'attaque, amène presque constamment à sa suite un certain degré de déchéance cérébrale, dont l'affaiblissement général de la mémoire est la manifestation la plus habituelle. — L'*hystérie* se comporte tout autrement. Chez les hystériques, la mémoire est plutôt vive, exaltée qu'affaiblie. Mais c'est chez elles principalement qu'on rencontre ces faits curieux d'amnésies périodiques que j'ai relatés plus haut; c'est aussi chez elles qu'on voit le plus aisément se produire les états d'extase, de catalepsie, de somnambulisme et les amnésies temporaires qui se rapportent à ces états.

Chez les aliénés, on relève fréquemment aussi la perte du souvenir des faits qui se sont passés pendant certaines périodes d'exacerbation des accidents. Le délire aigu, par exemple, est presque toujours suivi, après sa guérison, d'une perte de mémoire à peu près complète pour les faits qui se sont produits pendant sa durée; il en est quelquefois de même dans la manie aiguë vulgaire. Toutefois les malades atteints de cette dernière affection conservent assez souvent le souvenir des épisodes qui ont marqué leur période de maladie. L'amnésie temporaire n'est pas très rare à la suite de la manie puerpérale. Elle se produisit d'une façon remarquable dans un cas cité par Louyer-Villermay. Il s'agissait d'une femme chez laquelle des accidents nerveux s'étaient montrés pendant les couches; quand ils disparurent, la malade avait complètement perdu le souvenir de tout le temps qui s'était écoulé depuis son mariage et de ce mariage lui-même (2). De semblables faits se voient quelquefois chez les individus atteints de mélancolie avec stupeur, qui, dans quelques cas, ont oublié lorsqu'ils reviennent à la santé, ce qui s'est passé durant leur maladie. Dans tous les exemples que je viens de citer, le trouble de la mémoire est, en somme, relatif à une période limitée de l'existence; il s'agit là d'amnésies temporaires, dans toute l'acception du mot.

Mais la folie, quelle que soit sa forme, aboutit souvent à la démence, et l'affaiblissement de la mémoire est à la fois l'un des signes avant-coureurs et l'un des symptômes les plus caractéristiques de la démence.

c. Amnésies par trouble de la circulation cérébrale. — Le processus congestif joue un rôle bien effacé dans la pathogénie des amnésies : tout au plus pourrait-on lui attribuer certains troubles de la mémoire qu'on aurait vu survenir après la suppression des hémorroïdes, du flux menstruel, sous l'influence d'un coup de soleil, etc. Ces faits sont bien obscurs.

Il n'en est pas de même de l'anémie, qui tient une place importante dans l'étiologie des désordres de la mémoire. C'est en effet à l'anémie du cerveau qu'on est en droit de rapporter les amnésies qu'on a vues se produire à la suite de saignées trop abondantes, sous l'influence des privations ou du défaut d'alimentation. Forbes Winslow rapporte que, dans un naufrage survenu, il y a quelques années, dans l'océan Pacifique, les passagers eurent à souffrir d'extrêmes privations et furent pendant longtemps exposés à toutes sortes d'anxiété d'esprit et à un froid intense. Ceux qui échappèrent à la mort et à la folie, eurent l'intelligence et surtout la mémoire extrêmement affaiblies. L'un d'entre eux perdit tout souvenir des antécédents de sa vie. La mémoire des pénibles événements récents qu'il venait de traverser était chez lui très vivace, mais il ne pouvait indiquer ni le lieu de sa naissance, ni quelle était sa famille et où elle résidait. M. J. Falret rapporte, d'après le comte Philippe de Ségur, que, dans la retraite de Moscou, beaucoup de soldats et d'officiers français eurent la mémoire affaiblie par suite de fatigues, de privations et du froid. Dans tous ces cas, l'étiologie de l'amnésie est à la vérité un peu complexe et les préoccupations morales ont dû jouer un rôle important; toutefois l'intervention de l'anémie cérébrale, comme élément causal, nous semble ici devoir être invoqué.

Il faut aussi attribuer à l'anémie une grande part dans la pathogénie de l'affaiblissement de la mémoire en quelque sorte physiologique qui survient avec les progrès de l'âge. Cependant l'amnésie des vieillards reconnaît des causes complexes. Si l'athérome artériel, presque constant dans la vieillesse, entraîne fatalement à sa suite une irrigation moins active du cerveau, d'autre part les cellules cérébrales subissent, dans l'âge avancé, des dégénérescences pigmentaires, auxquelles il faut certainement attribuer un rôle.

d. Amnésies par altération du sang (par infection ou toxémie). — Les maladies infectieuses déterminent souvent des altérations du sang ou des tissus telles que les troubles provoqués par ces altérations, dans le fonctionnement des éléments anatomiques, notamment des éléments du système nerveux, survivent à la maladie. Les exemples d'amnésie consécutive à la peste ou au typhus ont défrayé les récits des historiens de l'antiquité, de Lucrèce et de Thucydide. C'est surtout à la suite de la fièvre typhoïde que nous voyons se produire des désordres permanents et durables de la mémoire. Bien des typhiques après leur guérison sont cérébralement amoindris : leur intelligence est moins vive, beau-

(1) Sir H. Holland, *Mental Pathology*, p. 167; cité in J. Falret, art. AMNÉSIE, *Dict. encyclop. des Sciences médicales*, p. 728.

(2) Louyer-Villermay, *Dict. des Sciences médicales*, art. MÉMOIRE.

coup de leurs souvenirs se sont effacés et les acquisitions nouvelles de la mémoire sont plus difficiles, plus lentes et moins résistantes.

Certaines maladies dyscrasiques, certaines intoxications par des produits formés dans l'organisme et insuffisamment éliminés, déterminent des effets analogues. C'est ainsi que dans le diabète, dans l'urémie, il n'est pas rare de constater un affaiblissement plus ou moins prononcé de la mémoire.

Mais c'est principalement dans les empoisonnements par des substances venues du dehors, que les troubles de cette faculté acquièrent une importance quelquefois remarquable. Les poisons qui, comme l'alcool, le plomb, sont susceptibles de déterminer des accidents aigus (delirium tremens, encéphalopathie saturnine) amènent par cela même les désordres de la mémoire, soit exaltation, soit dépression, qui se produisent dans toutes les variétés de délire maniaque ou de délire à tendance comateuse. L'alcoolisme aigu peut déterminer dans quelque cas une forme de trouble qui rappelle celui que je vous ai décrit sous le nom d'amnésie périodique. Forbes Winslow rapporte, d'après Combes, l'observation très curieuse d'un portier irlandais qui oubliait, lorsqu'il était dégrisé, ce qu'il avait fait étant ivre, mais qui, lorsqu'il s'enivrait de nouveau, se rappelait très distinctement les faits qui s'étaient passés pendant sa précédente intoxication. Il perdit un jour, dans un état d'ivresse, un paquet d'une certaine valeur, et, dans un moment de lucidité, il ne put donner aucun renseignement sur l'endroit où il avait pu perdre cet objet. S'étant enivré de nouveau, il se rappela très clairement le lieu où il avait laissé cet objet, qui put alors être rendu à celui qui le réclamait (1).

Mais en dehors des faits de cet ordre dans lesquels l'agent toxique détermine des accidents en quelque sorte aigus, les poisons peuvent imprégner lentement le cerveau par suite de l'usage quotidien qu'on en fait, et amener alors des troubles chroniques et parfois irrémédiables de la mémoire. Ainsi agissent l'arsenic, l'opium, la belladone, le plomb. Ainsi agit le tabac. L'affaiblissement de la mémoire, surtout de la mémoire des noms propres, n'est pas rare chez les grands fumeurs. Ainsi agit surtout l'alcool. Vous savez combien l'intelligence est atteinte chez les vieux buveurs, que les excès longtemps prolongés conduisent souvent jusqu'à la démence.

Vous voyez, par l'énumération que je viens de faire, combien nombreuses, combien variées dans leur nature et leur mécanisme pathogénique, sont les causes susceptibles de troubler la mémoire. C'est que si cette faculté est l'une des plus brillantes et des plus précieuses que nous possédions, c'est aussi l'une des plus instables. Plus que toute autre, elle est susceptible de se perfectionner par l'éducation et au moyen d'une bonne hygiène cérébrale, mais plus que toute autre aussi, elle subit le contre-coup des mille influences qui impressionnent et modifient à chaque instant l'activité de notre système nerveux. On a dit depuis longtemps qu'elle diminue si on ne l'exerce point. Il ne suffit pas de l'exercer, il faut encore la ménager en la mettant autant que possible à l'abri des nombreuses causes susceptibles de lui porter dommage.

(1) Rapporté par J. Falret, *loc. cit.*, p. 735.

ÉTUDE STATISTIQUE

SUR LE CHOLÉRA DANS LES HÔPITAUX CIVILS DE PARIS, DEPUIS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE JUSQU'A CE JOUR (1).

Par M. Émile Rivière.

VI

Il en est de même de l'asile des vieillards de l'avenue de Breteuil, 62, qui a été si cruellement éprouvé au commencement de l'épidémie parisienne, et qui n'a plus actuellement aucun malade en traitement.

Grâce aux renseignements qui nous ont été fournis par les deux médecins de cet asile, MM. les docteurs Foderé et Tisné, avec une obligeance dont nous les remercions vivement ici, grâce aussi aux documents que M. Dujardin-Beaumetz a bien voulu nous communiquer, nous pouvons faire connaître les chiffres suivants :

Sur les 215 pensionnaires des deux sexes que renfermait cet asile, 79 ont été frappés par le fléau, dont 55 hommes et 24 femmes, soit dans la proportion de 36,744 p. 100. Sur ces 79 cholériques, 65 ont succombé (47 hommes et 18 femmes), ce qui donne le rapport proportionnel de la mortalité, comparée au nombre des cas, de 82,278 p. 100.

Nous trouvons là un fait analogue à ce que l'on a vu à la Salpêtrière dans de précédentes épidémies, et notamment en 1849. A ces chiffres nous devons ajouter le décès de 2 religieuses sur 22 qui habitent l'asile. Elles ont été atteintes le 12 et le 13 novembre à la suite de fatigues extrêmes, c'est-à-dire au moment où l'épidémie venait d'atteindre son maximum d'intensité. Elles sont mortes en vingt-quatre heures, victimes de leur dévouement. Elles étaient âgées l'une de 49 ans, l'autre de 58 ans.

Au point de vue de l'âge, et cet âge a été bien certainement l'une des principales causes d'une mortalité aussi considérable, nous remarquons que les deux pensionnaires les plus jeunes parmi les décédés avaient 58 et 59 ans, et les deux plus âgés 89 et 90 ans.

Voici d'ailleurs la répartition de ces 65 décès, selon l'âge des victimes :

De 58 à 60 ans, 2 décès (2 hommes) ; de 64 à 70 ans, 16 décès (13 hommes et 3 femmes) ; de 71 à 75 ans, 22 décès (18 hommes et 4 femmes) ; de 76 à 80 ans, 15 décès (11 hommes et 4 femmes) ; enfin de 81 à 90 ans, 9 décès (3 hommes et 6 femmes). Pour une des cholériques femmes l'âge est porté : inconnu.

Quant aux guérisons définitives *du choléra*, elles sont au nombre de 14, soit 8 hommes et 6 femmes. Ces 14 cholériques se décomposent ainsi à leur tour, comme âge : de 66 à 70 ans, 6 dont 4 hommes et 2 femmes ; de 71 à 75 ans, 0 homme, 3 femmes ; de 76 à 80, 2 dont 1 homme et 1 femme ; enfin de 81 à 89, 3 hommes et 0 femme.

Nous dirons encore que, sur ces 14 cholériques guéris, plusieurs ont succombé à des accidents consécutifs, tels que pneumonie, congestion cérébrale, etc.

En résumé, l'épidémie a duré dans l'asile de l'avenue de Breteuil du 7 novembre au 15 du même mois, jour où le dernier cas s'est déclaré, ou mieux au 21 novembre, jour où le dernier cholérique (une femme de 75 ans) a été complètement guérie et a pu quitter l'infirmerie.

Mais, pour tout dire, nous devons ajouter que, dans cette même période du 7 au 21 novembre, un grand nombre d'autres pensionnaires de l'asile, hommes et femmes, ainsi que

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 1186.

plusieurs religieuses, ont été atteints des premiers prodromes du choléra, tels notamment que la diarrhée riziforme caractéristique, mais que, pris à temps, le mal a pu être assez promptement enrayé dans son développement. Nous ne faisons figurer aucun de ces cas dans les chiffres que nous donnons ci-dessus, lesquels se rapportent exclusivement au choléra parfaitement confirmé.

D'après les deux médecins de l'asile qui ont donné leurs soins à ces malheureux vieillards, — et là-dessus ils sont tous deux des plus affirmatifs, — la nourriture ne saurait être incriminée, ainsi qu'on l'a prétendu, comme ayant pu avoir une influence sur la marche et le développement de l'épidémie dans cet établissement, le régime alimentaire de l'asile ayant subi, depuis un certain nombre d'années déjà, une grande amélioration. L'eau provient de deux sources : l'une est de l'eau de citerne, l'autre de l'eau de l'Ourcq ; mais l'une et l'autre ne peuvent être davantage suspectées, en ce sens qu'aucun des pensionnaires n'en boit. La boisson qui leur est fournie est une sorte de bière, et l'eau qui entre dans sa composition subit en tout temps, pour cette fabrication même, une ébullition prolongée.

Pour MM. Fodéré et Tisné, avec lesquels nous nous sommes entretenus longuement sur cette question, l'épidémie aurait été introduite dans l'asile par un vieillard de 69 ans, le nommé Flaux, qui était allé passer une partie de la journée du 6 novembre au dehors et qui, dès le lendemain 7 novembre, dans l'après-midi, était atteint de diarrhée riziforme, laquelle s'accompagnait, vingt-quatre heures plus tard, de vomissements, crampes, etc. Dans la nuit du 8 au 9, cet homme succombait à un choléra parfaitement confirmé.

Mais dès avant sa mort, dès le 8 novembre, un vieillard de 79 ans qui couchait dans le même dortoir que Flaux, était pris à son tour d'accidents cholériques et mourait avant lui en quelques heures. Ce décès cholérique est le premier qui se soit produit dans l'asile.

Or, dans cette même nuit du 8 au 9 novembre, 18 malades étaient également atteints, sur lesquels 7 couchaient dans le dortoir de Flaux, 4 sur le palier voisin et 3 à l'infirmerie où le second cholérique, — le vieillard de 79 ans, — avait été transporté quelques heures auparavant.

En résumé, sur 15 vieillards dont se composait le dortoir de Flaux, 12 sont morts du choléra.

D'autre part, parmi les femmes frappées par le fléau, MM. Fodéré et Tisné ont remarqué que celle qui fut la première atteinte, la femme Del..., âgée de soixante-cinq ans, avait passé aussi une partie de la journée du 8 novembre hors de l'asile. Or cette femme fut prise du choléra dans la nuit du 8 au 9 et succomba le 9 au matin. Était-elle déjà souffrante antérieurement au 8 ? Avait-elle déjà de la diarrhée? Il n'a pas été possible de le savoir.

En terminant cette nouvelle communication, nous ajouterons que nous avons voulu comparer les chiffres de toutes sortes fournis jusqu'à ce jour par l'épidémie actuelle avec ceux des épidémies cholériques antérieures observées à Paris depuis 1832 jusqu'à 1873 inclusivement. Nous avons déjà communiqué quelques-uns de nos chiffres comparatifs à M. le docteur Dujardin-Beaumetz qui nous les avait demandés pour son dernier rapport à l'Académie de médecine. Mais notre travail n'est pas encore assez avancé aujourd'hui pour en présenter les résultats à l'Académie des sciences. D'ailleurs l'épidémie n'est pas encore non plus absolument éteinte : aussi pensons-nous qu'il est nécessaire qu'elle ait tout à fait disparu pour achever notre travail sur ce sujet et le soumettre à l'Institut.

Nous traiterons ultérieurement aussi la question de l'influence du célibat, du mariage et du veuvage sur le développement du choléra ainsi que la question météorologique : température, direction des vents, etc.

Avant de finir, nous tenons vivement à remercier l'Académie de nous avoir permis de lui présenter successivement les trois premières parties d'un travail qui n'a eu d'autre but que de rassurer la population parisienne, de prouver combien la peur est toujours mauvaise conseillère, et de montrer par des chiffres *vrais*, dont nous garantissons la parfaite exactitude, combien en réalité l'épidémie cholérique de 1884, à Paris, a été peu grave par le nombre des cas et, relativement aussi, peu meurtrière, si ce n'est dans quelques rares foyers.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 décembre 1884. — Présidence de M. BUCQUOY.

COMMUNICATIONS

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL prononce l'éloge de MM. Oulmont et Moreau (de Tours).

M. RENDU prononce l'éloge de M. Rathery.

Infection tuberculeuse par la voie génitale. — M. FERNET se borne, dans son travail, à l'étude de la transmission directe de la tuberculose par les rapports sexuels. Jusqu'à ces derniers temps l'attention des médecins était trop uniquement portée sur la tuberculose pulmonaire. On reconnaît aujourd'hui, outre les poumons, trois grandes voies d'entrée du tubercule dans l'organisme : la voie digestive, la voie cutanée et la voie génitale.

On admet l'existence de la tuberculose génitale primitive. Cette tuberculose génitale primitive n'est-elle pas due aux rapports sexuels? Un homme atteint de tuberculose pulmonaire ne peut-il communiquer la tuberculose par son sperme à l'utérus? Une femme atteinte de tuberculose génitale ne peut-elle transmettre cette tuberculose à l'homme avec lequel elle a des rapports sexuels? Telles sont les questions qu'étudie M. Fernet, et au sujet desquelles il procède actuellement à une enquête minutieuse. Plusieurs auteurs, Conheim entre autres, admettent ce mode de transmission de la tuberculose.

Voici le résumé de quelques faits observés par M. Fernet, et qui viennent à l'appui de cette manière de voir : une jeune femme de vingt-cinq ans, dont la mère est morte phtisique, qui a eu de la gourme dans son enfance, mais qui depuis longtemps déjà jouit d'une bonne santé, a vécu, à partir de vingt-deux ans, avec un homme atteint de tuberculose pulmonaire. Depuis elle a eu de la leucorrhée, des poussées de vulvo-vaginite; bientôt elle présenta les symptômes d'une pelvi-péritonite tuberculeuse ; puis elle eut une tuberculose commençante du poumon, des tubercules de la langue, enfin un adéno-phlegmon qui se mit à suppurer. L'examen microscopique de ce pus y révèle la présence de bacilles. La malade sortit de l'hôpital très améliorée.

Une négresse, âgée de trente-cinq ans, a entretenu des relations avec un blanc dont elle a eu trois enfants. Cet homme était tuberculeux et est mort phtisique. Elle-même a eu, après des troubles utérins, un adéno-phlegmon péri-utérin, de la péritonite tuberculeuse ; puis elle se mit à maigrir et eut une tuberculose pulmonaire commençante.

M. Fernet cite ensuite plusieurs exemples de tuberculose génitale primitive. C'est un homme atteint de phtisie pulmonaire et laryngée, et qui succombe avec une tuberculose génito-urinaire déjà avancée. L'autopsie montre que les lésions rénales tubercu-

leuses étaient plus anciennes et plus avancées que celles du poumon.

Un homme de trente-sept ans meurt de tuberculose péritonéo-pleurale. On trouve, à l'autopsie, deux noyaux durs caractéristiques dans l'épididyme droit.

M. Fernet croit pouvoir tirer de ces faits les deux conclusions suivantes : 1° une femme ayant des rapports sexuels avec un homme phtisique peut devenir tuberculeuse ; 2° la tuberculose peut atteindre primitivement les organes génitaux ; 3° la contagion par les rapports sexuels rend compte de cette tuberculose génitale primitive.

M. Fernet trace ici l'histoire de la tuberculose génitale qui, selon lui, est loin d'être rare, présente une évolution latente, une marche très lente, reste fréquemment localisée, s'étend parfois au péritoine, aux ganglions lymphatiques, quand elle est encore localisée, est passible de l'intervention chirurgicale. Il passe en revue les symptômes de cette tuberculose génitale, insiste particulièrement sur la blennorrhée chez l'homme, la leucorrhée chez la femme, écoulements précurseurs de la tuberculose génitale.

Il termine ce travail par les conclusions suivantes :

1° La tuberculose génitale primitive peut être causée par les rapports sexuels; il se fait une sorte d'infection tuberculeuse par la voie génitale.

2° Il faut tenir comme suspectes toutes les blennorrhées indolentes, quelques-unes étant de nature tuberculeuse. On peut en dire autant de certaines leucorrhées.

3° Les rapports sexuels avec un sujet tuberculeux constituent un danger qu'il faut éviter.

4° Un des principaux dangers est l'infection génitale secondaire.

5° Les manifestations locales de la tuberculose devront être supprimées, autant que possible, par l'intervention chirurgicale.

ÉLECTIONS

La Société procède au renouvellement du bureau pour l'année 1885. (Voir aux nouvelles.)

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1884.

384. M. METZGER. De la lypémanie anxieuse. — 385. M. DESCHAMPS. Diagnostic et traitement du cancer de l'estomac. — 386. M. BARBE. De l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies purulentes. — 387. Mme Ve SARRAUTE. Étude microscopique d'un lithopædion.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 décembre 1884, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Mafre, médecin principal de première classe.

Au grade d'officier. — MM. Leplat, médecin principal de première classe ; Cominal, Hennequin, Goguel, Haguet, Thomas, médecins-majors de première classe.

Au grade de chevalier. — MM. Hahn, Scovazzo, Bouchardat, Desprez, Nevière, Defos de Rau, Journée, Debout, Demmler, Foulquier, médecins-majors de première classe ; Frizac, pharmacien-major de première classe ; Haas, médecin-major de deuxième classe ; Monginot, chirurgien en chef de l'hospice civil de Lunéville ; Botrel, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Malo.

— Par décret, en date du 28 décembre 1884, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. Léon, médecin en chef de la marine; Cauvin, médecin principal de la marine ; Challon, médecin principal de deuxième classe.

Au grade de chevalier. — MM. Mourson, Abblard, Néis, Dupouy, Miquel, Guintran, médecins de première classe de la marine ; Jossic, Landouar, Trabaud, médecins de deuxième classe de la marine ; Cunisset, pharmacien-professeur de la marine ; Castaing, pharmacien de première classe de la marine ; Charyau, médecin à Nantes, accrédité depuis 1864 comme médecin de la marine ; Raynaud, Dreyfus, Grandgury, Hocquard, médecins-majors de deuxième classe.

— Sont nommés :

1° Officiers de l'instruction publique : MM. de Fleury, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Crolas, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Barnsby, professeur à la Faculté de médecine de Tours ; Chartier, professeur à l'École de médecine de Nantes ; Bourgoin, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris ; Talrich, modeleur de la Faculté de médecine de Paris ; Georges, docteur en médecine, professeur d'histoire naturelle à l'École Lavoisier, à Paris.

2° Officiers d'académie : MM. Peulevé, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Chénieux, professeur à l'École de médecine de Limoges ; Hergott, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Rivière, médecin du lycée de Carcassonne ; Patureau, médecin du lycée de Châteauroux ; Guichard, médecin du lycée d'Angers.

— *École de médecine d'Alger.* — M. le docteur Deshayes est institué chef des travaux anatomiques, en remplacement de M. Vincent, appelé à d'autres fonctions.

M. Benoît est nommé préparateur d'histoire naturelle, en remplacement de M. Colozzi dont la délégation est expirée.

M. Pastenu est nommé préparateur de pharmacie et matière médicale, en remplacement de M. Hugues dont la délégation est expirée.

— *École supérieure de pharmacie de Montpellier.* — M. Couget est nommé préparateur de chimie, en remplacement de M. Guillaumon, démissionnaire.

— *Faculté des sciences de Montpellier.* — Un congé d'inactivité est accordé à M. Amat, préparateur de chimie.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — M. le docteur Chevallier est nommé chef interne des hôpitaux.

— Le bureau de la Société médicale des hôpitaux est ainsi constitué pour l'année 1885 : président, M. Vidal ; vice-président, M. Guyot ; secrétaire général, M. Desnos ; secrétaires des séances, MM. Legroux et Barth ; trésorier, M. Moutard-Martin ; conseil de famille, MM. Bucquoy, Hérard, Besnier et Labric ; comité de publication, MM. Legroux, Barth, Desnos, Huchard et Robin ; conseil d'administration, MM. Martineau, Gingeard, Tapret et Voisin.

— Le bureau de la Société de biologie est ainsi constitué pour l'année 1885 : président, M. Paul Bert ; vice-présidents, MM. Hanot et d'Arsonval ; secrétaires annuels, MM. Henneguy, Larcher, Blanchard et Vignal.

— M. le docteur Armand Després reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité, le mercredi 7 janvier 1885, à neuf heures un quart, et les continuera le mercredi de chaque semaine, à la même heure.

— M. le docteur S. Pozzi, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, commencera son cours de gynécologie clinique et opératoire, le lundi 12 janvier 1885, à neuf heures et demie, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure. — Examen des malades le lundi ; leçon à l'amphithéâtre, le vendredi.

MM. les étudiants en médecine, pour assister à ce cours, recevront une carte qui leur sera délivrée par M. le directeur de l'hôpital.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 17197.

TABLE DES MATIÈRES

1884

A

Abcès froids, 929. — froid de la cuisse, 339. — intercurrent dans la fièvre typhoïde, 425. — périnéal, 339.
Abdomen. Phlegmon sous-aponévrotique et intra-musculaire de la paroi de l'—, 315.
Académie de médecine. Élection Charpentier, 1093. — Élection Cornil, 652. — Élection Mac Leod, 699. — Élection Schutzemberger, 1187. — Élection Siredey, 244.
Académie des Sciences. Rapport sur le prix Chaussier, 459. — Prix proposés, 430. — Rapport sur le prix Montyon (médecine et chirurgie), 436, 442. — Prix décernés, 422.
Accouchements. Rupture du sterno-mastoïdien dans la présentation du siège, 1064. — provoqué dans l'hydrémie, 901, 924. — prématuré naturel, 564.
Acholie. De l'—, 93, 235.
Acide carbonique. Action physiologique, 948, 972. — Anesthésie du conduit auditif et du tympan, 396.
Acide phénique. Empoisonnement, 780. — et fièvres intermittentes, 996. — Un nouvel —, 567.
Acide phosphorique. Élimination de l'—, 652.
Adénites tuberculeuses. De l'intervention chirurgicale dans les —, 229.
Adénome du foie, 113. — du rectum, 597.
Air. Anesthésie par les mélanges titrés d'— et de chloroforme, 1, 582.
Aisselle. Anévrysme diffus de l'—, 301.
Albuminate de fer, aménorrhée, 268. — comme emménagogue, 1005.
Albumines de l'urine, 857, 881, 899, 930.
Albuminurie brightique, 857, 881, 899, 930. — chloroformique, 149, 1173.
Albuminuriques. État mental des —, 417, 441, 465.
Alcaline. Indications de la médecine —, 565.
Alcool. Délire alcoolique dans le cours d'un rhumatisme aigu, 769. — et paralysie, 785.
Alcoolisme chronique. Recherches expérimentales sur l'—, 318, 379.
Algérie. Fièvres de l'—, 897. — Morbidité et mortalité de l'armée en France et en —, 209.
Aliénation mentale, idée fixe, 545.
Aliénés. Du projet de loi sur les —, 77, 150, 174, 195. — Du régime des —, 222, 269.
Aménorrhée et albuminate de fer, 268.
Amidon. Transformation de l'— en glucose pa les tissus vivants 236.
Amnésie verbale par surmenage cérébral, 594.
Amorphinisme, 273.
Amputation, 916. — dans le cours de l'affection purulente. Des indications de l'—, 625. — de cuisse, 339. — du col de l'utérus par l'anse galvanique, 121. — ostéoplastique du pied, 1148.
Anaplastie, 1165, 1188.
Anesthésie à l'aide d'un mélange de chloroforme et d'air exactement titré, 555. — chirurgicale, 1, 52. — par le chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse pharyngienne et laryngienne, 1067. — par les mélanges titrés d'air et de chloroforme, 582, 628. — par voie rectale, 306, 381, 468. — prolongée à l'aide du protoxyde d'azote à la pression normale, 211.
Anesthésiques, 331.
Anévrysme, 996. — cirsoïde de la main, 349. — cirsoïdes, traitement, 365. — de l'artère fémorale, 276. — diffus de l'aisselle, 301. — inguinaux, 549. — traitement, 390.
Angine couenneuse, antiseptiques, 131. — couenneuse et antiseptiques, 1074. — couenneuse, traitement, 20. — de poitrine, 81, 129. — de poitrine rhumatismale, 433. — de poitrine vraie et pseudo-angine, 154. — herpétique, pathogénie de l'—, 853.
Anomalies de développement, 229.
Antiseptiques, croup et angine couenneuse, 131. — et croup, 1074. — et diphtérie, 1122. — et paralysie diphtéritique, 132. — huile, 236.
Anurie, 451.
Anus artificiel, 989. — contre nature, 717. — contre nature, chute de l'intestin par un —, 773. — Épithélioma de la muqueuse de l'—, 818. — fistules chez les tuberculeux, 12.
Aphasie, 381. — transitoire revenant par accès, 457.
Arrachement du bras, 389.
Arrêt. Phénomènes d'—, 235.
Artère fémorale. Anévrysme de l'—, 276. — Ligature antiseptique des —, 1027. — Oblitération, 1061. — Perforation dans les foyers purulents, 205. — Ulcération d'— dans un foyer purulent, 229.
Artérite. Gangrène des membres inférieurs par —, guérison, 411. — généralisée, 346. — par oblitération vasculaire, 996.
Arthrite du genou ou tumeur blanche, 713. — fongueuse du genou, 2. — puerpérale, récidive, 505. — rhumatismale de la région cervicale, méningite, paraplégie, 1170. — suppurée, 181. — suppurée du coude, 818. — tuberculeuse, 1149.
Arthrotomie antiseptique en général, 962. — du genou, 961.

Ascite secondaire, 1009.
Asphyxie et syncope locale des extrémités, 65. — locale des extrémités, 178. — par arrêt d'un bol alimentaire dans le pharynx, 434.
Assainissement de Paris, 997.
Assistance publique, 110.
Association française pour l'avancement des sciences, 837, 844.— Session de 1884, 717.
Asthme chez les jeunes enfants, 885.— et son traitement, 922, 945.
Astragale. Ablation de l'—, 390. — Ostéite de l'—, 37.
Asystolie, 138. — précoce, 521.
Ataxie héréditaire. L'—, 393. — locomotrice. Hérédité nerveuse et —, 57. — locomotrice. Troubles oculaires de l'—, 475, 491, 508.
Athérome artériel. De l'—, 345.
Atrophie musculaire progressive, accès épileptiformes, 65.
Atropine. Son action sur le cœur, 69, 92.

B

Bacille de la tuberculose, 225, 330, 338. — Leur recherche dans les crachats des phtisiques, 299.
Bactéries du choléra, 1163.
Bains froids et pneumonies, 885.
Bassin. Rétrécissement du —, 260.— Rétrécissement moyen du —, 370.
Bec-de-lièvre, 761. — compliqué, 1126.
Béribéri. Du —, 109.
Bibliographie. — Collection de documents pour servir à l'histoire des hôpitaux de Paris, 181, 302, 805, 829. — Cours de minéralogie, par de Lapparent, 582. — De la bronchite fétide et de son traitement, par A. Leviez, 94. — Dictionnaire de botanique, de Baillon, 502. — Dictionnaire de chimie pure et appliquée, de Wurtz, 629. — Elements of pharmacy, by Witla, 118. — Hygiène des saisons, par Foissac, 86. — L'année scientifique de Louis Figuier, 629. — Les vacances d'un médecin, par Guibout, ~89. — Leçons sur les maladies vénériennes, par Mauriac, 244. — Les livres d'étrennes, 1180. — Manuel de conchyliologie, par P. Fischer, 629. — Manuel de pathologie et de clinique infantiles, par Descroizilles, 405. — Paléoethnologie. De l'antiquité de l'homme dans les Alpes-Maritimes, par E. Rivière, 629. — Traité de botanique, par Van Tieghem, 582. — Traité de zoologie, de Claus, 501. — Traité des fièvres bilieuses et typhiques des pays chauds, par A. Corre, 198. — Traité des fièvres palustres avec la description des microbes du paludisme, par Laveran, 517, 533. — Traité des maladies des enfants, de Rilliet, Barthez et Sanné, 501. — Traité élémentaire de pathologie générale, de Hallopeau, 501. — Traité théorique et pratique du massage, par Norström, 245. — Traitement de la scoliose, par Baudry, 117. — Vade-mecum des herborisations parisiennes, par Lefébure de Fourcy, 502.
Bidactylie, 1011.
Blastoderme. Segmentation du —, 995.
Blennorragie ancienne, rétrécissement, urétrotomie interne, 777.
Blessure par arme à feu, 586.
Bouche. Tumeurs dures de la voûte palatine, 324.
Bras. Arrachement du —, 389. — Fausse articulation du —, 1171.
Bronchite catarrhale double généralisée, 540. — chronique et sphygmographie, 914.
Broncho-pneumonie et granulations tuberculeuses, 649. — et péricardite, 905.
Bubons accompagnant les chancres mous, virulence des —, 1180. — chancreux, non-inoculabilité, 1085. — chancreux, inoculabilité du —, 1173.

C

Cachexie. Suralimentation dans divers états de —, 226.
Cadavres. Conservation des —, 332.
Calcul salivaire, 212. — urétral, 38.
Calorimétrie, 1156. — animale, 1132.
Cancer de l'estomac, 1169. — de l'estomac, diagnostic, 715. — de l'os hyoïde, 586. — de l'S iliaque, 537. — de l'utérus, traitement, 549. — de l'utérus, traitement chirurgical, 620, 643 — du corps thyroïde, 1149. — du rectum, 265, 1017. — Gommes cancéreuses, 241. — mélanique de la joue et des ganglions sous-maxillaires, 2. — pharyngo-laryngien, 140. — précoce de l'estomac, 938. — Urée dans le —, 755. — utérin hystérectomie vaginale, 571. — utérin, traitement, 996.
Cancroïde du front, 946.
Cantharides. Vésicatoire, intoxication, 1020.
Carbone. Tétrachlorure de —, 332.
Catalepsie, 569.
Cathétérisme. Accidents consécutifs, 377. — œsophagien, 413.
Cerveau. Accidents cérébraux, 905. — Accidents cérébraux bulbaires et cardiaques, 65.— Accidents cérébraux dans le diabète, 127, 161, 185, 210, 233. — Amnésie verbale par surmenage du —, 594. — excitabilité des régions occipitales et sphénoïdales de l'écorce cérébrale, 469. — Indépendance fonctionnelle des hémisphères, 581. — Le développement des circonvolutions de Rolando et les mouvements des membres, 566. — Les mouvements du —, 404, 476. — Locomobilité du —, 293, 317, 340, 493. — Syphilis du —, 553, 577, 601, 633, 673, 698, 737, 753. — Température et lésions du —, 331. — Tumeur de nature incertaine, 875.
Chancres mous. Virulence des bubons accompagnant les —, 1180. — syphilitique du sein, 389.
Chloroforme. Anesthésie par les mélanges titrés d'air et de chloroforme, 582. — Conservation du —, 1061. — les animaux et le —, 69. — et air mélangés et titrés, 1. — et albuminurie, 1173. — et respiration de levure de bière, 21. — impur, 750. — Injections sous-cutanées de —, 396, 420. — Morts consécutives à l'injection sous-cutanée de —, 149.
Choléra, 587, 598, 606, 622, 630, 638, 646, 653, 654, 662, 669, 678, 686, 693, 695, 703, 711, 718, 725, 726, 729, 735, 742, 750, 758, 766, 774, 782, 790, 793, 799, 806, 812, 814, 822, 831, 838, 847, 854, 861, 870, 878, 886, 895, 902, 911, 918, 926, 933, 934, 942, 950, 958, 959, 967, 974, 991, 998, 1005, 1013, 1021, 1029, 1038, 1046, 1054, 1062, 1070, 1078, 1095, 1102, 1126, 1166. — à Toulon. Recherches sur le —, 723. — Bactéries du —, 1163. — dans le Midi. Le —, 689, 707. — de Marseille, 658. — de 1884, Toulon et Marseille, 675, 683. — Débuts de l'épidémie de — à Marseille et à Arles, 765. — Des anciennes épidémies de —, 787. — Discussion académique sur le —, 612, 636, 637, 651, 678, 699, 725, 748, 764, 788, 812, 835, 861, 907, 1117, 1140. — et cuivre, 332, 1045, 1131. — et eaux contaminées, 956. — et injections intra-veineuses, 1069, 1099. — et l'eau oxygénée, 628. — et les eaux, 1022. — et opium, 911, 1134. — et pronostic opératoire, 1101. — étiologie, 1003. — étude statistique, 1081, 1114, 1186, 1196. — La durée de l'incubation du —, 657. — Les caractères du — de Toulon, 641. — nostras et le choléra de Toulon. Le —, 652, 683. — Origines du — à Toulon et Marseille, 997. — Prophylaxie du —, 651. — protestation contre la création de médecins délégués, 1150. — Rapports de la commission du —, à l'Institut, 772. — Rapport sur le —, 876. — Sa non-importation, 747. — Sur les pièces relatives au —, 748, 764. — Traitement, 667, 706.
Chorée de moyenne intensité. De la —, 305. — Manifestations cutanées de la —, 498.
Chromidrose, 292, 317. — jaune, 1117.
Chrysalides. La vie des —, 628.
Cicatrice. Épithélioma développé sur une ancienne —, 17.
Circulation capillaire et néphrites, 75, 89, 114. — de la mère et du fœtus, communication, 1157. — pendant la métamorphose du papillon. La —, 667.
Cirrhose atrophique, 540. — hypertrophique, 817. — hypertrophique graisseuse à marche subaiguë, 529. — mixte. La —, 281.
Clavicule. Nécrose de la —, 2.

Clou de Biskra, microbe, 540.
Coca et cocaïne, 1148.
Cocaïne, 1132. — Chlorhydrate de —, 1067, 1069, 1078, 1084, 1116, 1180.
Cœur, accidents cérébraux bulbaires et cardiaques, 65. — Action de l'atropine sur le —, 69, 92. — Action des néphrites sur le —, 75, 89, 114. — Expériences sur le ralentissement des mouvements du — provoqué par une excitation périphérique douloureuse, 261. — Insuffisance aortique, perforation de la valvule mitrale, épanchement péricardique, 1042. — Insuffisance tricuspidienne, 1042. — Iodoforme et les lésions organiques du —, 829. — Poison du —, 235. — Rétrécissement mitral, 18. — Souffle systolique de la pointe, 413. — Transfixion du —, 797.
Colotomie lombaire, 265, 1017.
Commotion de la moelle épinière, 541.
Compression en chirurgie. La —, 570. — Paralysie radiale par —, 444.
Concours Civiale, 222. — des élèves du service de santé militaire, 257. — d'accoucheur des hôpitaux, 326, 334. — pour le bureau central, chirurgiens, 222, 350, 374. — pour le bureau central, médecins, 326, 350, 366, 382. — pour l'externat des hôpitaux, 1174. — pour le prosectorat de Paris, 374. — pour l'internat des hôpitaux, 1190. — pour l'internat en pharmacie, 222.
Congélation. Traitement de la sciatique par la —, 755.
Congestion pulmonaire, 9. — pulmonaire et urticaire, 546.
Congrès annuel des chirurgiens français, 500, 525. — français de chirurgie, 1173.
Contagion. De la non-contagion de l'érysipèle, 746. — de la tuberculose, 331.
Contractilité musculaire après la mort, 444.
Contraction musculaire provoquée, 971. — musculaire. Sensation de —, 92.
Contractures, 731. — hystériformes, 1137. — musculaire sous l'influence des hautes pressions, 444. — pseudo-paralytique, 82.
Contusion et néoplasmes, 83.
Coqueluche. Ulcération diphtéroïde de la —, 997.
Corps de santé de la marine, promotions, 54, 270, 303, 311, 366, 398, 423, 1022. — tableau d'avancement, 45.
Corps de santé militaire, ambulance du Tonkin, 5, 14. — de l'admission et de l'avancement des médecins et pharmaciens civils dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale, 41. — Mouvements, 46. — Promotions, 46, 61, 158, 189, 278, 462, 686, 974. — Tableau d'avancement, 158.
Corps étrangers de la paume de la main, 37. — étranger de la trachée, 12. — étrangers du genou, 460.
Corps fibreux intra-utérin, 1027. — thyroïde. Hypertrophie simple du —, 801.
Corpuscules falciformes du pus, 750.
Côtes. Résection des —, 13, 500, 509.
Cou. Tumeur du —, 478.
Coude. Arthrite suppurée et fongosités de l'articulation du —, 818. — Ouverture accidentelle du —, 173.
Coup de feu dans la poitrine, 37.
Coxalgie à la dernière période, résection, guérison, 931.
Crane. Fracture pénétrante du —, 597. — Kyste hydatique de la base du —, 606.
Croup et antiseptiques, 1074. — méthode antiseptique, 131. — Traitement du — 20 [illegible]

D

Dégénérés. Les —, 372.
Déglutition. Du mécanisme de la —, 20.
Délirants chroniques. Les —, 372, 387.
Délire alcoolique dans le cours d'un rhumatisme aigu, 769.
Dents. Constitution physique et chimique des —, 419. — De l'avulsion des —, 156, 163. — de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, 739. — des Fuégiens. Les —, 580. — d'un supplicié. Les —, 605. — Origine de l'épithélioma des kystes des —, 380. — Origine des kystes des —, 261, 333.
Désinfection. De la —, 869, 885. — Des moyens de —, 836. — par les vapeurs nitreuses. Dangers de la —, 653.
Développement. Anomalies de —, 229. — Arrêts de —, 252.
Déviations rachitiques, 36.
Diabète. Accidents cérébraux dans le —, 137, 161, 185, 210, 233. — et induration des corps caverneux, 892. — histoire rapportée par le malade, 865. — sucré. De la transfusion du sang dans le —, 93. — sucré. Perte des réflexes tendineux, 892.
Diabétique. Histoire d'un —, 841. — Urine des —, 356, 369.
Diagnostic. Du —, 1107.
Diathèse herpétique. Diagnostic des affections cutanées symptomatiques de la —, 722.
Digitaline des hôpitaux, 1061.
Dilatation bronchique, 43. — intermittente et progressive de la trompe d'Eustache, 28.
Diphtérie. De la —, 849. — et antiseptiques, 1122. — et tubercules des gallinacés, 1061. — Instructions contre la —, 526. — prophylaxie et traitement médical, 1130. — Traitement de la —, 483, 762, 852. — Traitement spécifique de la —, 294.
Distinctions honorifiques, 5, 22, 46, 94, 103, 214, 399, 703, 726.
Distoma hœmatobium, 693.
Docimasie hydrostatique et optique, 10.
Douleurs réflexes, 21.
Dyspepsie gastro-intestinale, réflexe cubital, 140.
Dystocie produite par une énorme hydrocéphalie interne, 179.

E

Eaux alimentaires de Paris, 934. — Analyse des —, 873, 921. — Contamination des — et choléra, 956. — de Paris, 956, 980, 1006. — minérales. Récompenses pour les travaux publiés sur les —, 390. — oxygénée et choléra, 628. — potables. Analyse et qualité des —, 966.
Éclampsie, traitement, 886.
École de Salerne. Histoire de l'—, 25.
Ectopie rénale, 274.
Ectrodactylie, 1027, 1126.
Eczéma aigu, 243.
Électrisation dans l'asphyxie et syncope locale des extrémités, 65.
Électrolyse linéaire dans le rétrécissement de l'urètre, 428. — Traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'—, 244, 261, 284.
Élongation et résection nerveuse, 326, 1189.
Embryogénie, 235.
Emménagogue, albuminate de fer, 1005.
Emphysème pulmonaire, pronostic, traitement, 2[illegible]
[illegible] par le jéquirity. 1[illegible]

Entropion, traitement, 1101.

Épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein, 493. — pleuraux et tuberculose, 1001. — pleurétiques. Des —, 954, 970, 978, 995, 1004.

Épidémies, 605, 1022. — de horse-pox, 981. — Influence de l'ozone dans les —, 766. — Récompenses pour les travaux publiés sur les —, 390.

Épilepsie en Angleterre, 988. — spinale avec trépidation épileptoïde d'origine traumatique, 1173.

Épithélioma, 1083. — Bénignité et malignité des —, 946. — buccal et glycosurie, 438. — de la muqueuse anale, 818. — de la paupière inférieure, 900. — de la paupière, récidive cervicale ganglionnaire, 1185. — développé sur une ancienne cicatrice, 17.

Éponge chirurgicale, 500.

Ergotine et pilocarpine, antagonisme, 211.

Érysipèle. L'—, 313. — de forme anomale, 243. — De la non-contagion de l'—, 746. — et phénol trichloré, 829.

Estomac. — Altérations peu connues de la muqueuse de l'—, 196. — Appareil pour le lavage de l'—, 405, 414. — Cancer de l'—, 1169. — Cancer précoce de l'—, 938. — de l'acidité du suc gastrique, 1108. — Diagnostic du cancer de l'—, 715. — d'otarie. Galets trouvés dans un —, 21. — Du rôle pathogénique de la dilatation de l'—, 557. — Ulcère simple de l'—, 397.

Éther. Traitement des loupes par les injections d'—, 228.

Éthérisation par voie rectale, 306.

Évidement de l'olécrane, 173.

Excitabilité des régions occipitales et sphénoïdales de l'écorce cérébrale, 469.

Exostose sous-unguéale du gros orteil consécutive à un traumatisme, 870.

Externat des hôpitaux de Paris, 1174.

F

Face. Hémicontracture d'origine centrale, 249. — Paralysie faciale périphérique, 290.

Facultés de médecine. Circulaire déterminant la situation des étudiants aspirant au doctorat en médecine (ancien régime), 470.

Faculté de médecine de Paris. Adjuvat et prosectorat, règlement, 46. — Inscription des élèves nouveaux, 958. — Programme des prix, 214. — Prix Lacaze, 1190. — Thèses de 1883, 13. — Thèses de 1884, 21, 54, 61, 86, 110, 134, 142, 150, 206, 230, 309, 326, 406, 414, 486, 494, 550, 574, 598, 630, 702, 781, 790, 806, 1013, 1038, 1070, 1086, 1140, 1174, 1198. — Thèses récompensées, 206.

Farcin aigu chez l'homme, 588.

Fécondation chez les végétaux, 1132.

Fémur. Décollements de l'épiphyse inférieure du —, 413. — Fractures du col du —, 947. — Ostéosarcome du —, 825.

Fermentation. Le temps perdu de la —, 566.

Fibro-myomes utérins. Sphacèle des —, 291, 307.

Fièvres de l'Algérie, 897, 1033, 1057. — État sanitaire de la garnison de Bône de 1832 à 1881, 265, 275. — éruptives. Des —, 219. — intermittentes à type biquotidien, 932. — intermittentes et acide phénique, 996. — jaune. De la —, 429, 810, 827, 850. — jaune. Considérations sur l'histoire de la géographie de la —, 627, 660, 728, 802. — palustre et acide phénique, 949. — synoque et fièvre typhoïde, 450. — typhoïde, 610. — typhoïde, abcès ... — typhoïde ébauchée, période ... de phé...

...nales doubles, urinaire et purulente, d'origine tuberculeuse, 1185. — pyo-stercorales, 500. — vésico-vaginales, traitement, 573. — sterco-purulentes, 477. — urétrales non urinaires, 1043, 1091, 1123, 1163. — urétro-péniennes, 1149. — vésico-intestinale, 989. — vésico-vaginale. Deux cas de —, 513.

Fluxion pleuro-pulmonaire, 9.

Foie. Adénome du —, 113. — et alimentation, 1085. — Kystes hydatiques du —, leur élimination, 322.

Folie des antivivisectionnistes, 211. — gémellaire, 889.

Fongosités de l'articulation du coude, 818.

Fracture chez un syphilitique, 397. — de la cuisse, traitement, 965, 990. — du col du fémur, 947. — du col du fémur intra-capsulaire, boîte-gouttière à suspension, 603, 611. — de jambe, suppuration avec apyrexie complète, 505. — de l'extrémité inférieure du péroné, 489. — de l'extrémité inférieure du radius, accidents consécutifs, traitement, 460, 477. — du radius, 500. — pénétrante du crâne, 597.

Front. Cancroïde du —, 946.

Frontal. Exostose du —, 662.

G

Gale chez le furet, forme nouvelle, 11.

Ganglions péri-trachéo-laryngiens, anatomie, 196.

Gangrène foudroyante, 756. — foudroyante, amputation de cuisse, guérison, 756. — des membres inférieurs par artérite, guérison, 411. — septicémique, 428, 516. — spontanée des orteils, 885.

Gastrotomie, 301.

Genou. Arthrite du —, 713. — Arthrite fongueuse du —, 2. — Arthrotomie du —, 961. — Corps étrangers du —, 460. — Désarticulation du —, 461. — Hygroma du —, 761. — Tumeur hématique du —, 993.

Genu valgum, 38. — valgum, ostéoclasie, 478. — valgum, ostéotomie, 526. — valgum, traitement, 389.

Glucose. Transformation de l'amidon en — par les tissus vivants, 236.

Glycosurie et épithélioma buccal, 438.

Goitre et variétés, 801. — Opération du —, 364. — sarcomateux énorme, 1100.

Gommes cancéreuses, 241.

Goudron de gaz dans la diphtérie, 852. — et croup, 539. — et térébenthine dans la diphtérie, 483. — opobalsamique en dermatologie. Le —, 268.

Goutte et rhumatisme, 610.

Grossesse. A propos de certaines —, 350. — Des opérations pendant la —, 661. — et cuivre, 116. — extra-utérine, 37, 204. — extra-utérine, variété abdominale, 174. — gémellaire, 564. — Le toucher et le palper comme moyens d'exploration dans la —, 170. — Vomissements incoercibles de la —, 714.

H

Hématocèle de la tunique vaginale, 740.

Hémi-contracture primitive de la face d'origine centrale, 249.

Hémiplégie diaphragmatique, 201. — syphilitique secondaire, 937

Hémoglobine. Des substances qui altèrent l' —, 220.

Hé...

des —, 642. — musculaire, 900. — traumatique, 547, 556, 924.
Histoire des médecins arabes et de l'École de Salerne, 25, 73.
Histologie pathologique du phlegmon, 11.
Hôpital. Assainissement des salles de l' —, 853.
Hôpitaux de Paris. Budget des —, 6. — Classement et répartition des services des —, 3. — Concours des chirurgiens, 447. — Concours des médecins, 478. — Concours d'accoucheurs, 439. — Mutations, 1142, 1158. — Nomination des externes, 1174. — Nomination des internes, 1190.
Hoquet rebelle, 67.
Horse-pox, 981.
Huile. Action antiseptique de l'—, 236.
Humérus. Luxation intra-coracoïdienne de l'—, 929.
Hydarthrose chronique, lavages phéniqués intra-articulaires, 541. — Traitement des —, 565.
Hydrémie. Accouchement provoqué, 901, 924.
Hydroa pulsatile à répétition, 228.
Hydro-hématocèle, 58.
Hydronéphrose suppurée, 349, 382.
Hydropneumothorax partiel, diagnostic, 153.
Hygiène. Comité consultatif d'—, réorganisation, 909. — Exposition internationale d'— de Londres, 262.
Hygroma du genou, 761.
Hymen. De l'origine de l'—, 164.
Hyperesthésie mammaire et métallothérapie, 453.
Hypertrophie simple du corps thyroïde, 801.
Hypnotique. Transfert chez les —, 668.
Hypnotisation, 731.
Hypnotisme, 569. — De la suggestion dans l'—, 750.
Hystérectomie, 340, 382. — vaginale, 525, 571.
Hystérie chez l'homme, 364. — chez l'homme, contractures, hypnotisation, 731. — De la supercherie dans l'—, 396. — Influence de l'ovariotomie sur l'—, 229, 252. — Le tarassis, 1036, 1059, 1068.
Hystéro-épilepsie. Un cas d'—, 826.
Hystérotomie, 662, 1029.

I

Ictère spasmodique immédiat, 243.
Idée et langage, 593, 617.
Idéoplastie. De l' —, 581, 605.
Idiotie congénitale, 845.
Ignipuncture, 2.
Impaludisme et rhumatisme, 389.
Impétigo épidémique, manifestations multiples, 965.
Infection purulente, 145. — purulente dans les hôpitaux, 300. — purulente. Des amputations dans le cours de l'—, 625.
Inhalations d'oxygène dans l'atmosphère normale, 1132.
Injections d'éther iodoformé, 1077. — hypodermiques de cyanures, 11. — intra-veineuses, 1179. — sous-cutanées de chloroforme, 396, 420.
Innervation. Rétablissement de l'— après suture secondaire d'un nerf, 595.
Instruments et appareils. Basilotribe Tarnier, 85. — Bassin pour pansements vaginaux, 1054. — Blépharostat Faucher, 573. — Galvanocautère à accumulateurs, 1093. — Hémaspectroscope, 812. — Hystéromètre à galvanocaustique intra-utérine d'Apostoli, 701. — Masque antiseptique de Burq, 702. — Otoscope Rattel, 1165. — Pinces à mors fenêtrés pour ovariotomie, 1053. — Robinet médical, 1054. — Serre-nœud Collin, 54. — Transfuseur, 52. — Thermomètre C. Paul, 149.
Internat des hôpitaux de Paris, 1190. — en pharmacie, distribution des prix, 311.
Interposition des organes, 693.
Intestin. Sa chute par un anus contre nature, réduction, guérison, 773. — Rupture de l'appendice iléo-cæcal, 228. — Valvules de l'—, 205.
Intoxication cantharidienne par le vésicatoire, 1020.
Iodoforme et lésions organiques du cœur, 829.

J

Jambe. Fracture, suppuration, apyrexie, 505.
Joue. Cancer mélanique de la —, 2. — Suppuration du sinus maxillaire, trajet fistuleux, 355.

K

Kaïrine. Action physiologique de la —, 420.
Kystes de l'ovaire, 1173. — dentaires. Origine des, — 261, 333. — dentaires. Origine de l'épithélioma des —, 380. — des mâchoires, 235, 284. — des mamelles, 250. — du maxillaire supérieur, 692. — hydatique de la base du crâne, 606. — hydatique de la prostate, 597. — hydatique de l'orbite, 108. — hydatique du foie, élimination à travers les voies biliaires, 322. — ovariques, 203. — paraovarique, 693.

L

Laïcisation des hôpitaux, 329. — Les religieuses jugées par une infirmière laïque, 205.
Lampyres. Influence des hautes pressions sur les —, 1156.
Langue du singe, 1061.
Langage et idée, 593, 617.
Larve d'œstride d'Amérique, 282.
Légion d'honneur, 5, 46, 142, 214, 254, 303, 374, 430, 454, 494, 542, 558, 646, 654, 799, 935, 1014.
Lèpre. Un cas de —, 1109.
Léthargie, 569.
Ligature antiseptique des artères, 1027. — de l'iliaque externe, 301, 549. — élastique en chirurgie vétérinaire, 891.
Lipome de la paroi thoracique, 2.
Liposarcome de la nuque adhérent à l'aponévrose, 2.
Lithotritie, 204.
Locomotion. De la —, 1117. — Physiologie de la —, 1007, 1022.
Lupus. Traitement par les injections d'éther, 228.
Luxation en avant du poignet, 349. — intra-coracoïdienne de l'humérus, 929. — métacarpienne, 1149. — traumatique du gros orteil, 3.
Lymphome dur, 217.

M

Mâchoire inférieure, ablation, érysipèle, mort, 586. — inférieure, ostéosarcome de la —, 403. — kyste des —, 235, 284.
Magnétisme, 469.
Main. Anévrysme cirsoïde de la —, 349. — Corps étrangers de la paume de la —, 37. — Hémorragies de la paume de la —, 834. — Pronostic des mutilations de la —, 437.
Mal de Bright. Les accidents cérébraux dans le —, 417, 441, 465 — de Pott, 1145. — plantaire, étiologie et thérapeutique, 1121.
Maladie de Bright. La —, 857, 881, 899, 930. — transfusion, 44. — de Parkinson, 506. — d'évolution, les —, 89, 107. — mentales, clinique des —, 545.
Mamelle. Corps étranger de la —, 1137. — Le sucre dans les urines et la sécrétion de la —, 380. — Maladie kystique des —, 250.
Massage dans les entorses. Le —, 594. — et les courants induits dans la métrite parenchymateuse, 132.
Maxillaire. Ablation du —, 694. — Suppuration du sinus —, 355.
Mécanisme du saut, 51.
Médecine légale, docimasie, 10.
Médecins arabes. Histoire des —, 25.
Médication martiale, 468. — sulfureuse, 59.
Membres. Du croisement des —, 333.
Mémoire. Maladies de la —, 1105, 1129, 1153, 1177, 1193.
Méninges cérébrales. Hémorragie dans les —, 531.
Méningite ou fièvre typhoïde, 969. — rachidienne, 778. — tuberculeuse, 100. — tuberculeuse du lobule paracentral, 606.

Méningo-encéphalite chronique disséminée, 514.
Mers. La vie au fond des —, 284.
Métallothérapie, 139, 331. — Ovarie, hyperesthésie mammaire, aboyeuse, 453.
Métaux et sensibilité gustative, 21.
Méthémoglobine. Des substances qui transforment l'hémoglobine en —, 220.
Méthylène. Bichlorure de —, 284.
Métrite chronique. Traitement local, 606. — parenchymateuse, massage et courants continus, 132.
Microbes de la pneumonie. Les —, 523. — du clou de Biskra, 540.
Microphotographie, 309.
Migraine. De la —, 212. — ophtalmique, 457.
Mixtion. Besoins et envies d'uriner, 1075.
Moelle. Des accidents vertigineux dans les maladies de la —, 499. — épinière. Commotion de la —, 541. — épinière. Influence de la — sur la composition du sang et de la nutrition, 482, 492. — Substance grise embryonnaire, 533.
Moignons. Conicité physiologique des —, 572, 596.
Monstre pseudencéphale, 326.
Moral. Son action sur le physique, 770.
Morbidité de l'armée en France et en Algérie, 209, 603.
Morphinisme chronique. Le —, 273. — chronique, traitement, 298.
Mort subite dans la fièvre typhoïde, 509.
Mortalité de l'armée en France et en Algérie, 209, 603.
Muscles. Contraction provoquée, 971. — leur contractilité après la mort, 444. — leur contracture sous l'influence des hautes pressions, 444. — sterno-mastoïdien. Rupture dans la présentation du siège, 1061.
Mycosis fongoïde, 241.
Myélite chronique. Deux cas de —, 34.
Myosite du grand pectoral, 388.

N

Nécrologie. Barrière, 286. — Béchet, 639. — Bertrand, 400. — Bertrand de Saint-Germain, 334. — Blanc, 839. — Blondeau, 502. — Bouisson, 492, 494. — Bourgarel, 671. — Brugerolles, 919. — Burq, 758. — Canepa, 919. — Ca[illegible]n, 230. Carre, 1190. — Carré, 983. — Castiffon, 871. — Cazalas, 967. Chat[illegible] — Chateau, 214. — Couty, 1182. — Damon, 1086. — Darnel, 1143. — Davila, 839. — Dumas, 353, 357. — Dumesnil, 998. — Dumont, 758. — Duval, 1007. — Aug. Fabre, 70. — Fanton, 775. — Faucon, 1014. — Fauvel, 1029, 1041, 1046. — Fonssagrives, 1086, 1089. — Fontan, 303. — Forthomme, 647. — Eugène Fournier, 558. — Gazagnaire, 471. — Girard de Cailleux, 998. — Girault, 30. — Gondouin, 126. — Goupil des Pallières, 567. — A. Gratiot, 575. — Grosgurin, 903. Guilland père, 998. — Hamel, 286. — Hamon, 1143. — Henninger, 1038. — Hubert-Valleroux, 294. — Jacquinet, 727. — Kabath, 366. — Kresz, 1190. — Lahens, 855. — Lalanne, 391. — Larcher, 310. — Lebled (Pierre), 207. — Lebrun, 887. — Legendre, 142. — Leroy, 207. — Lesage, 1030. — Letiévant, 551. — Manec, 223. — Marmy, 183. — Moreau (de Tours), 599. — Moret, 71, 78. — Morin, 1086. — Mouret, 1086. — Nicolle, 86. — Oberlin, 1151. — Oulmont, 871. — Quissac, 487. — Rapou, 183. — Rathery, 671, 693. — Regnier, 1127. — Ricque, 190. — Rigaut, 303. — Ritter, 639, 662. — Sauze, 998. — Savidan, 1135. — Schreffel, 839. — Simonet, 535. — Simonin, 318, 841. — Symian, 1014. — Thomas (de Nevers), 607. — De Valbrune, 1023. — Vignard, 38. — Vincent, 423. — Viollet, 407. — Wurtz, 446, 449, 454, 461.
Nécrose de la clavicule, 2.
Néoplasmes. Contusion et —, 83.
Néphrite et orchite nécrosique, 155. — Leur action, 75, 89, 114.
Nerfs. Élongation et résection, 326, 1189. — Expériences sur la vitesse du courant nerveux sensitif chez l'homme, 483. — Fonctionnement du système nerveux, 628. — Grand sympathique. Le —, 667. — Suture des —, 604. — Suture secondaire, 595.
Névralgie rebelle du nerf dentaire, arrachement, 645. — sciatique et congélation, 755.
Névrose cardio-vasculaire, 9.
Nez. Oblitération des narines par déviation du vomer, 438. — Sarcome des fosses nasales, 3.
Nitrite de sodium et sang, 12.
Nouveau-nés. Œdème des —, 997.
Nuque. Liposarcome de la —, 2.
Nutrition. Influence de la moelle épinière sur la composition du sang et de la nutrition, 482, 492.

O

Obstétrique. Du sulfate de cuivre en —, 222.
Œdème chronique des paupières, 379. — des nouveau-nés, 997.
Œil. Anatomie et physiologie comparées de l'appareil moteur de l'—, 845. — Énucléation de l'—, 953. — Paralysie des nerfs moteurs de l'— dans l'ataxie locomotrice, 475, 491, 508. — Rhumatisme oculaire, 890.
Œsophage, cathétérisme, 413.
Officier de santé. Circulaire et arrêté relatifs au certificat de grammaire, 486, 494.
Olécrane. Évidement de l'—, 173.
Ongle chirurgical, 844.
Opérations chirurgicales. Influences des propathies sur les —, 438. — d'Estlander, 36, 278, 941, 963, 988.
Ophtalmologie. Doses et mode d'emploi du cyanure d'or et de potassium dans le traitement des atrophies papillaires ataxiques, 227. — Injections hypodermiques de cyanures, 11.
Opium et choléra, 1134.
Orbite. Kyste hydatique de l'—, 108. — Sarcome embryoplastique de l'—, 3.
Orchite, 522. — nécrosique, 155.
Oreille. Anesthésie du conduit auditif et du tympan, 396. — Des synergies fonctionnelles biauriculaires, 380. — Dilatation intermittente et progressive de la trompe d'Eustache, 28. — Plaie par arrachement, 325. — Traitement des rétrécissements de la trompe d'Eustache par l'électrolyse, 244, 261, 284. — Tumeur épithéliale du conduit auditif externe, 1172.
Oreillons, 522. — De l'—, 401.
Orteils. Gangrène spontanée des —, 885. — Luxation du gros —, 843.
Os hyoïde. Cancer de l'—, 586. — Lésions des —, 339. — Pointes métalliques pour fixer les —, 917. — Tuberculose des —, 953.
Ostéites, 693. — de l'astragale, 37.
Ostéoclasie, 157, 478, 717.
Ostéome de la mâchoire inférieure, 403.
Ostéomyélite, 1125, 1148. — Suites éloignées de l'—, 1102.
Ostéo-périostite alvéolo-dentaire de l'—, 739.
Ostéosarcome du fémur, 825.
Ostéotomie, 526, 717, 1126.
Otite externe périostique circonscrite, 971.
Ovaire. Kyste de l'—, 205, 1173.
Ovarie et métallothérapie, 453.
Ovariotomie, 694, 916. — Son influence sur l'hystérie, 229, 252.
Ozone et rhumatisme, 854. — Son influence dans les épidémies, 766.
Ozonéine. L'—, 1037, 1084.

P

Pachyméningite cervicale, déformation des membres, 1102.
Pancréatine et digestion, 1051.
Pansements antiseptiques, 986.
Paralysie agitante, 506, 913. — alcooliques. Les —, 785, 985. — diphtéritique. Acide phénique et —, 132. — et atrophie, 914. — faciale périphérique, 290. — infantile. De la —, 561. — musculaires dans le tabes dorsalis, 71. — psychique, 331. — radiale

par compression, 444. — radiculaire du plexus brachial, 413. — vésicale, traitement, 918.
Parasite. Un nouveau, — 236.
Parotide. Kyste de la —, 157. — Tumeur mélanique de la —, 35.
Paupière inférieure. Épithélioma de la —, 900. — de la paupière, récidive cervicale ganglionnaire, 1185.
Paupières. Œdème chronique des —, 379.
Peau, manifestations cutanées de la chorée, 498.
Pellagre, 540.
Pepsine et digestion, 1051.
Peptonate de fer pepsique et diastasé. Du —, 221.
Peptones. Alimentation par les —, 653. — et le sang. Les —, 581.
Peptone phosphatée dans les vomissements incoercibles de la grossesse, 724.
Perchlorure de fer et fièvre typhoïde, 636.
Percussion thoracique dans la tuberculose pulmonaire, 348.
Péricardite et broncho-pneumonie, 905.
Péridiniens. Les —, 533.
Périnée. Abcès du —, 339. — Rupture du —, suture avec drainage, guérison, 549.
Périnéorraphie, 365. — De la —, 43.
Péritoine. Transfusion par le —, 292.
Péritonite, 228. — aiguë sous-ombilicale, 20.
Péroné. Fractures de l'extrémité inférieure du —, 489.
Pertes blanches et leur traitement, 869.
Pharynx, asphyxie par arrêt d'un bol alimentaire, 434.
Phénol trichloré, 829.
Phlébite rhumatismale, 297.
Phlegmatia alba dolens, 321, 564. — alba dolens et tuberculisation pulmonaire, 425.
Phlegmon de la paroi abdominale, 116, 619. — Histologie pathologique du —, 11. — sous-aponévrotique et intra-musculaire de la paroi abdominale, 31
Phosphaturie. De la —, 193.
Phtisie galopante, 585. — pulmonaire. De la suralimentation dans la —, 203. — pulmonaire, prophylaxie, 654. — Recherche des bacilles dans les crachats, 299.
Phymosis congénital. Un cas de —, 953.
Physique. Action du moral sur le —, 770.
Pied. Amputation ostéoplastique du —, 1148. — plat, 60. — plat douloureux. Du —, 133. — plat valgus acquis, 38. — Tumeur sarcomateuse du —, 474.
Pilocarpine et ergotine, antagonisme, 211.
Pince hémostatique. Avantages de la —, 834.
Placenta des oiseaux, 139. — Insertion vicieuse d'un — unique, anomal, 564. — Rétentions du —, interventions différée et immédiate, 754.
Plaies. Pansement des —, 774. — par arrachement, 325.
Pleurésie chez les enfants, 481. — droite tuberculeuse, hoquet rebelle, 67. — et thermocautère, 531. — et thoracentèse, 665. — pulsatiles, 20. — purulente, 866. — purulente, résection de sept côtes, réunion par première intention, 569.
Pleuro-pneumonie subaiguë, 730.
Pleurotomie antiseptique dans la pleurésie purulente, 866.
Plèvre, épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du sein, 493. — Pus de la cavité pleurale, 750.
Pneumonie. Du tympanisme sous-claviculaire dans la —, 364. — et bains froids, 885. — et congestion pulmonaire, 610. — franche, nature, 844. — Les microbes de la —, 523. — scléreuse des vieillards, 93.
Pneumothorax idiopathique, 804. — tuberculeux, 147, 162.
Poignet. Luxation en avant du —, 349.
Poison du cœur, 235.
Poitrine. Coup de feu dans la —, 37, 586.
Polype naso-pharyngien, 253, 694. — utérin, 717.
Population dans le Calvados. Sur la —, 749.
Potion hypnotique, 797.
Poudre de viande. La —, 1131.
Pouls. Du ralentissement du —, 138.
Poumons, congestion, 9. — congestion et pleurésie, 481. — Fluxion pleuro-pulmonaire, 9. — Pneumonie et congestion, 610. — Pronostic et traitement de l'emphysème, 33. — Sclérose, dilatation bronchique, 43. — Rétractilité des —, 532.
Pression. Contracture des muscles par haute —, 444. — Influence des hautes — sur le poisson de mer, 566.
Prix à décerner par l'Académie de médecine de Belgique, 391. — Corvisart, 134. — de l'Académie de Caen, 118. — de la Société de chirurgie, 103. — Programme des — de la Faculté de médecine de Paris, 214.
Prolapsus utérin, irréductibilité, 366.
Prolifération extraordinaire de corpuscules calcaires dans le tissu musculaire d'un vieux cheval, 234.
Propathies, leur influence sur les opérations chirurgicales, 438.
Prostate. Hypertrophie de la —, 392. — Kyste hydatique de la —, 597.
Prostatite aiguë suppurée, anurie, pyohémie, mort, 451.
Prurit généralisé ou localisé et vératrine, 228.
Pseudarthrose, 662.
Pseudo-hermaphrodisme, 93.
Purgatifs, leur danger après le troisième septénaire de la fièvre typhoïde, 340.
Pus de la cavité pleurale, 750.
Pustule maligne, inoculation, 1139.
Pyélo-néphrite, 347.
Pyléphlébite suppurative, 177.
Pyohémie, 451.
Pyrophores. Les —, 1132.

Q

Quinine. Sulfate de —, 477.

R

Rachis. Déformation du —, 852. — Déviation du —, 181.
Rachitisme. Déviations, 36.
Radius. Fractures du —, 500. — Traitement des accidents consécutifs des fractures de l'extrémité inférieure du —, 460.
Rage. Conférence sur la —, 773. — De la —, 195, 212, 995. — Granulations moléculaires et virus de la —, 293. — Prophylaxie de la —, 473, 732. — Recherches expérimentales sur la —, 227 686.
Ralentissement du pouls, 138.
Rectotomie, 265, 316.
Rectum. Adénome du —, 597. — Anesthésie par le —, 468. — Cancer du —, 265, 1017. — Éthérisation par le —, 306, 381. — Rétrécissement du —, 316.
Réflexe cubital dans la dyspepsie gastro-intestinale, 140. — tendineux dans le diabète sucré. Perte des —, 892.
Rein. Affection du —, 347. — Étranglement du —, 274. — Extirpation du —, 1140.
Résection costale, 81. — costale thoraco-plastique, 13. — des côtes, 500. — de sept côtes, 569. — nerveuse, 326.
Respiration de la levure de bière et chloroforme, 21.
Rétention d'urine, 779.
Rétractilité pulmonaire, 532.
Rétrécissement de l'urètre, 377, 777. — de l'urètre, électrolyse linéaire, 428. — du bassin, complications, 260. — moyen du bassin, 370. — du rectum, 316. — traumatique et rétrécissement valvulaire de l'urètre, galvanocaustique chimique, guérison, 562.
Revaccinations, 860. — obligatoire dans les lycées et collèges, 45.
Rhinoplastie, 478, 756.
Rhumatisme aigu. Délire alcoolique dans le —, 769. — aigu grave, 521. — blennorragique, 721. — et goutte, 610. — et impaludisme, 389. — et ozone, 854. — et phlébite, 297. — polyarticulaire, 425. — polyarticulaire chronique, complications, 540. — oculaire, 890.

Rougeole, forme exceptionnelle, 58.
Rupture aponévrotique, 900. — de l'appendice iléo-cæcal, péritonite, mort, 228.

S

Salicylate de soude, mode d'administration, 283.
Sang. Étude spectroscopique du —, 1133. — Étude spectroscopique de l'action du nitrite de sodium sur le —, 12. — Examen spectroscopique, 157. — Filaire du —, 1053. — Influence de la moelle sur la composition du —, 482, 492. — Les peptones et le —, 581. — Transfusion, 44, 93, 566, 885.
Santé publique à Paris. La —, 681, 705, 769.
Sarcome embryoplastique de l'orbite et des fosses nasales, 3.
Saut. Mécanisme du —, 51.
Scapulum. Tumeurs solides du —, 202.
Sclérodermie, 179.
Sclérose cérébrale chez l'enfant, 514. — des cordons latéraux, 541. — des extrémités, 179. — d'origine cardiaque, 413. — latérale amyotrophique, 21, 1073. — pulmonaire, 43, 308.
Scrofule. De la —, 522. — et tuberculose, 1108.
Scrofulide, 1083.
Sécrétion mammaire et le sucre dans les urines. Rapports entre la —, 380.
Sections contuses. Des —, 819, 859, 882.
Sein. Chancre syphilitique du —, 388. — Épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des tumeurs du —, 493.
Sensibilité gustative. Métaux et —, 21.
Septicémie. De la —, 566. — gangreneuse, 428, 516, 766. — Les organismes de la —, 469. — Une nouvelle —, 750.
Service médical de nuit dans la ville de Paris, 69, 357, 694, 990.
Service de santé militaire. Concours pour l'admission aux emplois d'élèves du —, 257, 950. — Liste d'admission des élèves, 950. — Sursis accordés, 253.
Simulation, 569, 618.
Société de biologie, bureau, 21. — de chirurgie, bureau, 13. — Éloge de Broca, 97. — Prix décernés et à décerner, 103. — de médecine pratique, bureau, 15. — d'hydrologie médicale de Paris, bureau, 15. — française de tempérance, bureau, 15. — médicale des hôpitaux, bureau, 14.
Somnambulisme, 569. — provoqué. Phénomène produit pendant le —, 750.
Sourcil. Tanne du —, 946.
Spectroscopie des tissus vivants, 1156.
Sphacèle des fibro-myomes utérins, 291, 307.
Sphygmographie et bronchite chronique, 914.
Squirrhe atrophique à évolution rapide, 940, 1010.
Staphylorraphie, 833.
Statistique chirurgicale, 277. — de la clinique chirurgicale de la Charité, 1078.
Sueur, sa suppression au niveau des engelures, 235.
Sucre dans les urines et sécrétion mammaire, 380.
Suggestion, 618, 948. — à l'état de veille. Les —, 261. — dans l'état hypnotique, 750. — et mouvements fibrillaires, 628. — magnétique. La —, 524. — mentale, 483, 533, 704. — Phénomènes de —, 332.
Suralimentation dans divers états de cachexie, 226.
Suture des nerfs, 604. — secondaire du nerf médian, rétablissement rapide de l'innervation, 595.
Syncope locale des extrémités, 65.
Synthèse totale de la xanthine, 565.
Syphilis cardiaque et rénale, 1097. — Chancre du sein, 389. — chez le singe, 196. — congénitale, 717. — Des lésions cutanées de la —, 459. — du cerveau, 553, 577, 601, 633, 673, 698, 737, 753. — Hémiplégie, 937. — Ulcération du voile du palais, 833.

T

Tabes dorsalis. Paralysies musculaires dans le —, 971. — syphilitique, période préataxique, 1065, 1090, 1115, 1161.
Taille hypogastrique, 204, 1188. — périnéale, 38. — périnéale, pansement, 1098.
Tanne du sourcil, 946.
Tarassis. Le —, 1036, 1059, 1068.
Teignes. Traitement des —, 30.
Température et lésions cérébrales, 331. — physiologique, son exacerbation vespérale, 836. — Recherches sur la —, 995.
Tenonite rhumatismale, 891.
Térébenthine et goudron dans la diphtérie, 483. — et croup, 530. — et diphtérie, 852.
Testicule. Tumeur du —, 181.
Tétrachlorure de carbone, 332.
Thérapeutique. De l'extrait de stigmates de maïs dans les maladies du cœur, 148. — manipulations et mouvements, 852.
Thermocautère et gangrène spontanée des orteils, 885.
Thermographe médical, 918.
Thermométrie, 396.
Thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris, en 1883, 13. — en 1884, 21, 54, 61, 86, 110, 134, 142, 150, 206, 230, 309, 326, 406, 414, 486, 494, 550, 574, 598, 630, 702, 781, 790, 806, 1013, 1038, 1070, 1086, 1140, 1174, 1198.
Thoracentèse et pleurésie, 665.
Thorax. Lipome de la paroi du —, 2.
Thyroïde. Tumeur du corps —, 301.
Thyroïdectomie, 364, 1052, 1076.
Toxicité des urines, 1132.
Trachée, corps étranger, 12. — Ulcération de la —, 364.
Trachéotomie, 364. — pour un corps étranger de la trachée, 12.
Transfert chez les hypnotiques, 668. — Phénomènes de —, 708.
Transfusion, 52, 93. — du sang, 566, 885. — du sang dans la maladie de Bright, 44. — péritonéale, 292.
Traumatisme du globe de l'œil, 953. — et tuberculose, 717.
Trichiasis, traitement, 1101.
Trichinose, 29, 77, 109, 125, 139.
Tubercule et fistules anales, 12. — Ulcération, 12.
Tuberculisation pulmonaire et phlegmatia alba dolens, 425.
Tuberculose, 708, 755. — accidentelle, 610. — au point de vue chirurgical, 27, 49, 1025. — Broncho-pneumonie et granulations tuberculeuses, 649. — Contagion de la —, 331. — Contagion et prophylaxie, 1062. — Des localisations externes de la —, 1049. — Discussion, 77. — Discussion sur le diagnostic de la —, 51. — Du bacille de la —, 225, 309, 330, 338. — Épanchements pleuraux et —, 1001. — et diphtérie des gallinacés, 1061. — et sclérose pulmonaire, 308. — et scrofule, 1108. — et traumatisme, 717. — Extirpation des ganglions de la région cervicale, 157. — Fistules inguinales doubles, urinaire et purulente, d'origine tuberculeuse, 1185. — Ganglions tuberculeux du cou, extirpation, 180. — génitale, 122. — Hérédité de la —, 19. — parasitaire, 261. — infection tuberculeuse par voie génitale, 1197. — péritonéo-pleurale subaiguë, 140. — Prophylaxie de la —, 996. — pulmonaire et osseuse, 953. — pulmonaire. Percussion thoracique dans la —, 348. — pulmonaire et protoiodure de fer, 35. — Sa transmission, 1166. — Ulcère, 196. — urinaire, 140.
Tumeur blanche, 713. — carcinomateuse de la glande mammaire, 977. — cérébrale de nature incertaine, 875. — cirsoïdes. Traitement des —, 436. — du corps thyroïde, 301. — du cou, 478. — du sein. Épanchements pleuraux consécutifs à l'ablation des —, 493. — dures de la voûte palatine, 324. — fibreuse, utérine compliquée, 349, 382. — hématique du genou, 993. — hémato-purulente sous-pectorale, 953. — kystique du creux poplité, 1058. — mélanique de la parotide, 35. — parotidienne, 157. — sarcomateuse du pied, 474. — solides du scapulum, 202.
Tympanisme sous-claviculaire dans la pneumonie, 364.

U

Ulcération d'artères dans un foyer purulent, 229. — de la trachée, 364. — tuberculeuses, 12.
Ulcère simple de l'estomac, 397. — tuberculeux, 196.

…plastie, 993.
…dans le cancer, 755. — Dosage de l'azote total de l'—, 653.
…ormation de l'—, 284. — Injections d'—, 668. — Variа… à l'état pathologique, 949.
… latente, 643.
…. Électrolyse linéaire dans le rétrécissement de l'—, 428. — …récissement de l'—, 377, 777. — Rétrécissements de l'—; …vanocaustique chimique, 562, 579. — Rétrécissement, or…e nécrosique, 155. — Rupture de l'—, 1077.
…otomie interne, 251, 777.
…. Albumines de l'—, 857, 881, 899, 930. — des diabétiques, …, 369. — Filtration urineuse, 339. — Rétention d'—, 779.— …ériques et pseudo-ictériques, 281. — Sécrétion mammaire et …re dans les —, 380. — Toxicité des —, 1132.
…aire alternant avec de la congestion pulmonaire et de l'em…ème, 546.
…s. Amputation du col de l'—, 121. — Cancer de l'—, 549, …, 996. — Prolapsus irréductible de l'—, 366. — Sphacèle des …ro-myomes de l'—, 291, 307. — Traitement chirurgical du …cer de l'—, 620, 643. — Traitement des affections du col de …, 886. — Tumeur fibreuse de l'—, 349, 382, 1173.

V

…in. Examen microscopique, 174.
…ine. Récompenses pour la propagation de la —, 294.
…us douloureux, 60.
…ce hypogastrique, probablement d'origine spontanée, 365.
…ités. Documents relatifs à la fondation de l'Université de Paris et de la Sorbonne au XIII[e] siècle, 589, 597. — La Faculté de médecine et l'École supérieure de pharmacie de Nancy, 781. — Les désinfecteurs publics à Londres, 669. — Les livres d'étrennes, 1180. — Projet d'un hôpital Sainte-Anne, 125. — Un savant d'autrefois, 141, 165, 187, 212, 237, 284, 333, 373, 397, 421, 445, 484, 509, 573, 614, 645, 709, 741, 756, 797, 821, 845, 877, 894, 925, 972, 1012, 1085, 1109, 1157.
Vératrine et prurit généralisé ou localisé, 228. — Injections sous-cutanées de —, 917.
Vertiges dans les maladies de la moelle, 499.
Vertige de Ménière et sulfate de quinine à haute dose, 458.
Vésicatoire. Intoxication cantharidienne par le —, 1020.
Vessie. Corps étrangers de la —, 204. — Traitement de la paralysie de la —, 918.
Vice de conformation, 20.
Vie au fond des mers. La —, 284.
Vieillards. Pneumonie scléreuse des —, 93.
Virulence des bubons accompagnant les chancres mous, 1180.
Virus des chancres et bubons vénériens non syphilitiques, 1155.
Vomissements incoercibles de la grossesse, 724.
Vomer. Oblitération des narines par déviation du —, 438.

X

Xanthelasma, 333.
Xanthine. Synthèse totale de la —, 565.

Z

Zona. Traitement, 390.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1884

A

[illegible]ssiew, 523, 566.
[illegible] 659.
[illegible] 701.
[illegible] 728.
[illegible] 1085, 1132, 1180.
[illegible] 707, 1077.
Barthez, 501.
Bastide, 658.
Baudry, 117.
Beaunis, 235, 750.
Beauregard, 389.
Béchamp, 293.
Béclard, 340, 733.
Beltz, 548, 754 (*err. typ.* Betty).
Bérenger-Féraud, 627, 660, 738, 802, 810, 827, 850.
Berger, 13, 301, 365, 438, 549, 1011, 1120.
Bérillon, 581.
Bernheim, 332, 618, 750.
Bernier de Bournonville, 132.
Bert (Paul), 52, 582, 628, 733, 750, 972, 996.
Berteaux, 468.
Berthaut, 322.
Bertholon, 389.
Bertillon, 681.
Besnier, 30, 389, 605, 653.
Besselte, 885.
Betty, 754 (lisez : Beltz).
Bigot, 901, 924.
Billot, 150.
Binet, 668.
Blachez, 1061.
Blanchard, 332, 381, 750.
Blanche, 269.
Bloch, 69, 92, 261, 483, 971.
Blondel, 1005.
Bochefontaine, 21, 164, 566.
Boeckel (J.), 525, 1100.
Boissarie, 834.
Boisseau du Rocher, 405, 414.
Bonnes, 657.
Boquin, 890.
[illegible]ard, 1090.
Bottey, 261.
Bouchard, 149, 557, 892, 1132, 1179.
Bouchardat, 461, 793, 835.
Bouchut (E.), 20.
Bouilly, 13, 278, 460, 693, 1025, 1190.
Boulard, 1061.
Bouley, 110, 331, 428, 732, 766.
Boulland, 619.
Bouquet de La Grye, 837.
Bourguet (d'Aix), 812.
Bourrel, 733.
Bourru, 198.
Boy, 413.
Brémond, 854.
Brièle, 181, 302, 805, 829.
Broca, 97.
Broca (A.), 203, 226.
Brouardel, 30, 612, 651, 787, 812, 1006.
Brown-Séquard, 381, 469, 604, 948.
Brun (de), 321.
Brunon, 65.
Bucquoy, 588, 606.
Budin, 235.
Burq, 69, 139, 331, 453, 524, 702.

C

Cadet de Gassicourt, 483.
Cagny, 891, 917.
Camescasse, 225.
Carcassonne, 657.
Caron, 1099.
Cartaz, 918.
Castellan, 708.
Caudron, 108.
Cazin, 229.
Chalmet, 348.
Chamberland, 693.
Chapplain, 843.
Charcot, [illegible], 457, [illegible], [illegible], 617, 785, 826, 1073.
Charles, 690.
Charnay, 1180.
Charpentier, 222.
Charrain, 750.
Charvet, 729.
Chatin, 29.
Chauffard, 755.
Chaumier, 844, 885, 965.
Chauveau, 428.
Chauvel, 37, 133, 157, 349, 597, 662, 693, 963, 1077, 1149, 1189.
Chéron (J.), 228, 1093.
Claus, 501.
Cochez, 225, 299.
Colin (d'Alfort), 317, 566.
Colin (Léon), 361, 652, 1117.
Comby, 20.
Cornil, 11, 110, 523, 1061, 1163.
Corre, 198, 747.
Coudray, 1049.
Couétoux, 132.
Coursserant, 1116.
Cramoisy, 30.
Cras, 1012, 1027.
Cumberland, 483.
Curie, 1157.

D

Dally, 852.
Damaschino, 309, 694.
Daprey, 325, 564.
Daremberg, 934, 957.
Dastres, 566.
Dauchez, 228.
David, 156, 163.
Debove, 93, 261, 364, 397, 755.
Dechambre, 317.
Dégagny, 469.
Dejérine, 708, 774, 913, 971.
Delamarre, 657.
Delannoy, 1188.
Delasiauve, 350.
[illegible]
Delens, 413, 477.
Delmis, 35, 268.
Delore, 886.
Delorme, 461.
Delthil, 294, 852, 884, 965, 997.
Demons, 500, 571, 917.
Demoulin, 145, 746.
Dermonprey, 59.
Descroizilles, 219, 405, 713.
Desguin, 139.
Deshayes, 870.
Desmarets, 221.
Desmaroux, 804.
Despagnet, 475, 491, 508.
Desplats, 361.
Desportes (R.), 283.
Després, 38, 145, 205, 241, 276, 300, 329, 349, 411, 500, 662, 746, 756, 916, 1101, 1137, 1171.
Dévilliers, 933.
Dieu, 349.
Dieulafoy, 44, 52, 58, 93, 949, 996.
Dinaud, 636.
Doutrebente, 845.
Doyen, 1163.
Dubois, 69.
Dubois (R.), 468, 1132, 1156.
Duboué, 361.
Du Castel, 308, 396, 606.
Duclaux, 540.
Dufour (L.), 932, 947.
Dujardin-Beaumetz, 12, 318, 693, 715, 836, 869, 1021, 1108, 1140.

uménil, 589.
u Mesnil, 541.
umontier, 67.
umontpallier, 45, 581.
upouy, 892.
upont (H.), 148.
upuy de Frenelle, 531.
urand-Claye, 997.
urand-Fardel (R.), 121.
uruy, 1180.
utrieux, 723.
uval (M.), 21, 139, 995.

F

abre, 75, 90, 114.
aucher, 573.
auvel, 134, 357, 587, 613, 636.
auvel (Ch.), 1067.
auvel (H.), 980.
éré, 668, 708.
éréol, 140, 149, 261, 1022.
ernet, 140, 949, 1197.
erré (G.), 174.
iguier (Louis), 629.
ischer (P.), 629.
oissac, 86.
ontan, 477.
ort (A.), 251, 316, 364, 428, 931, 1107.
ouque, 315, 388.
ournier, 540, 1065, 1090, 1115, 1161.
ranck, 21, 60.
reiré, 429.
romentel, 21.

G

Gairal, 869, 886.
alezowski, 11, 227, 475, 491, 508.
alippe, 381, 419, 580, 739.
Gallard, 121, 196, 620, 996.
allieni, 1181.
allois, 918.
altier, 657, 690, 793.
Gangel, 500.
Gariel, 1117.
arnier, 1181.
authier, 565.
Gautier, 461.
autier (Arm.), 892, 956.
ellé, 261, 380, 396, 971.
Gendron, 177.
érin-Roze, 1108.
ibier, 212, 227, 686, 995, 1003, 1155.
ilbert, 225.
illes de la Tourette, 331, 785.
illette, 229.
irard, 1051.
iraudeau, 413, 499.
iraud-Teulon, 51, 1007, 1117.
y, 396, 581, 628.
ix (A.), 20.
baault, 755.

Gosselin, 725, 772.
Gouguenheim, 140, 196.
Grancher, 29, 309, 484, 521, 546.
Grégoire, 773.
Gréhant, 284, 653, 668.
Gueneau de Mussy (N.), 361, 385, 409, 725.
Guérin (J.), 409, 492, 675, 683, 725, 764, 788, 812, 861, 868.
Guerlain, 37.
Guermonprez, 389, 437, 547, 556, 819, 859, 882, 940, 1010.
Guibout, 228, 522, 722, 789.
Guillier, 181, 302, 805, 829.
Guinard, 866.
Guyon, 38, 451.

H

Hallopeau, 501.
Hamy, 20.
Hanot, 93, 196, 333, 756.
Hardy, 33, 193, 281, 313, 356, 369, 450, 585, 649, 817, 875, 922, 945, 969, 1009, 1121, 1169.
Hayem, 93, 220, 292, 705, 1069.
Heilly (d'), 364.
Hennequin, 990.
Henninger, 653.
Hénocque, 12, 157, 1133.
Henrot, 179, 853.
Hérard, 529.
Hergott, 573.
Hervieux, 860.
Hoffmann, 780.
Horteloup, 97, 1173.
Houzel, 301, 1126, 1188.
Huchard, 81, 129, 154.
Humbert, 17, 265, 355, 474, 513, 777, 825, 1083.
Hyades, 580.

J

Jaccoud, 153, 274, 330, 338, 401, 497, 857, 881, 899, 930, 1145, 1170.
Jardin, 579.
Jeannel, 12, 693.
Joanidès, 460.
Joffroy, 444.
Jondeau, 529.
Jouet, 273, 298.
Judée, 420.
Judet, 724.
Jugand, 266.
Julliard, 642.

K

Kauffmann, 235.
Kirmisson, 301, 460, 572, 717, 961.
Koetz, 911.
Kunckel, 667.

L

Labbé (E.), 1109.
Labbé (L.), 541, 643.
Laborde, 21, 92, 235, 396, 444, 532, 995, 1061, 1084, 1132, 1180.
Laboulbène, 25, 73.
Laennec, 10.
Lagneau, 749.
Lahillonne, 914.
Lancereaux, 345, 731, 985.
Landouzy, 18, 19, 57, 169, 770, 937, 1001, 1062.
Lannelongue, 205, 229.
Lanoaille de Lachèze, 1036, 1059, 1068.
Lapparent (de), 582.
Largé, 252, 661.
Larger, 1148.
Laurence, 204.
Lautré, 1020.
Laveran, 364, 517, 533.
Le Clerc, 83.
Le Dentu, 1053, 1141.
Lefébure de Fourcy, 502.
Le Fort, 60, 1005, 1165.
Legrand du Saulle, 137, 161, 185, 210, 233, 417, 441, 459, 465, 553, 577, 601, 633, 673, 698, 737, 753, 1105, 1129, 1153, 1177, 1193.
Legroux, 89, 107, 996, 1061.
Léon-Dufour (A. et G.), 141, 165, 187, 212, 237, 284, 333, 373, 397, 421, 445, 484, 509, 573, 614, 645, 709, 741, 756, 797, 821, 845, 877, 894, 925, 972, 1012, 1085, 1109, 1157.
Lépine, 413.
Leriche, 694.
Lermoyez, 228.
Le Roy de Méricourt, 292, 612, 748, 764, 813, 861, 884, 958, 1140.
Letourneau, 997.
Letulle, 1108.
Leval-Picquechef, 196.
Leviez, 94.
Ligarac, 181.
Limousin, 966.
Livon, 658.
Lucas-Championnière, 36, 37, 642, 988, 1126.
Lunier, 109, 195.
Luys, 293, 404, 493.

M

Magitot, 235, 284, 324, 333.
Magnan 211, 372, 387.
Maheu, 340, 531.
Maille, 209, 265, 275, 517, 533, 60, 897, 1033, 1057.
Malet, 628, 652.
Massez, 212, 261, 380, 469, 483, 739, 1132.
Malivert, 924.
Mallez, 562, 579, 1075, 1098.
Marchand, 1149.
Marey (E.-J.), 764, 772, 956, 1022.
Marey (J.), 116.
Margaillan, 689.
Marie, 21.
Martel, 434, 478, 949.
Martin (H.), 19.
Martineau, 196, 693.
Martinet, 433.
Mathieu (Marc), 939.
Maurel, 836, 995, 1085.
Mauriac, 244.
Maurice, 812.
Mégnin, 11, 212, 234, 282, 332, 1061.
Méhu, 885.
Ménière (F.), 28, 1172.
Mercié, 244, 284.
Mesnet, 174.
Métaxas, 689.
Meyer, 108.
Millet, 597.
Millot-Carpentier, 725.
Mollière (D.), 306.
Monod, 204, 326, 437, 645, 666.
Moricourt, 453, 1045, 1131.
Motais, 844.
Moty, 37, 67, 147, 162, 597, 792.

N

Nepveu, 235, 460, 477.
Netter, 1134.
Nicaise, 569, 597, 1027.
Nicolas, 962, 986.
Norström, 245.

O

Ochorowitz, 469.
Odin, 516.
Okorowicz, 581, 605.
Ollier, 390.
Ollivier (A.), 498, 853.
Onimus, 82, 469, 766, 1037, 1084.

P

Pajot, 170, 260, 370.
Pamard (d'Avignon), 390.
Panas, 1069.
Papow, 829.
Passant, 357, 669, 789.
Pasteur, 195, 473, 614, 733, 773.
Patin, 1173.
Paul (C.), 149.
Paulin (E.), 116.
Paumez, 21.
Péan, 1, 105, 202.
Peliet, 1061.
Pennel, 225.
Périer, 84, 1188.
Perrin (M.), 379.
Peschaud, 708.
Peter, 765.
Philippart, 204.
Philippe (de Saint-Mandé), 603, 611.

Pinard, 174.
Pineau, 870.
Pluyette, 659, 843.
Polaillon, 37, 228, 436, 478, 717, 740, 756, 1028.
Poncel, 708.
Potain, 9, 178, 201, 249, 249, 425, 610, 665, 809, 905, 1042, 1097.
Pouchet, 21, 139, 237, 533.
Poulet, 157, 693, 1149, 1173.
Pozzi, 93, 164, 229, 349, 597, 1029.
Pravaz, 181.
Proust, 109, 699, 748, 876, 980, 1139.
Puech, 657.

Q

Queirel, 365, 765.
Quinquaud, 284, 332, 482, 492, 668, 779, 949, 1132.

R

Rabuteau, 21, 331, 667.
Rattel, 1165.
Reclus, 157.
Reclus (E.), 1182.
Regnard, 236, 284, 444, 566.
Regnauld, 284, 1061.
Reliquet, 1043, 1091, 1123, 1163.
Remy, 667.
Renaud, 1148.
Rendu, 43, 305, 481, 561, 778, 849, 1019, 1138.
Renou, 131, 1074, 1122.
Richelot, 437, 1052, 1076.
Richet (Ch.), 21, 331, 469, 483, 948, 1156.
Rigal, 643.
Rivière (E.), 629, 1081, 1114, 1186, 1196.
Robert, 37, 1149.
Robin (A.), 193, 196, 235, 236, 282, 356, 369, 755, 1156.
Robin (de Lyon), 478, 717.
Rochard, 109, 429, 637, 907.
Roger, 179.
Roques, 873.
Rouet, 711, 729.
Rousselot-Beaulieu, 841.
Rousset, 565.
Rouvier, 690.
Roux, 723.
Roux (de Brignoles), 659.

S

Saint-Germain (de), 36.
Salzmann, 941.
Sanné, 501.
Sappey, 493.
Schmitt (St.), 297.
Schwartz, 326.
Sédan, 211, 691.
Sée, 51.
Sée (Marc), 476, 565, 570.
Segond, 642.
Simon (J.), 514.
Sinéty (de), 380.
Sizaret, 413.
Smith (A.), 669.
Sonrier, 138.
Sorbets (L.), 540.
Straus, 723, 1085, 1180.

T

Tarnier, 85.
Tenneson, 606.
Terrillon, 38, 58, 122, 205, 217, 301, 392, 489, 625, 721, 801, 916, 961, 1035, 1078, 1102.
Terrier, 252, 326, 573, 662, 1029, 1078, 1148, 1173.
Testa, 829.
Tharewards, 988.
Thomas (de Tours), 366.
Thomson (J.), 669.
Tillaux, 181, 277, 595, 694, 1149.
Tison, 1117.
Tisserand, 733.
Treille, 140.
Trélat, 27, 35, 49, 180, 339, 365, 390, 403, 500, 516, 537, 596, 717, 761, 818, 858, 900, 929, 946, 953, 977, 993, 1017, 1125, 1165, 1188.
Troisier, 365.
Trousseau, 1101.

V

Vallin, 654, 693, 996, 1099, 1136.
Van Tieghem, 582.
Varigny (de), 533.
Vérité, 379.
Verneuil, 12, 77, 113, 135, 250, 253, 377, 426, 438, 493, 500, 505, 549, 572, 586, 692, 694, 833, 1058, 1077, 1102, 1185.
Vernon, 1131.
Vieuss, 157, 1101.
Vigier, 567.
Vignal, 533.
Vigot, 954, 970, 978, 995, 1004.
Vigouroux, 539.
Villemin, 733.
Villeneuve, 1173.
Voisin, 566.
Vry (de), 477.
Vulpian, 34, 65, 290, 733.

W

Weiss, 173, 291, 307.
Wins (A.), 203, 226.
Withla, 118.
Wurtz, 353, 629.

Z

Zaarcrot, 693.

PARIS. — TYPOGRAPHIE GEORGES CHAMEROT 19, RUE DES SAINTS-PÈRES. — 17197.